基本医疗保险单行支付和高值药品病种认定表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基 本 信 息** | 患者  姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 身高 |  | 体重 |  |
| 身份证号码 |  | | | 单位名称 | |  | | | |
| 认定机构 名称 |  | | | 患者参保地 | |  | | | |
| 申请认定的病种： | | | | | | | | | |
| **认 定 机 构 意 见** | 认定通过的病种： | | | | | | | 认定医生：  年 月 日 | | |
| 认定生效时间： 年 月 日 | | | | | | |
| 建议治疗方案 | | | | 填写说明 | | | (认定机构盖章)  年 月 日 | | |
| 药品通用名 |  | | |  | | |
| 药品商品名 |  | | |  | | |
| 剂量 |  | | | 单次用药剂量 | | |
| 频次 |  | | | 如：每日一次、每周两次等 | | |
| 给药途径 |  | | | 如：口服、静脉注射 | | |
| **办 理 说 明** | 1.通过病种认定的参保人员，应及时到治疗机构申请治疗，病种认定信息长期有效，治疗期间需要更换药品的，应重新申请病种认定。  2.治疗期间因病情变化调整用药量的，需将调整原因和相关佐证资料上传特药系统。  3.此表需具有认定资格的医师填写，可打印(或复印)给参保人员留存。 | | | | | | | | | |
| 患者 签名 |  | | 联系 电话 |  | | | 联系  地址 |  | | |