

附件1

淮南市基本医疗保险“双通道”药品外购 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		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	门诊	诊断：			
		住院时间： 年 月 日， 住院医院			
	门慢（特）	病种：			
申请谈判 药品名称	通用名 及规格		药品类别	抗癌药品 <input type="checkbox"/>	
				非抗癌药品 <input type="checkbox"/>	
				抗癌药品 <input type="checkbox"/>	
				非抗癌药品 <input type="checkbox"/>	
		⋮		抗癌药品 <input type="checkbox"/>	
				非抗癌药品 <input type="checkbox"/>	

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	<p>审核人： _____ 医院医保办盖章： _____</p> <p>_____ 年 月 日</p>

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）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；
 - （3）其他特别规定的。