烟台市大病保险特药使用评估表

（编号 ）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | | 年 龄 |  |
| 工作单位 |  | | 身份证号 |  | | | |
| 人员类别 | 职工医保□ 居民医保□ 离休人员□ 其他□ | | | | | | |
| 申请特药名称（商品名） |  | | 联系电话 | |  | | |
| 特药定点医药机构名称 | |  | | | | | |
| 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：  用药周期：第 周期/月 周期间隔： 天  责任医师签字： 医院医保办盖章：  年 月 日 | | | | | | |
| 承办商业保险机构审核意见 | 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 | | | | | | |
| 用药记录 | 1、药量： 盒（支）用药时长： 天 时间： 医师签名：  2、药量： 盒（支）用药时长： 天 时间： 医师签名：  3、药量： 盒（支）用药时长： 天 时间： 医师签名：  4、药量： 盒（支）用药时长： 天 时间： 医师签名： | | | | | | |

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，一次审批有效期四个月；

2. 患者审批时，应与《烟台市大病保险特药使用申请表》同时出具方才有效；

3. 进入慈善赠药环节后，无需再填写本表格，用药按照责任医生处方执行。