

附件 7

## 单行支付药品和高值药品认定审批表

(患者 本人 填写)	身份证号码 (社会保障号码)		姓名		性别		年龄		身高		体重	
	认定机构名称						认定机构 国家编码					
认定 (治疗) 机构 意见	认定的病种								医师 签章	年 月 日		
	符合认定的标准											
	1.											
	2.											
	3.											
	4.								医疗 机构 签章	(公章)		
	建议治疗方案				填表说明							
	药品通用名											
	药品商品名											
	剂量				单次用药剂量							
	频次				如每日一次、每周两次等							
	给药途径				如口服、静脉注射等							
	一次治疗周期天数(天)				一次治疗所需的天数							
治疗周期数				需要治疗的周期数								
治疗周期(天)				治疗周期=一次治疗周期天数*治疗周期数								
治疗评估周期(天)				治疗评估周期不得超过认定标准规定的评估周期								
认定有效时间		年 月 日		----		年 月 日		年 月 日				
注 意 事 项	<p>1、通过病种认定的参保人员，应及时到定点医疗机构申请治疗，认定后超过6个月未进行治疗或出现中断治疗达到6个月以上的，均应重新申请认定；</p> <p>2、该表需具有认定资格的医师填写（单行支付药品由认定医师填写，高值药品由治疗医师填写），同时请准备申请病种所对应的病历资料，一并提交到医保办公室审核，审核通过后申请药品方可报销。</p> <p>3、特殊药品认定有效期为12个月，到期后若还需要使用相应药品需准备病情证明书及相关病历资料再次申请认定，请注意到期时间提前做好准备。</p> <p>4、异地参保患者的报销政策由参保地医保部门负责解释。</p>											
(患者 本人 承诺)	<p>本人郑重承诺：我承诺对所提交的资料 and 此表填写内容真实性负责，自愿承担相应法律责任。</p> <p style="text-align: center;">(请仔细阅读上述内容，并确认签字)</p> <p style="text-align: right;">本人签字：_____ 年 月 日</p>											
患者 签名				联系 电话				联系 地址				