452036001003

门诊特殊慢性病待遇资格认定

服务指南

XXXX年X月X日发布 XXXX年X月X日实施

XXXX（发布单位全称） 发 布

1. 事项编码

452036001003

1. 适用范围

符合桂医保规〔2022〕2号文件规定的38种门诊特殊慢性病病种范围。

1. 事项类别

公共服务

1. 设立依据

1.《关于妥善解决医疗保险制度改革有关问题的指导意见》（劳社厅发〔2002〕8号）；

2.《卫生部 财政部 国家中医药管理局关于完善新型农村合作医疗统筹补偿方案的指导意见》（卫农卫发〔2007〕253号）；

3.《劳动和社会保障部等部委关于城镇居民基本医疗保险医疗服务管理的意见》（劳社部发〔2007〕40号）；

4.《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3号）；

5.《广西壮族自治区疗保障局关于印发广西基本医疗保险门诊特殊慢性病管理办法的通知》（桂医保规〔2022〕2号）第十一条；

6.《广西壮族自治区医疗保障局关于印发广西基本医疗保险门诊特殊慢性病病种认定标准的通知》（桂医保发〔2022〕25号）

7.《广西壮族自治区医疗保障局等十四部门关于印发<广西医疗保障便民利民服务若干措施>的通知》（桂医保发〔2024〕27号）。

1. 受理机构

各级医保经办机构或参保地定点医疗机构

1. 决定机构

各级医保经办机构

1. 办理条件
2. 准予批准的条件：

符合门诊特殊慢性病待遇资格认定条件。

1. 不予批准的情形：

不符合门诊特殊慢性病待遇资格认定条件。

1. 其他需要说明的情形：

无

1. 申办材料

（一）医保经办窗口/定点医疗机构办理：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 提交材料名称 | 原件/  复印件 | 份数 | 纸质/  电子版 | 特定  要求 |
| 1 | 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡（委托他人办理的，还需提供代办人身份证和授权委托书） | 原件或复印件 | 1 | 纸质/电子版 | 医保经办窗口办理提供，其余办理渠道免提供 |
| 2 | 《广西基本医疗保险门诊特殊慢性病申报表》或就医所在地的门诊特殊慢性病申报表 | 原件 | 1 | 纸质 | 无 |
| 3 | 近两年病历资料(可提供出院记录、手术记录、门诊病历，仅提供门诊病历的，同时提供疾病诊断证明) | 原件或复印件 | 1 | 纸质 | 疾病诊断证明和住院病历均需加盖医疗机构相关业务章原件或复印件；跨省转移接续人员申请器官移植抗排异治疗、恶性肿瘤门诊治疗病种需提供出院记录或手术记录，其余病种仅需提供疾病证明 |
| 4 | 有确诊意义的检查资料 | 复印件 | 1 | 纸质 | 其中带\*号为必要材料，其余为辅助材料，各病种具体申办材料详见附件；定点医疗机构即申即办、跨省转移接续人员免提供 |
| 5 | 《跨省就业人员门诊特殊慢性病待遇资格接续申请表》 | 原件 | 1 | 纸质 | 适用于跨省流动人员待遇资格接续 |
| 6 | 原参保地发放的门诊特殊慢性病待遇资格凭证 | 原件或复印件 | 1 | 纸质 | 适用于跨省流动人员待遇资格接续 |

1. 网上申报：上传以上材料的原件图片或PDF文件。
2. 办理方式
3. 参保人在参保地定点医疗机构就医：申报材料提交至定点医疗机构医保科（两定机构医疗保障信息平台）

（二）参保人在异地就医：（1）窗口办理；

（2）网上申报。

（1）窗口办理：到各级医保经办窗口提交申请材料。

（2）网上申报：进入广西数字政务一体化平台（http://zwfw.gxzf.gov.cn/）、广西医疗保障网上服务大厅（https://ybwt.ybj.gxzf.gov.cn/）、广西医保APP、广西医保微信公众号、广西医保微信小程序申报。

