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。