**吉林市医疗保险特药使用评估表**

评估日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 |  | | | 年龄 |  |
| 社会保障卡号 | |  | | 身份证号 | |  | | | |
| 人员类别 | | 职工医保□ 居民医保□  离 休□ 二 等 乙□ | 参保属地 | | 市 区（县） | | | | |
| 工作单位 | |  | | 联系电话 |  | | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | |
| 定点医院 | |  | | 定点药店 | | |  | | |
| 使用特药名称 | |  | | | | | | | |
| 参保人员签字 | |  | | | | | | | |
| 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 | | | | |
| 特药名称 |  | | | | | | | | |
| 特药使用  起始时间 | 年 月 日 至 年 月 日 | | | | | | | | |
| 特药定点医院意见 | 当前治疗方案：  （第周期/月）  当前特药治疗方案属于：辅助□ 一线 □ 二线□ 三级及以上□  是否继续使用该特药：是 □否□  该特药用法用量：  责任医师签章：医院医保办盖章：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 市医保局意见 | 审批人： 市医保局盖章：  年 月 日 | | | | | | | | |

注：1. 需提供的材料:社会保障卡、相关医疗证实材料（基因检测及特药限定范围的必检项目、病理诊断、影像报告、门诊病历、诊断书、出院小结等）。2.本表私自涂改或复印无效。3.此表一式三份，患者、特药定点医院及市医保局各存一份。