附件

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 省直基本医疗保险“双通道”药品外购备案表 | | | | | |
|  | | | | | |
| **参保人员申请信息** | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 身份证号码 |  | | 社会保障卡号码 |  | |
| 参保单位 |  | | | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  | | | | |
| 国家谈判药品外购管理定点医疗机构 |  | | | | |
| 国家谈判药品外购管理定点药店 |  | | | | |
| 申请人（患者或监护人）签字 |  | | 申请日期 | 年　　月　　日 | |
| 药品使用场景 | □住院期间使用 | 住院诊断 |  | | |
|
| 入院时间 | 年　　月　日 | 住院号 |  |
| □门诊慢特病使用 | 慢特病病种 |  | | |
|
| 申请谈判药品名称 | 通用名 |  | | 药品类别 | □肿瘤靶向药品 |
| 规格 |  | | □非肿瘤靶向药品 |
| 通用名 |  | | 药品类别 | □肿瘤靶向药品 |
| 规格 |  | | □非肿瘤靶向药品 |
| 通用名 |  | | 药品类别 | □肿瘤靶向药品 |
| 规格 |  | | □非肿瘤靶向药品 |
| 通用名 |  | | 药品类别 | □肿瘤靶向药品 |
| 规格 |  | | □非肿瘤靶向药品 |
| 通用名 |  | | 药品类别 | □肿瘤靶向药品 |
| 规格 |  | | □非肿瘤靶向药品 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **省直“双通道”药品外购管理定点医疗机构信息** | | | | | |
| 国家谈判药品  外购责任  医师意见 | 疾病诊断 |  | | | |
|
| 谈判药品支付范围及申请依据 | | 是否符合医保限定支付范围： □ 是 □ 否 | | |
|  | | | | |
|
|
| 谈判药品使用治疗方案及用法用量 | | 是否调整治疗方案及用法用量： □ 是 □ 否 | | |
|  | | | | |
|
|
| 当前方案起止时间 | 年　　月　　日至　　　　年　　月　　日 | | | |
| 已使用量 |  | 本次外购药量 |  | |
| 复查评估周期 |  | 下次复查评估日期 | 年　　月　　日 | |
| 责任医师签字 |  | 处方日期 | 年　　月　　日 | |
| 药品管理  部门审核  意　　见 |  | | 临床药师／药管部门审核人员签字 |  | |
|
| 医院医保  部门审核  意　　见 | 审核意见 |  | | 医院医保部门盖章 |  |
|
| 审核人 |  | 审核日期 | 年　　月　　日 | |
| **省直“双通道”药品外购管理定点药店信息** | | | | | |
| 药品电子监管码 |  | | | | |
| 药店药师签字 |  | 药店盖章 |  | 购药日期 | 年　　月　　日 |
| **说明** | **1.本表一式两份，省直“双通道”药品外购管理定点零售药店、参保患者各一份；**  **2.责任医师鉴定是否符合国家谈判药品使用条件，须依据相关诊断文书，包括但不限于诊断证明、影像报告、病理诊断、免疫组化报告、特殊化验指标结果报告单（其中使用抗肿瘤靶向药物的患者，以基因检测结果为指征的，应提交具备基因检测技术资质医疗机构出具的基因检测报告结果）、门诊病历及出院小结等能够证明符合谈判药品使用条件的材料（以上资料须加盖门诊、病案或诊断等专用管理印章）；**  **3.在下列情况下，发生的谈判药品外购费用不予支付：（1）未经责任医师开具外购申请和处方到零售药店购药的；（2）在非省直“双通道”药品外购管理定点医疗机构住院，期间零售药店外购的；（3）超出适应症、超出医保支付限制条件、违规配药等发生的费用；（4）其他特别规定的。**  **4.责任医师无法确定参保人员药品已使用量的，可备注：参保人员或监护人自述，风险自担。** | | | | |
|
|
|
|