附件5：

**辽阳市“双通道”药品评估认定表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓   名 |  | 性  别 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  | | | 参保类型 |  |
| 临床诊断 |  | | | | |
| 医疗机构  名称 |  | | | | |
| 申请高值药品名称 |  | | | | |
| 申请人签字（监护人） |  | | | | |
| 高值药品责任医师意见 | 高值药品使用方案及总量： | | | | |
| 当前方案起止时间：    年  月  日至   年  月  日 | | | | |
| 已使用量：         本次外购药量： | | | | |
| 处方医师签字： | | | 年   月   日 | |
| 评估医师签字： | | | 年   月   日 | |
| 医院医保科审核意见 | 审核人（签字）：    年   月   日 | | | 医院医保科盖章： | |

说明：1.本表一式三份，参保患者、双通道零售药店、双通道医疗机构各一份；

2.高值药使用条件的诊断文书，包括须含所使用高值药限定条件中的诊断证明、影像报告、病理诊断、免疫组化报告、特殊化验指标结果报告单（其中使用抗肿瘤靶向药物的患者，以基因检测结果为指征的，应提交具备基因检测技术资质医疗机构出具的基因检测报告结果，以上资料须加盖病案或诊断管理专用印章）、门诊病历及出院小结等能够证明符合谈判药品使用条件的材料：

3.在下列情况下，发生的高值药品费用不予支付；

（1）未经责任医师开具外购申请和处方到双通道药店购药的；

（2）在非高值药定点管理医院住院期间药店外购的；

（3）超出适应症、超出医保支付限制条件、违规配药等发生的费用；

（4）其他特别规定的。