山东省基本医保高值药品申请备案表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | 年龄 |  | | |
| 工作单位 |  | 身份证号 | |  | | | | |
| 人员类别 | 职工医保□ 离休人员□  居民医保□ | 联系电话 | |  | | | | |
| 定点医院 |  | 定点药店 | |  | | | | |
| 申请人签字（患者或监护人）： | |  | 申请日期： 年 | | | | 月 | 日 |
| 以上内容由患者本人或监护人填写 | | | | | | | | |
| 疾病诊断 |  | 确诊时间 | | 年 月 日 | | | | |
| 药品通用名及商品名 |  | 药品使用起始时间 | | 年 月 日 | | | | |
| 定点医疗机构意见 | 治疗方案：  药品用法用量：  是否符合医保支付范围： 责任医师签字（章）： |  | 医院医保办盖章： 年 月 日 | | | |  |  |
| 外出配药审核意见 | 医院医保办盖章： 年 月 日 | | | | | | | |
| 定点药店配药记录 | 执业药师签字（章）： |  | 药店盖章：  年 月 日 | | | |  |  |

注：1.本表一式三份，医保经办机构、协议定点医疗机构、协议定点零售药店各一份；

2.如医院无备药的，医院医保部门在外出配药审核意见栏，签署同意外出配药并盖章， 无此意见的，定点药店不得给予配药。