1. 办理流程
2. 流程图

提交申请

（即时）

（）

受理

（即时）

专家评审

（不超过18个工作日）

跨省接续

（即时）

即申即办

（即时）

决定

（即时）

结果反馈

（即时）

（二）办理程序

1.申请

2.受理

3.审核

4.决定

1. 办理时限
2. 法定时限

20个工作日

1. 承诺时限

1.自医保信息系统登记时间开始18个工作日内办结。

2.纳入门诊特殊慢性病待遇资格“快捷办”的病种在符合条件的定点医疗机构直接认定办理，定点医疗机构在3个工作日内办结。

3.符合在定点医疗机构直接认定办理条件的、跨省流动人员待遇资格接续在医保信息系统上传登记后即时办结。

1. 收费依据及标准
2. 收费项目

无

1. 收费依据

无

（三）收费标准

无

1. 结果送达

1.发送短信通知；

2.扫描业务受理回执单上的二维码查询；

3.自助一体机查询打印；

4.登录广西数字政务一体化平台（http://zwfw.gxzf.gov.cn/）、广西医疗保障网上服务大厅（https://ybwt.ybj.gxzf.gov.cn/）、广西医保APP、广西医保微信公众号、广西医保微信小程序查询；

5.窗口自取。

1. 咨询方式
2. 现场咨询

各级医保经办机构服务窗口

1. 电话咨询

12345

1. 网上咨询

各级医保部门官方网站

1. 监督投诉渠道
2. 现场监督投诉

各级医保经办机构服务窗口

1. 电话监督投诉

各级医保部门监督投诉电话

1. 网上监督投诉

各级医保部门官方网站

1. 办理地址和时间

地址：XX市XX区（市、县）XX路XX号XX服务大厅XX-XX号窗口

时间：周X至周X 上午XX：XX-XX:XX 下午XX：XX-XX:XX

1. 办理进程和结果查询
2. 办理进程查询方式

1.现场查询

各级医保经办机构服务窗口

2.电话查询

各级医保经办机构查询电话

3.网上查询

窗口办理的：微信扫描受理单二维码查询

网上办理的：通过原办理渠道查询

1. 结果公开查询方式

1.现场查询

各级医保经办机构服务窗口

2.电话查询

各级医保经办机构查询电话

3.网上查询

窗口办理的：微信扫描受理单二维码查询

网上办理的：通过原办理渠道查询

附件

各病种具体申办材料目录

（一）医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；

（二）《广西基本医疗保险门诊特殊慢性病申报表》，原件1份；

（三）近两年病历资料（可提供出院记录、手术记录、门诊病历，仅提供门诊病历的，同时提供疾病诊断证明）、有确诊意义的检查资料，（其中带\*号为必要材料，其余为辅助材料）,复印件各1份。

