山东省大病保险特药使用申请及评估表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  |
| 工作单位 |  | 身份证号 |  |
| 人员类别 | 职工医保□               居民医保□             离休人员□ 其他□ |
| 申请特药名称（商品名） |  | 联系电话 |  |
| 特药定点医院 |  | 特药定点药店 |  |
| 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 |
| 特药名称（商品名） |  | 特药使用起始时间 |   年     月    日 |
| 特药定点医疗机构意见 | 治疗方案：                                                                                               特药用法用量：                             责任医师签字（章）：                            医院医保办盖章：                                               年     月     日 |
| 医保经办机构审核意见 |  经办人： 审核人：             医保经办机构盖章：   年   月   日 |

注：1.本表一式三份，医保经办机构、协议医疗机构、定点零售药店各一份；

 2.患者申请需提供的材料：有效身份证件及相关医疗文书，包括诊断证明、基因检测报告（如需基因检测）、病理诊断、影像报告、免疫组化报告、门诊病历、出院小结等。