安庆市基本医疗保险“双通道”药品备案表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 |  | 年龄 |  |
| 单位或住址 |  | | | | | | |
| 身份证号 |  | | | | 联系电话 |  | |
| 参保类型 | □职工医保□居民医保 | | | | | | |
| 申请人签字（患者或监护人）： | | | | | 申请日期： 年 月 日 | | |
| □住院期间外购药品 | | | 住院诊断： | | | | |
| 入院时间： 年 月 日 | | | 住院号： | |
| □门诊慢性（特殊）病购药 | | | 慢特病病种： | | | | |
| 申请谈判药品名称 | 通用名  及规格 |  | | | 药品类别 | □抗癌药品  □非抗癌药品 | |
|  | | | □抗癌药品  □非抗癌药品 | |
| 责任医师  审核意见 | 参保人员所患疾病使用申请药品符合安庆市“双通道”管理国谈药品目录规定的药品使用适应症和医保支付限制条件。  经治医生签字： 年 月 日  责任医师签字： 年 月 日 | | | | | | |
| 医院医保办审核意见 | 审核人： 医院医保办盖章：    年 月 日 | | | | | | |