一、冠心病

**\*检查化验结果报告，提供以下其中之一：**

1.冠状动脉造影或冠脉CTA检查报告；

2.心电图检查阳性报告。

二、高血压病（非高危／高危组）

（一）高血压病（非高危）

\*1.检查结果报告：非同日三次诊室血压记录。

（二）高血压病（高危组）

\*1.检查结果报告：非同日三次诊室血压记录。同时符合病史及检查化验条件中任何一条及诊断标准。

2.病史及检查化验结果报告：

（1）心电图或心脏彩超检查报告提示左室肥大；

（2）肾功能（SCr、BUN）检查报告提示肾功能不全；

（3）有糖尿病史或中风病史；

（4）眼底检查报告提示眼底动脉硬化或狭窄；

（5）头颅CT或头颅MRI检查报告提示脑梗死或出血；

（6）胸部X线检查提示心影增大。

三、糖尿病

\*1.两次静脉血糖检查报告:空腹、随机血糖以及糖耐量后2小时血糖；

\*2.糖化血红蛋白。

四、甲状腺功能亢进症

\*1.甲状腺功能（血FT3、FT4、TT3、TT4、TSH）检查报告；促甲状腺受体抗体（TRAb）、甲状腺过氧代物酶抗体（TPOAb）检查报告；

2.甲状腺B超。

五、慢性肝炎治疗巩固期

\*1.乙肝两对半或丙肝抗体检查报告；

\*2.肝炎病毒检查报告（HBV-DNA、HCV-RNA）；

\*3.肝功能检测报告；

\*4.肝脏B超或CT或MRI等影像学报告；

5.肝组织病理检查报告或肝纤维化无创检查；

6.凝血功能、血常规检查报告。

六、慢性阻塞性肺疾病

\*1.胸部X线或CT等影像学检查报告；

\*2.肺功能检查报告（如年老体弱无法配合检查可不提供）。

七、银屑病

\*皮肤组织病理检查报告。

八、严重精神障碍

参照ICD-10精神与行为障碍分类

（一）精神分裂症

\*1.阳性症状量表（SAPS）；

\*2.阴性症状量表（SANS）；

\*3.阳性和阴性症状量表（PANSS）；

注：若无1、2两项报告有3亦可

\*4.明尼苏达多项人格测验或埃森克人格测定等心理测验结果；

\*5.躁狂量表；

6.血常规、肝肾功能、心电图、脑电图、头颅CT等辅助检查报告。

（二）偏执性精神障碍

\*1.阳性症状量表（SAPS）；

\*2.阴性症状量表（SANS）；

\*3.阳性和阴性症状量表（PANSS）；

注：若无1、2两项报告有3亦可

\*4.躁狂量表；

\*5.症状自评量表SCL90；

\*6.明尼苏达多项人格测验或埃克森人格测定等心理测验结果；

7.血常规、肝肾功能、心电图、脑电图、头颅CT等辅助检查报告。

（三）分裂情感性障碍

\*1.阳性症状量表（SAPS）；

\*2.阴性症状量表（SANS）；

\*3.阳性和阴性症状量表（PANSS）；

注：若无1、2两项报告有3亦可

\*4.躁狂量表；

\*5.症状自评量表SCL90；

\*6.明尼苏达多项人格测验或埃克森人格测定等心理测验结果；

7.血常规、肝肾功能、心电图、脑电图、头颅CT等辅助检查报告。

（四）双相情感障碍

\*1.抑郁自评量表；

\*2.焦虑自评量表；

\*3.躁狂量表；

\*4.症状自评量表SCL90；

\*5.明尼苏达多项人格测验或埃克森人格测定等心理测验结果；

6.血常规、肝肾功能、心电图、脑电图、头颅CT等辅助检查报告。

（五）癫痫所致精神障碍

\*1.脑电图；

\*2.头颅CT或MRI；

\*3.抑郁自评量表；

\*4.焦虑自评量表；

\*5.躁狂量表；

\*6.症状自评量表SCL90等心理测验结果；

7.脑脊液检查、血常规、肝肾功能、心电图等辅助检查报告。

（六）精神发育迟滞伴发精神障碍

\*1.韦氏智力量表；

\*2.社会功能缺陷筛查量表；

\*3.日常生活能力量表等心理测验结果；

4.头颅CT或MRI、血常规、肝肾功能、心电图、脑电图等辅助检查报告。

九、类风湿性关节炎

\*1.类风湿因子或抗环瓜氨酸肽抗体、C反应蛋白检查报告；

\*2.外周关节正位片或MRI等影像学检查报告；

\*3.血沉检查报告；

4.免疫检查报告:补体C3、C4；免疫球蛋白检测（IgA、IgG、IgM）；

5.胸片或胸部CT。

十、脑血管病后遗症期

病程需达半年以上。

\*1.头颅CT或头颅MRI检查报告，发病时和（或）治疗后复查各一份；

