

宝鸡市陈仓区医疗保障局  
宝鸡市陈仓区卫生健康局 文件  
宝鸡市陈仓区残疾人联合会

宝陈医保发〔2020〕81号

关于转发宝鸡市医疗保障局 宝鸡市卫生健康委员会 宝鸡市残疾人联合会转发《关于做好听障儿童免费植入人工耳蜗康复项目患儿转诊和医疗保障工作的通知》的通知

各镇街、各定点医疗机构、区医疗保障经办中心：

为进一步做好我区听障儿童免费植入人工耳蜗康复项目患儿转诊工作，提高听障儿童医疗保障水平，现将宝鸡市医疗保障局、市卫生健康委员会、市残疾人联合会转发陕西省医疗保障局、省卫生健康委员会、省残疾人联合会《关于做好听障

儿童免费植入人工耳蜗康复项目患儿转诊和医疗保障工作的通知》(宝医保发〔2020〕117号)转发给你们,请结合实际做好听障儿童免费植入人工耳蜗康复项目患儿转诊的政策宣传和医疗保障工作,切实保证这项惠民政策落到实处。

附件:宝鸡市医疗保障局、宝鸡市卫生健康委员会、宝鸡市残疾人联合会转发《关于做好听障儿童免费植入人工耳蜗康复项目患儿转诊和医疗保障工作的通知》的通知

宝鸡市陈仓区医疗保障局



宝鸡市陈仓区卫生健康局



宝鸡市陈仓区残疾人联合会

2020年11月3日





宝鸡市医疗保障局  
宝鸡市卫生健康委员会 文件  
宝鸡市残疾人联合会



宝医保发〔2020〕117号



宝鸡市医疗保障局  
宝鸡市卫生健康委员会  
宝鸡市残疾人联合会

转发《关于做好听障儿童免费植入人工耳蜗  
康复项目患儿转诊和医疗保障工作的通知》的通知

各县区医疗保障局、卫生健康局、残疾人联合会、局属各单位：

现将陕西省医疗保障局、卫生健康委、残疾人联合会《关于做好听障儿童免费植入人工耳蜗康复项目患儿转诊和医疗保障工作的通知》（以下简称《通知》）（陕医保函〔2020〕175号）转发给你们，请结合以下要求一并抓好落实。



本《通知》规定享受陕西省听障儿童免费植入人工耳蜗康复项目的城乡居民基本医疗保险参保患儿，不受我市分级诊疗要求的限制，就医前由家长持审核通过的《陕西省听障儿童免费植入人工耳蜗项目申请审批表》，到参保地医保经办机构进行异地就医备案或通过异地就医平台线上备案后，直接到陕西省听障儿童免费植入人工耳蜗康复项目手术定点的空军军医大学西京医院、西安交大第二附属医院、延安大学附属医院和西安市儿童医院就诊，且在我市就医报销不受异地就医备案有效期限限制。



宝鸡市医疗保障局

2020年10月26日印发

共印80份



# 陕西省医疗保障局 陕西省卫生健康委员会 陕西省残疾人联合会

---

陕医保函〔2020〕175号

陕西省医疗保障局  
陕西省卫生健康委员会  
陕西省残疾人联合会

## 关于做好听障儿童免费植入人工耳蜗 康复项目患儿转诊和医疗保障工作的通知

各市（区）医疗保障局、卫生健康委、残疾人联合会：

为保障残疾儿童基本医疗需求，根据《陕西省人民政府关于建立残疾儿童康复救助制度的实施意见》（陕政发〔2018〕32号）精神，现就做好听障儿童免费植入人工耳蜗康复项目患儿转诊和医疗保障工作通知如下：

### 一、高度重视听障儿童免费植入人工耳蜗康复项目患儿救助工作

儿童期是残疾康复的黄金时期，抓住这个关键时期对残疾

---



儿童进行康复，对儿童全面发展具有重要的意义。各市要坚持以人民为中心的发展思想，积极做好听障儿童免费植入人工耳蜗康复项目患儿救助工作，切实保证这项惠民政策落到实处。

## 二、放宽分级诊疗转诊要求，简化医保经办流程

对享受陕西省听障儿童免费植入人工耳蜗康复项目的城乡居民基本医疗保险参保患儿，可不经转诊，直接到陕西省听障儿童免费植入人工耳蜗康复项目手术定点医院（空军军医大学西京医院、西安交大第二附属医院、延安大学附属医院和西安市儿童医院）就诊，实施人工耳蜗植入手术，享受正常的医保报销待遇。其中，异地就医患儿就医前应由家长持审核通过的《陕西省听障儿童免费植入人工耳蜗项目申请审批表》，到参保地市、县（区）医保经办机构进行异地就医备案或通过异地就医平台线上备案，纳入异地就医直接结算范围。

## 三、加强协作，密切配合

各级医疗保障、卫生健康、残联组织要强化协同配合，共同做好听障儿童免费植入人工耳蜗康复项目患儿救助工作。医疗保障部门要提升服务能力，实现医疗费用直接结算。卫生健康部门要指导医疗机构落实听障儿童免费植入人工耳蜗康复项目患儿特殊转诊政策。残联组织要加大听障儿童免费植入人工耳蜗康复项目的宣传力度，使符合项目救助条件的儿童能够及时得到康复救助。

附件：陕西省听障儿童免费植入人工耳蜗项目申请审批表



(此件公开)



附件

## 陕西省听障儿童免费植入人工耳蜗项目申请审批表

姓名		性别		出生年月	
身份证号					
监护人姓名		与患者关系			
监护人身份证号					
联系电话		家庭住址			
听力损失情况	平均听力损失：左耳____ dB HL 右耳____ dB HL				
定点手术医院					
监护人申请	申请人： 年 月 日				
人工耳蜗项目办公室意见（陕西省听力语言康复中心）	审核人： (公章) 年 月 日				