# 泰安市参保人员大病保险特药使用申请及评估表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 年 龄 |  |
| 参保单位  （村、社区） |  | 身份证号 | |  | | |
| 人员类别 | 职工医保□ 居民医保□ | | | | | |
| 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.本表一式二份，医保经办机构、协议医疗机构各一份；

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。