\*2.神经系统阳性症状和（或）体征。

十一、系统性红斑狼疮

\*1.免疫学检查结果报告：抗ds-DNA抗体、抗Sm抗体、抗核抗体、补体C3、C4等；

\*2.血常规检查报告；

\*3.尿常规检查报告；

\*4.24小时尿蛋白定量检查报告或尿蛋白/肌酐比值；

5.心电图或心脏彩超检查报告。

十二、帕金森氏综合征

\*头颅CT或头颅MRI检查报告。

1. 慢性充血性心衰

\*1.心脏彩超检查报告；

\*2.X线检查报告；

\*3.BNP或NT-ProBNP检测报告。

十四、肝硬化

\*1.肝脏影像学检查报告或肝组织病理检查报告；

\*2.肝功能检查报告；

3.肝纤维化无创检查。

十五、结核（活动期）

\*1.痰或肺泡灌洗液、胸水等标本抗酸杆菌涂片或培养检查报告或分子生物学报告，或病理标本检查报告；

\*2.胸片X线或胸部CT检查报告；

3.免疫学检查结果（PPD或T-SPOT或γ-干扰素释放试验）。

十六、再生障碍性贫血

\*1.血常规检查报告（包括网织红细胞检查）；

\*2.骨髓细胞学检查；

\*3.骨髓活检报告。

十七、肾病综合征

\*1.尿常规检查报告；

\*2.血浆蛋白（白蛋白、球蛋白）检查报告；

\*3.24小时尿蛋白定量检查报告；

4.血脂检查报告；

5.肾功能检查报告。

十八、癫痫

\*1.脑电图检查报告；

\*2.头颅MRI或CT检查报告；

3.血常规检查报告。

十九、脑瘫

\*1.粗大运动功能评估（GMFM）报告；

\*2.头颅CT或头颅MRI检查报告；

\*3.粗大运动功能分级系统（GMFCS）分级；

\*4.Gesell（盖赛尔）发育量表。

二十、重症肌无力

1.新斯的明试验报告；

2.胸腺CT或MRI检查报告；

3.重复神经电刺激检查报告；

4.乙酰胆碱受体抗体滴度检查报告；

5.单纤维肌电图检查报告。

二十一、风湿性心脏病

\*1.心脏彩超检查报告；

\*2.胸部X线检查报告；

3.抗链O试验检查报告；

4.血沉、血清C反应蛋白检查报告；

5.血常规检查报告；

6.心电图检查报告。

二十二、肺源性心脏病

\*1.胸部X线检查报告；

\*2.心脏彩超检查报告；

\*3.心电图检查。

二十三、强直性脊柱炎

\*1.骶髂关节影像学检查报告（平片或CT或MRI）；

\*2.受累关节影像学检查报告；

\*3. HLA-B27；

4.血沉、血清C反应蛋白、血常规、尿常规、肝肾功能检查报告，免疫球蛋白。

二十四、甲状腺功能减退症

\*1.甲状腺功能（血FT3、FT4、TT3、TT4、TSH）检查报告；

2.甲状腺B超检查报告。

二十五、重型和中间型地中海贫血

\*1.地贫基因检查报告；

2.血常规检查报告；

3.血红蛋白电泳检查报告。

二十六、血友病

\*1.凝血功能：凝血酶原时间（PT）、活化的部分凝血酶原时间（APTT）、凝血酶时间（TT）、纤维蛋白原检查报告；

\*2.因子VIII促凝活性（FVIII:C）或因子IX促凝活性（FIX:C）及vWF:Ag的检查报告；

\*3.活化的部分凝血酶原时间（APTT）纠正实验；

\*4.基因检查报告。

5.血常规和血涂片（血小板计数和形态）检查报告。

二十七、慢性肾功能不全（非肾透析）

\*1.肾脏B超检查报告；

\*2.肾功能（SCr、BUN）检查报告（2次检查间隔3个月以上）；

3.尿常规检查报告。

二十八、肾透析

\*1.肾脏B超检查报告；

\*2.肾功能（SCr、BUN）检查报告（随机检查2次以上）；

\*3.电解质（K、Na、CL、Ca、P）检查报告；

4.血常规检查报告。

二十九、恶性肿瘤门诊治疗

\*病理检查和/或细胞学检查报告， X线、B超、CT、MRI、PET/CT等检查报告或介入诊疗记录及肿瘤标志物等相关的实验室检查结果。

三十、器官移植抗排异治疗

\*1.抗排斥药物浓度检测（三个月内）；

\*2.实体器官移植提供彩超等影像学报告；

\*3.脏器功能检查报告，例如：肝功能、肾功能；

\*4.相关手术记录。

三十一、耐药性结核病

\*1.痰或肺泡灌洗液或其他体液（胸水、腹水、脑脊液、心包积液、关节腔积液、淋巴液、脓液等）标本抗酸杆菌涂片或培养检查报告或分子生物学核酸检测报告，或病理标本检查报告；

