附件 1

参保患者“双通道”管理及单独支付药品用药申请表

申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | 年龄 | |  | |
| 身份证号 |  | | 参保属地 | | 市 |  | | 区（县、市） |
| 参保类别 | □ 职工医保 | □ 居民医保 其他 | | | |  | |  |
| 家庭住址 |  | | 联系电话 | |  | | | |
| 国谈药定点  医疗机构 |  | | 国谈药定点  零售药店 | |  | | | |
| 申请人（患者本人）签字 | | |  | | | | | |
| **以上内容由患者本人或监护人填写** | | | | | | | | |
| 疾病诊断 |  | | | | | | | |
| 申请使用国谈药名称 |  | | 是否单独支付药品 | | □ 是 | □ 否 | |  |
|  | 申请依据： |  | | | |  | |  |
| 国谈药定点医疗机构  意见 | 是否符合医保限定支付范围： 治疗方案（用法用量）： | □ 是 □ 否 | | | |  | |  |
|  | 复查评估周期： | 下一次复查评估日期： | | | |  | |  |
|  | 责任医师签章： | 医院医保办盖章： | | | |  | | 年 月 日 |

医保经办机构经办人： 年 月 日注：1、本表一式两份，医保经办机构、国谈药定点医疗机构各持一份。

2、备案需提供的材料：本申请表、疾病证明材料（包括检验报告、出院小结、门诊病历等）、医保电子凭证（或有效身份证件、社保卡等）。