

## 附件 9

## 单行支付药品和高值药品治疗方案变更申请表

姓名		性别		年龄		身份证号码 (社会保障号码)		
治疗机构名称						治疗机构国家编码		
申请病种					医师签章	年 月 日		
病情诊断								
原药品国家编码	原药品名称	用法用量			现药品国家编码	现药品名称	用法用量	
		用法	用量	治疗周期			用法	用量
(由认定、治疗 医师填写)	<input type="checkbox"/> 疾病进展 (须留存疾病进展相关检查报告) <input type="checkbox"/> 原药品不耐受 (须留存药品不耐受相关资料) <input type="checkbox"/> 其他 (请注明原因):							
	医师签名:							
(患者填写)	本人郑重承诺: 1. 对所提交的资料 and 此表填写内容真实性负责, 自愿承担相应法律责任。 2. 存在变更用药后, 不再享受原药品慈善赠药。							
	(请仔细阅读上述内容, 并确认签字) 本人签字: 年 月 日							
治疗机构意见	签章: 年 月 日							
注意事项	1、通过变更的治疗方案需上传医保经办机构后开始生效。 2、异地参保患者的报销政策由参保地医保局负责解释。							