\*2.胸片X线或胸部CT检查报告；

\*3.免疫学检查结果（PPD或T-SPOT或γ-干扰素释放试验）或结核分枝杆菌抗体阳性。

三十二、肺动脉高压

**\*检查化验结果报告，提供以下其中之一：**

1.右心导管检查有肺动脉高压；

2.两次心脏超声提示肺动脉高压（不同日期、不同检查医师）。

三十三、阿尔茨海默病

\*1.颅脑MRI平扫；

\*2.简明心理状况测验（MMSE）或蒙特利尔认知评估量表（MoCA）。

三十四、艾滋病

\*1.HIV-1/2 抗体检测确认报告；

\*2.HIV 核酸检测报告（HIV-RNA）；

\*3.CD4+ T淋巴细胞检测 ；

4.HIV基因型耐药检测报告；

5.血常规、尿常规、肝肾功能报告；

6.胸部DR或CT、腹部B超等影像学报告。

三十五、原发性免疫性血小板减少症

\*1.血常规检查报告（连续2次）；

\*2.外周血涂片报告：镜检血小板减少；

\*3.腹部B超报告；

\*4.骨髓细胞形态学报告：巨核细胞增多或正常，伴成熟障碍。

三十六、心房颤动

\***检查化验结果报告，提供以下其中之一：**

标准12导联心电图；如为单导联心电图,至少要连续30秒的记录图；动态心电图检查结果报告。

三十七、支气管哮喘（限中度及以上）

\*1.肺功能检查报告；

\*2.支气管舒张试验检查报告；

\*3.支气管激发试验检查报告。

三十八、抑郁症（限重度）

\*1.抑郁自评量表；

\*2.焦虑自评量表；

\*3.躁狂量表；

\*4.症状自评量表SCL90；

\*5.社会功能缺陷评定量表（SDSS）；

\*6.日常生活能力评定量表（ADL）等心理测验结果；

7.血常规、肝肾功能、心电图、脑电图、头颅CT或头颅MRI、脑地形图、性激素检测、甲状腺功能五项等辅助检查报告。

广西基本医疗保险门诊特殊慢性病申报表

申报医疗机构名称： 医院

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 联系电话 | |  |
| 参保地 | □自治区本级  □ 市 县（市/区） | | | | 身份证号码 | |  | |
| 险种 | □城镇职工（□在职、□退休） □城乡居民 | | | | | | | |
| 慢性病病种(每份申报表勾选一个病种) | □M04600冠心病 | | □M04300慢性充血性心衰 | | | □M03900高血压（高危组） | | |
| □M01600糖尿病 | | □M02301帕金森氏综合征 | | | □M04803脑血管病后遗症期 | | |
| □M07700肾病综合征 | | □M07101系统性红斑狼疮 | | | □M00210 慢性肝炎治疗巩固期 | | |
| □M06200肝硬化 | | □M04100肺源性心脏病 | | | □M01701 甲状腺功能减退症 | | |
| □M04401心房颤动 | | □M03802风湿性心脏病 | | | □M01103重型和中间型地中海贫血 | | |
| □M02500癫痫 | | □M07200 强直性脊柱炎 | | | □M01702 甲状腺功能亢进症 | | |
| □M06700银屑病 | | □M03200重症肌无力 | | | □M07800慢性肾功能不全（非肾透析） | | |
| □M02601脑瘫 | | □M00101 耐药性结核病 | | | □M01501 原发性免疫性血小板减少症 | | |
| □M07801肾透析 | | □M00111 结核（活动期） | | | □M00500恶性肿瘤门诊治疗 | | |
| □M01200血友病 | | □M02202抑郁症（限重度） | | | □M05300慢性阻塞性肺疾病 | | |
| □M04000肺动脉高压 | | □M02400 阿尔茨海默病 | | | □M08300器官移植抗排异治疗 | | |
| □M00300 艾滋病 | | □M06900 类风湿关节炎 | | | □M01102 再生障碍性贫血 | | |
| □M05400 支气管哮喘（限中度及以上） | | □M02109 严重精神障碍  （含：精神分裂症、偏执性精神障碍、分裂情感性障碍、双相情感障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍） | | | | | |
| 以下病种仅限居民申报：□M03913高血压（非高危组） | | | | | | | |
| 本人承诺所提交的材料真实合法，如有虚假，承担相关责任。    承诺人：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 临床医师意见：  经治医师： 主任（副）医师：  年 月 日 年 月 日 | | | | | | | | |
| 申报定点医疗机构意见：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |

