

## 武汉市医疗保险特殊药品使用评估表

登记流水号：

申请时间： 年 月 日

姓名		性别		年龄	
社保卡号		身份证号			
人员类别	职工医保 <input type="checkbox"/>		居民医保 <input type="checkbox"/>	大学生医保 <input type="checkbox"/>	
工作单位		家庭住址		联系电话	
申请使用特药名称					
特药定点医院	名称：		编号：		
责任医师	姓名：		工号：		
特药定点药店					
申请人签字（患者本人）					
以上内容有患者本人或监护人填写					
疾病诊断				确诊时间	
特药名称				使用起始时间	
特药定点医院意见	当前治疗方案				
	是否需要继续使用 该特药	是 <input type="checkbox"/>		否 <input type="checkbox"/>	
	用法用量				
	复查建议	请于_____年_____月_____日前，进行病情复查和用药评估。			
	责任医师意见	签名：		签章：	
	医保办意见	（盖章）			
特药定点药店	（盖章）				
后续用药医院	（只能在后续用药医院进行用药或外配处方，在特药定点医院进行复查评估）				

填表说明：

- 1、本表格用于参保人员使用特殊药品后定期进行复查评估时填报。
- 2、特药定点医院，是指我市三级定点医疗机构，为参保人员提供特殊药品用药资格认定、用药和病情复查评估等服务。
- 3、后续用药医院，是指新城区的人民医院（二级医院），主要服务新城区内参保人员，提供开具处方和配药服务。凡选定了后续用药医院的参保人员，复诊用药只能在后续用药医院进行。
- 4、特药定点药店是指具有特殊药品服务资格的定点零售药店。门诊重症（慢性）病参保人员的特药定点药房与其门诊重症定点药房一致。
- 5、附报：社保卡和身份证的原件和复印件、相关疾病的病理检查报告和基因检测报告等病历资料。
- 6、本表一式三份，特药定点医院、特药定点药店和参保人员各留存一份。