附件3

**甘肃省省直医疗保险特殊疾病门诊诊疗项目清单**

姓名： 性别： 认定病种： 定点医院:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 日期 | 诊疗项目 | 合计金额 | 诊疗项目分类（本人不填） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合计 |  | 197.28 |  |

备注：1诊疗项目主要指检查、治疗项目；

 2.诊疗项目清单应按处方医嘱检查治疗时间顺序详细列出，不得将同一检查、治疗项目汇总；

 3.诊疗项目分类指《基本医疗保险诊疗项目目录》中准予支付，部分支付及目录外不予支付的项目。由定点医疗机构保险部门负责填写，本人不填，非对症诊疗项目要特别注明。