杨凌示范区城镇职工基本医疗保险门诊特殊疾病鉴定审批表

编号： 申报时间：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  | 照片 |
| 工作单位 |  | | 联系电话 |  | |
| 申请病种 |  | | | | |
| 身份证号 |  | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | |
| 病情摘要：  主治医师：  年 月 日 | | | | | | |
| 二级甲等以上医院专科主任或副主任以上医师的诊断意见及治疗方案：  签字：  年 月 日 | | | | | | |
| 专家委员会鉴定意见：  鉴定专家签字：    年 月 日 | | | | | | |
| 医保经办机构意见：  负责人签字： （盖章）  年 月 日 | | | | | | |

杨凌示范区城镇职工基本医疗保险

门诊特殊疾病支付标准

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 疾病名称 | 报销  比例 | 起付标准 | 年度最高  支付限额 | 备注 |
| 1 | 恶性肿瘤门诊放化疗 | 90% | 450 | 执行城镇职工医保住院年度支付最高限额 |  |
| 2 | 恶性肿瘤门诊用药 | 90% | 执行城镇职工医保住院年度支付最高限额 |  |
| 3 | 慢性肾功能衰竭腹膜透析、血液透析 | 90% | 执行城镇职工医保住院年度支付最高限额 | 限透析费，其它辅助治疗必需使用的费用按80%支付 |
| 4 | 器官移植术后服用抗排斥药 | 国产90%、进口80% | 执行城镇职工医保住院年度支付最高限额 | 限抗排斥药费，其它辅助治疗必需使用的费用按80%支付 |
| 5 | 糖尿病 | 80% | 5000 |  |
| 6 | 原发性高血压病 | 80% | 5000 |  |
| 7 | 多耐性肺结核 | 80% | 5000 |  |
| 8 | 精神分裂症 | 80% | 5000 |  |
| 9 | 肝硬化（失代偿期） | 80% | 10000 |  |
| 10 | 冠状动脉硬化性心脏病 | 80% | 5000 |  |
| 11 | 慢性再生障碍性贫血 | 80% | 20000 |  |
| 12 | 脑梗塞后遗症 | 80% | 5000 |  |
| 13 | 脑出血后遗症 | 80% | 5000 |  |
| 14 | 慢性活动性肝炎 | 80% | 5000 |  |
| 15 | 系统性红斑狼疮 | 80% | 5000 |  |
| 16 | 白血病 | 90% | 30000 |  |
| 17 | 生长激素缺乏症门诊使用重组人生长激素 | 80% | 5000 |  |
| 18 | 抑郁症门诊使用抗抑郁药物 | 80% | 5000 |  |
| 19 | 帕金森氏病 | 80% | 5000 |  |
| 20 | 慢性阻塞性肺疾病 | 80% | 5000 |  |
| 21 | 强直性脊柱炎 | 80% | 5000 |  |
| 22 | 类风湿性关节炎 | 80% | 5000 |  |
| 23 | 慢性充血性心里衰竭 | 80% | 5000 |  |
| 24 | 大骨节病、中重度氟骨症、慢型克山病 | 按照（陕人社函（2018）829号）文件执行全省统一标准 | | | |

说明：1.经鉴定患有两种及以上特殊疾病的，其定额标准按所患疾病定额标准最高的两种疾病定额之和确定。

2.如有调整，以示范区医保政策为准。