附件

**云南省门诊特殊病慢性病待遇申请情况告知书**

参保人XXX证件号码XXX:

根据《云南省医疗保障局 云南省卫生健康委员会关于统一全省基本医疗保险门诊特殊病慢性病病种管理服务工作的通知》（云医保〔2020〕77号）文件，经本人申请，定点医疗机构审核，您申报的 (系统自动带入） 门诊待遇符合办理条件，从 年 月 日(系统自动带入)起开始享受待遇。

截至目前，您申办通过的病种有XXX(系统自动带入)。

申报人签字:

年 月 日

------------------定点医疗机构医保办科)盖章-----------------

**云南省特殊病慢性病门诊待遇申请情况告知书**

参保人XXX证件号码XXX:

根据《云南省医疗保障局 云南省卫生健康委员会关于统一全省基本医疗保险门诊特殊病慢性病病种管理服务工作的通知》（云医保〔2020〕77号）文件，经本人申请，定点医疗机构审核，您申报的 (系统自动带入） 门诊待遇符合办理条件，从 年 月 日(系统自动带入)起开始享受待遇。

截至目前，您申办通过的病种有XXX (系统自动带入)。

申报人签字:

年 月 日

备注:告知书盖章后。定点医疗机构医保办(科)和申损人各留存一份。