泰安市基本医疗保险谈判药品使用备案表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | | | 年龄 |  | |
| 工作单位或家庭住址 |  | | 身份证号码 | |  | | | | |
| 人员类别 | □职工医保 □居民医保 | | | | 是否异地就医 | | | | 是□否□ |
| 参保地 | 县（市、区） | | 联系电话 | |  | | | | |
| 就医类别 | □住院 | 就诊医院：定点药店： | | | | | | | |
| □门诊慢性病 | 就诊医院：定点药店： | | | | | | | |
| 参保人（或监护人）签字： | | | | | | | | | |
| **以上内容由参保人或监护人填写** | | | | | | | | | |
| 疾病诊断 |  | | 确诊时间 | | | 年 月 日 | | | |
| 药品通用名 |  | | 药品商品名 | | |  | | | |
| 规格/包装 |  | | 药品使用  起始时间 | | | 年 月 日 | | | |
| 定点医疗机构意见 | 治疗方案（含治疗时限及赠药方案）：  药品用法用量：  医师签字（章）： 医院医保办盖章： 年 月 日 | | | | | | | | |
| ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ |