新华医疗集团武汉方泰医院“阳光慈善基金”

救助申请审批表

病人参保城区： 申请时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 年 龄 |  |
| 身份证号 |  | | | | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  | | | | 救助病种 |  |
| 家庭贫困类 型 | □城乡低保救助对象  □其他实际家庭困难人群 | | | | | |
| 社区（村）审核意见 | 年 月 日 | | 转诊证明 粘贴区  （社区卫生服务中心、社区卫生服务站） | | | |
| 基金管理委员会  审批意见 | 武汉方泰医院  年 月 日 | | | | | |
| **结算** | **低保病人：**   1. **总消费金额： 元** 2. **医保结算： 元** 3. **低保医疗救助： 元** 4. **方泰慈善基金救助： 元**   **5、病人实际支付：200元**  **300元**  **400元** | | | **其他贫困病人：**  **1、总消费金额： 元**  **2、医保结算： 元**  **3、方泰慈善基金救助： 元**  **4、病人实际支付： 元** | | |

**注：1、**凭此表附患者身份证复印件、结算凭证复印件（加盖医院公章）申请救助。低保患者同时附低保有效证明（如：低保证等）

2、城乡低保救助对象，需附“社区卫生服务站、社区卫生服务中心转诊证明（单）”

新华医疗集团武汉方泰医院“阳光慈善基金”

湖北名医问诊申请审批表

病人参保城区： 申请时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 | |  |
| 身份证号 |  | | | 联系电话 | |  |
| 家庭住址 |  | | | 救助病种 | |  |
| 名医问诊须知及优惠 | 1、名医问诊会额外增加费用；  2、问诊费：低保患者免费；其他实际家庭困难人群收100元。  3、手术费：低保患者，总消费1万元以内，加收500元  总消费1万元（含）—2万元，加收800元  总消费2万元（含）以上，加收1000元  其他困难患者，总消费1万元以内，加收1000元  总消费1万元（含）—2万元，加收1600元  总消费2万元（含）以上，加收2200元 | | | | | |
| 病人签字  确认 | 我清楚并确认以上名医亲诊及手术费用政策。  患者签字：  年 月 日 | | | | | |
| 基金管理委员会  审批意见 | 根据患者要求，同意启动湖北名医专家库亲诊邀约工作，由武汉方泰医院根据医联体合作意向，邀请有关专家到院亲诊、手术。    武汉方泰医院  年 月 日 | | | | | |
| **结 算** | **低保病人：**  **1、名医问诊费0元**  **2、方泰慈善基金救助： 元**  **3、病人实付名医手术费： 元** | | | | **其他贫困病人：**  **1、名医问诊费100元**  **2、方泰慈善基金救助： 元**  **3、病人实付名医手术费： 元** | |