|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件1： |  |  |  |  |  |  |
| **武汉市基本医疗保险“双通道”用药申请表** | | | | | | |
| 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 □ 居民医保 □ 大学生医保 □ | | | | | |
| 工作单位 |  | 家庭住址 |  | 联系电话 |  | |
| 申请使用药品名称 |  | | | | | |
| 定点医院 | 名称： 编号： | | | | | |
| 责任医师 | 姓名： 工号： | | | | | |
| 定点药店 |  | | | | | |
| 申请人签字（患者本人） | |  | | | | |
| 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 | |
| 申请使用药品名称 |  | | | | | |
| 定点医院意见 | 用药依据 |  | | | | |
| 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） | | | | |
| 定点药店 | | （盖章） | | | | |
| 填表说明： | | | | | | |
| 1、本表格用于参保人员首次使用“双通道”药品进行备案时填报。 | | | | | | |
| 2、定点医院是设有“双通道”药品适用专业学科的三级医疗机构以及部分二级眼科专科医疗机构，为参保人员提供“双通道”用药资格认定、用药和病情复查评估等服务。 | | | | | | |
| 3、定点药店是具有“双通道”药品服务资格的定点零售药店。 | | | | | | |
| 4、附报：社保卡、身份证、相关疾病的病理检查报告和基因检测报告等病历资料。 | | | | | | |
| 5、本表一式三份，定点医院、定点药店和参保人员各留存一份。 | | | | | | |