说明：1.每张申报表只可填写一个病种，申报多个不同病种须分别提供不同病种的申报材料并填写相应申报表。2.经治医师和主任（副）医师签字可为同一人。

申请表（填写示范文本）

广西基本医疗保险门诊特殊慢性病申报表

**申报医疗机构名称：** XXX 医院

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 张三 | 性别 | 男 | 年龄 | 65 | 联系电话 | | 138XXXXXXXX |
| 参保地 | ☑自治区本级  □ 市 县（市/区） | | | | 身份证号码 | | 45010XXXXXXXXXXXXX | |
| 险种 | ☑城镇职工（□在职、☑退休） □城乡居民 | | | | | | | |
| 慢性病病种(每份申报表勾选一个病种) | ☑M04600冠心病 | | □M04300慢性充血性心衰 | | | □M03900高血压（高危组） | | |
| □M01600糖尿病 | | □M02301帕金森氏综合征 | | | □M04803脑血管病后遗症期 | | |
| □M07700肾病综合征 | | □M07101系统性红斑狼疮 | | | □M00210 慢性肝炎治疗巩固期 | | |
| □M06200肝硬化 | | □M04100肺源性心脏病 | | | □M01701 甲状腺功能减退症 | | |
| □M04401心房颤动 | | □M03802风湿性心脏病 | | | □M01103重型和中间型地中海贫血 | | |
| □M02500癫痫 | | □M07200 强直性脊柱炎 | | | □M01702 甲状腺功能亢进症 | | |
| □M06700银屑病 | | □M03200重症肌无力 | | | □M07800慢性肾功能不全（非肾透析） | | |
| □M02601脑瘫 | | □M00101 耐药性结核病 | | | □M01501 原发性免疫性血小板减少症 | | |
| □M07801肾透析 | | □M00111 结核（活动期） | | | □M00500恶性肿瘤门诊治疗 | | |
| □M01200血友病 | | □M02202抑郁症（限重度） | | | □M05300慢性阻塞性肺疾病 | | |
| □M04000肺动脉高压 | | □M02400 阿尔茨海默病 | | | □M08300器官移植抗排异治疗 | | |
| □M00300 艾滋病 | | □M06900 类风湿关节炎 | | | □M01102 再生障碍性贫血 | | |
| □M05400 支气管哮喘（限中度及以上） | | □M02109 严重精神障碍  （含：精神分裂症、偏执性精神障碍、分裂情感性障碍、双相情感障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍） | | | | | |
| 以下病种仅限居民申报：□M03913高血压（非高危组） | | | | | | | |
| 本人承诺所提交的材料真实合法，如有虚假，承担相关责任。    承诺人：张三（手写签名）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 临床医师意见：  （医生填写）  经治医师：李四 主任（副）医师：王五  年 月 日 年 月 日 | | | | | | | | |
| 申报定点医疗机构意见：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |

说明：1.每张申报表只可填写一个病种，申报多个不同病种须分别提供不同病种的申报材料并填写相应申报表。2.经治医师和主任（副）医师签字可为同一人。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  | | | | 原参保地 |  | |
| 原享受门慢病种待遇名称 |  | | | | 认定时间 |  | |
| 险种 | □城镇职工（□在职、□退休） □城乡居民 | | | | | | |
| 对应申请广西门慢病种（每份申报表勾选一个病种) | □M04600冠心病 | | □M04300慢性充血性心衰 | | | □M03900高血压（高危组） | |
| □M01600糖尿病 | | □M02301帕金森氏综合征 | | | □M04803脑血管病后遗症期 | |
| □M07700肾病综合征 | | □M07101系统性红斑狼疮 | | | □M00210 慢性肝炎治疗巩固期 | |
| □M06200肝硬化 | | □M04100肺源性心脏病 | | | □M01701 甲状腺功能减退症 | |
| □M04401心房颤动 | | □M03802风湿性心脏病 | | | □M01103重型和中间型地中海贫血 | |
| □M02500癫痫 | | □M07200 强直性脊柱炎 | | | □M01702 甲状腺功能亢进症 | |
| □M06700银屑病 | | □M03200重症肌无力 | | | □M07800慢性肾功能不全（非肾透析） | |
| □M02601脑瘫 | | □M00101 耐药性结核病 | | | □M01501 原发性免疫性血小板减少症 | |
| □M07801肾透析 | | □M00111 结核（活动期） | | | □M00500恶性肿瘤门诊治疗 | |
| □M01200血友病 | | □M02202抑郁症（限重度） | | | □M05300慢性阻塞性肺疾病 | |
| □M04000肺动脉高压 | | □M02400 阿尔茨海默病 | | | □M08300器官移植抗排异治疗 | |
| □M00300 艾滋病 | | □M06900 类风湿关节炎 | | | □M01102 再生障碍性贫血 | |
| □M05400 支气管哮喘（限中度及以上） | | □M02109 严重精神障碍  （含：精神分裂症、偏执性精神障碍、分裂情感性障碍、双相情感障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍） | | | | |
| 以下病种仅限居民申报：□M03913高血压（非高危组） | | | | | | |
| 本人承诺所提交的材料真实合法，如有虚假，承担相关责任。    承诺人：  年 月 日 | | | | | | | |

跨省就业人员门诊特殊慢性病待遇资格接续申请表

说明：随申请表同步提供如下材料：原参保地发放的门诊慢特病待遇资格凭证、疾病证明，申请器官移植抗排异免疫治疗、恶性肿瘤门诊治疗病种需同时提供手术记录或出院记录。

申请表（填写示范文本）

跨省就业人员门诊特殊慢性病待遇资格接续申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 张三 | 性别 | 男 | 年龄 | 50 | 联系电话 | 138XXXXXXXX |
| 身份证号码 | 45010XXXXXXXXXXXXX | | | | 原参保地 | 广东省广州市 | |
| 原享受门慢病种待遇名称 | 高血压 | | | | 认定时间 | 2016年10月1日 | |
| 险种 | ☑城镇职工（☑在职、□退休） □城乡居民 | | | | | | |
| 对应申请广西门慢病种（每份申报表勾选一个病种) | □M04600冠心病 | | □M04300慢性充血性心衰 | | | ☑M03900高血压（高危组） | |
| □M01600糖尿病 | | □M02301帕金森氏综合征 | | | □M04803脑血管病后遗症期 | |
| □M07700肾病综合征 | | □M07101系统性红斑狼疮 | | | □M00210 慢性肝炎治疗巩固期 | |
| □M06200肝硬化 | | □M04100肺源性心脏病 | | | □M01701 甲状腺功能减退症 | |
| □M04401心房颤动 | | □M03802风湿性心脏病 | | | □M01103重型和中间型地中海贫血 | |
| □M02500癫痫 | | □M07200 强直性脊柱炎 | | | □M01702 甲状腺功能亢进症 | |
| □M06700银屑病 | | □M03200重症肌无力 | | | □M07800慢性肾功能不全（非肾透析） | |
| □M02601脑瘫 | | □M00101 耐药性结核病 | | | □M01501 原发性免疫性血小板减少症 | |
| □M07801肾透析 | | □M00111 结核（活动期） | | | □M00500恶性肿瘤门诊治疗 | |
| □M01200血友病 | | □M02202抑郁症（限重度） | | | □M05300慢性阻塞性肺疾病 | |
| □M04000肺动脉高压 | | □M02400 阿尔茨海默病 | | | □M08300器官移植抗排异治疗 | |
| □M00300 艾滋病 | | □M06900 类风湿关节炎 | | | □M01102 再生障碍性贫血 | |
| □M05400 支气管哮喘（限中度及以上） | | □M02109 严重精神障碍  （含：精神分裂症、偏执性精神障碍、分裂情感性障碍、双相情感障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍） | | | | |
| 以下病种仅限居民申报：□M03913高血压（非高危组） | | | | | | |
| 本人承诺所提交的材料真实合法，如有虚假，承担相关责任。    承诺人：张三（手写签名）  年 月 日 | | | | | | | |

