|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **黔南州“两病”门诊用药专项待遇申请表（一式两份）** | | | | | | | | | |
| 参保县（市）： 编码： | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | | |  | |
|  | |
| 照 | |
| 身份证号 |  | | | 联系电话 |  |  |  |  | |
| 联系地址 |  | | | 定点 医院 | 1 | | |  | |
| 申请病种 | **1** | | | 2 | | | 片 | |
| **2** | | | 3 | | |  | |
| 简要病史： | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | | （ 科 室 章） | |
|  |  | 主治医师签名： | | |  | 年 月 日 | | | |
| 本人承诺所提供材料真实有效，如有虚假，愿意承担相关法律责任。 | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  | 申请人签名： | | | 年 月 日 | | | | |
| 医院医保科意见： | |  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | | （盖 章） |  |
|  |  |  | 负责人签名： | | 年 月 日 | | | | |
| 专家组评审结论： |  |  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
|  | 评审专家签名： | |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  | 年 月 日 | | | | |
| 医保管理部门意见： | | | | |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | | （公 章） | |
|  |  |  |  | 签名： | 年 月 日 | | | | |
| 备注： | | | | | | | | | |
| 一、由参保人员向参保地医保管理部门申报时，可不填写医院医保科意见一栏。二、申请“两病”门诊用药专项待遇须同时提供下述材料：1、有效居民身份证复印件（无身份证的儿童提供有效户口本复印件）、近期一寸彩色照片2张；2、二级及以上定点医疗机构盖章确认的相关疾病者证明；3、申报Ⅰ级高血压中的高危和很高危、Ⅱ级高血压、Ⅲ级高血压需提供血压监测报告单或原发性高血压病史记录；申报Ⅰ型、Ⅱ型糖尿病需提供血糖监测报告单；4、黔南州“两病”门诊用药专项待遇申请表；5、异地长期居住人员还需提供异地就医备案信息表复印件。三、手工报销时需提供：①有效发票原件及复印件；②医药机构盖章的门诊费用明细清单；③有效居民身份证复印件；④提供银行账户和联系方式；四、“两病”人员在选定的定点医疗机构产生的合规药品费用按“两病”专项政策待遇结算，在未备案的医药机构产生的药品费用不享受“两病”专项待遇。五、本表一式两份，一份经评审盖章签字确认后返还参保人员自行留存，一份经办机构存档。 | | | | | | | | | |

附件1：