安徽省基本医疗保险“双通道"药品外购  
备案表（枞阳）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 其他 | | | | |
| 医疗机构名称 | |  | | | |
| 申请外购药店名称 | |  | | | |
| 申请人签字（患者或监护人）； | | | | 申请日期： 年 月 日 | |
| 药品使用 | 住院 | | 住院诊断： | | |
| 入院时间： 年 月 日 | | 住院号： |
| 门慢 | | 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 |
|  | | 抗癌药品  非抗癌药品 |

|  |  |
| --- | --- |
| 谈判药品外购责任医师意见 | 谈判药品医保支付范围： |
| 当前谈判药品使用方案及总药量： |
| 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：  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 |

说明:

1、本表一式三份，参保患者、双通道零售药店、双通道医疗机构各一份。

2、谈判药使用条件的诊断文书，包括诊断证明、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，以上资料须加盖病案或诊断管理专用印章)、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。

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药店购药的；
2. 在非谈判药外购管理医院住院，期间药店外购的；
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。