

附件 6

四川省基本医疗保险单行支付和高值药品病种认定表

基本信息	患者姓名		性别		年龄		身高		体重					
	身份证号码				单位名称									
	认定机构名称				患者参保地									
	申请认定的病种：													
认定机构意见	认定通过的病种：						认定医生： 年 月 日							
	认定生效时间： 年 月 日													
	建议治疗方案						填表说明							
	药品通用名						(公章) 年 月 日							
	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								
办理说明	<p>1.通过病种认定的参保人员，应及时到治疗机构申请治疗，病种认定信息长期有效，治疗期间需要更换药品的，应重新申请病种认定；</p> <p>2.治疗期间因病情变化调整用药量的，需将调整原因和相关佐证资料上传特药系统；</p> <p>3.此表需具有认定资格的医师填写，可打印(或复印)给参保人员留存。</p>													
患者签名	联系电话			联系地址										