

附件2

江西省医疗保险“双通道”药品使用终止表

姓名		性别		相片	
医保卡号		年龄			
身份证号		联系电话			
人员类别	<input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 城乡居民医保				
参保属地		工作单位			
“双通道”定点医疗机构		“双通道”定点零售药店			
疾病诊断		确诊时间	年	月	日
使用药品名称		使用终止时间	年	月	日
“双通道”定点医疗机构意见	<p>经评估，该患者无需继续使用“双通道”药品：_____。</p> <p>责任医师签章：_____ “双通道”定点医疗机构医保管理部门盖章：_____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>				

注：本表由“双通道”定点医疗机构责任医生填写后报所在“双通道”定点医疗机构医保管理部门，由“双通道”定点医疗机构医保管理部门及时并向参保地医疗保障部门备案。