说明：随申请表同步提供如下材料：原参保地发放的门诊慢特病待遇资格凭证、疾病证明，申请器官移植抗排异免疫治疗、恶性肿瘤门诊治疗病种需同时提供手术记录或出院记录。

门诊特殊慢性病治疗卡

（样本）



授权委托书

**委托人姓名： 性别： 身份证：**

**电话：**

**受委托人姓名： 性别： 身份证：**

**电话：**

**本人因 原因，不能亲自办理 相关手续，特委托 作为我的合法代理人，全权代表我办理相关事项，对受委托人在办理上述事项过程中所签署的有关材料，本人均予以认可，并承担相应的法律责任。**

**委托有效期限：从该委托事项受理之日起至办结之日止。**

**委托人签名 ： （按手印） 年 月 日**

**受委托人签名 ： （按手印） 年 月 日**

**备注：须携带受委托人身份证原件或复印件一份**

授权委托书

（填写示范文本）

**委托人姓名：张三 性别：男 身份证：4501231972XXXXXXX 电话：136XXXXXXXX**

**受委托人姓名：李四 性别：男 身份证：4501231989XXXXXXXX 电话：138XXXXXXXX**

**本人因 身体原因 ，不能亲自办理 门诊特殊慢性病待遇资格认定相关手续，特委托 李四 作为我的合法代理人，全权代表我办理相关事项，对受委托人在办理上述事项过程中所签署的有关材料，本人均予以认可，并承担相应的法律责任。**

**委托有效期限：从该委托事项受理之日起至办结之日止。**

**委托人签名 ： 张三 （按手印） 202X 年 X 月 X 日**

**受委托人签名 ： 李四 （按手印） 202X 年 X 月 X 日**

**备注：须携带受委托人身份证原件或复印件一份**

常见错误示例

1.《广西基本医疗保险门诊特殊慢性病申报表》本人、经治医师、主任（副）医师未签字，医院未盖章。

2.申请表中勾选的病种与实际病史资料病种不同。

3.申报材料不全。

常见问题解答

1.问：异地就医人员如何申报门诊特殊慢性病待遇？

答：可在广西壮族自治区医保网上服务大厅下载或到医保中心受理处领取《广西基本医疗保险门诊特殊慢性病申报表》，参保人员填写申请理由，异地就医确诊的医疗机构经治医生填写意见，医疗机构盖章；参保人员本人或代办人将《申报表》和申报病种所需材料（可为异地就医确诊的医院出具的检查报告及病历资料）交到参保地医保经办机构服务窗口或在网厅、APP、微信公众号申报；参保地医保经办机构工作人员组织鉴定专家评审；根据鉴定专家评审意见认定享受待遇资格，短信通知参保人员认定结果；评审通过的，参保人员到交材料所在地领取门诊特殊慢性病治疗卡。

2.问：一般多长时间可以办完审批手续？

答:自医保信息系统登记时间开始18个工作日内办结；纳入门诊特殊慢性病待遇资格“快捷办”的病种在符合条件的定点医疗机构直接认定办理，定点医疗机构在3个工作日内办结；符合在定点医疗机构直接认定办理条件的、跨省流动人员待遇资格接续在医保信息系统上传登记后即时办结。