附件3

内蒙古自治区本级门诊特殊用药申请表

 申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | （一寸照片） |
| 身份证号 |  | 参保地 |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 就诊医疗机构 |  | 协议药店 |  |
| 申请人（或监护人签字）： |
| 疾病诊断 |  | 确诊时间 |  年 月 日 |
| 药品名称 |  | 开始使用时间 |  年 月 日 |
| 医疗机构评估意见 | 使用依据：药品用法用量：责任医师签字（盖章）： 年 月 日 |
| 医疗机构医保部门意见 | 负责人签字（加盖公章）：年 月 日 |

注：1. 本表一式二份，参保患者、医疗机构各一份；

2. 需提供材料：身份证、社会保障卡、疾病证明书、相关医疗文书（基因检测报告、病理诊断、免疫组化报告、检验检查报告、病历等）。