**抚顺市城乡基本医疗保险门诊透析鉴定表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | | **性 别** | |  | | **一寸**  **近期**  **免冠**  **蓝底**  **照片** |
| **\*医保卡号** |  | | **\*联系电话** | |  | |
| **\*定点医院** |  | | **身份证号** | |  | |
| **申报疾病** | **（备注：申请人仅限一种特慢病待遇，鉴定合格后，原特慢病待遇取消）** | | | | **职工( )** | | **居民( )** |
| **医**  **疗**  **专**  **家**  **鉴**  **定**  **意**  **见** | **1、病情描述：**  **2、提供材料：①住院病志首页□ ②出院记录□ ③病理报告□ ④手术记录□ ⑤透析治疗记录□ ⑥肾功能化验报告单□ ⑦其他□** | | | | | | |
| **专家盖章** |  | | **专家签字** | |  | |
| **检查结论**  **（是否合格）** | **年 月 日** | | | | | |
| **医 院**  **意 见** | **同意上报**  **(医保科公章)**  **年 月 日** | | | | | | |

备注：\*号项，请专家与被鉴定人认真核对并填写

**申请慢特病透析鉴定有关事项须知**

**1.申请参加鉴定患者提供真实有效的申报材料，如实填写《抚顺市城镇基本医疗保险透析鉴定表》，如发现被鉴定人提供虚假材料，一年内不再给予鉴定；**

**2.申请参加鉴定需提供市级（含以上综合医院）或专科住院病志复印件（加盖该医院病案室专用章）或门诊病志原件（不少于三次就诊记录）。具体材料应有患者本人出院记录、病理报告、手术记录、相关影像及报告和近期一次放疗记录等；**

**3.每名患者只准许申报一个慢特病病种；**

**4.鉴定合格人员至备案之日起可享受慢特病待遇；**

**5.申请鉴定患者必须本人参加现场鉴定并提供本人身份证、社会保障卡（医保卡）；**

**6.参加鉴定的患者须服从医院工作人员的组织和管理，有干扰鉴定秩序、提供材料不全或非本人参加鉴定的取消鉴定资格；**

**7.患者本人需提供2张近期免冠蓝底一寸照片；**

**8.鉴定合格后，患者原有的门诊特慢病待遇将同时取消，每人只能享受一种门诊特慢病待遇。**

**以上内容已阅知，被鉴定人签字：**

**年 月 日**

**抚顺市医疗保障局**