**吉林市基本医疗保险特殊药品申请使用承诺书**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 特殊药品定点医疗机构名称 |  | | |
| 姓名 |  | 个人编码 |  |
| 身份证号 |  | 联系方式 |  |
| 人员类别 | 职工医保□ 居民医保□  离 休□ 二 等 乙□ | 就诊科室 |  |
| 责任医师  姓名 |  | 诊断 |  |
| 本评估周期内使用特殊药品名称 |  | | |
| 承诺内容 | 本人承诺：  1.使用特殊药品期间，如接受由基金会或慈善总会等慈善机构提供无偿供药的费用，则不享受医疗保险基金报销该费用的待遇。  2.使用特殊药品期间，遵守处方管理条例，严格按照责任医师医嘱购药、用药。  3.使用特殊药品期间，需调整特殊药品使用种类、用法或用量时，及时与责任医师沟通，重新评估。  4.使用特殊药品期间，积极无条件配合特殊药品定点医药机构有关特殊药品包装盒回收的工作。  申请人签字：  年 月 日 | | |
| 定点医疗机构医保科意见 | 医保科盖章：  年 月 日 | | |

注：此表一式两份，一份与特药使用申请表一同送至市医保局备案，一份于定点医院存档。