烟台市大病保险特药使用申请表

（编号 ）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | | 年 龄 |  |
| 身份证号 |  | | 联系电话 | |  | | |
| 人员类别 | 职工医保□ 居民医保□ 离休人员及其他□ | | | | | | |
| 参保属地 |  | | 工作单位 | |  | | |
| 特药名称 |  | | 商品名 | |  | | |
| 特药定点医药机构名称 | |  | | | | | |
| 申请人签字（患者本人或监护人）： 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 日至  年 月 日 | | 预计开始  赠药时间 | | 年 月 日 | | |
| 特药定点医疗机构意见 | 申请依据：  特药用法用量：  特药治疗方案属于： 一线□ 二线□ 辅助□ 三级及以上□  责任医师签名： 医院医保办盖章：  年 月 日 | | | | | | |
| 承办商业保险机构意见 | 经办人： 审核人：  有效期： 年 月 日至 年 月 日  承办商业保险机构盖章：  年 月 日 | | | | | | |

注：1. 本表一式三份，承办商业保险机构、特药定点零售药店、参保患者各一份，有效期至2017年底；

2. 患者申请需提供的材料：《烟台市大病保险特药使用申请表》、《烟台市大病保险特药使用评估表》、有效身份证件及复印件，相关医疗文书，包括确诊的住院病历复印件（含入出院记录、住院病历、病理诊断、影像报告、免疫组化报告）、基因检测报告（如需基因检测）；门诊确诊的需提供门诊病历、诊断证明、确诊依据（如病理报告）等。