

附件5:

菏泽市基本医疗保险药品单独支付备案认定表

姓名		性别		年龄		人员类别	职工 ☐ 居民 ☐
身份证号码					联系电话		
参保单位/家庭住址							
申报病种	请在以下病种中勾选您需要申报的病种： 1. 银屑病 ☐ 2. 克罗恩病 ☐ 3. 溃疡性结（直）肠炎 ☐ 4. 肺动脉高压 ☐ 5. 中重度特应性皮炎 ☐ 6. 便秘型肠易激综合征（IBS-C） ☐ 7. 脊髓性肌萎缩症 ☐ 8. 亨廷顿舞蹈病 ☐ 9. 多发性硬化 ☐ 10. 遗传性血管性水肿（HAE） ☐ 11. C 型尼曼匹克病 ☐ 12. 肢端肥大症 ☐ 13. 子宫内膜异位症 ☐ 14. 黄斑病变 ☐ 15. 转甲状腺素蛋白淀粉样变性心肌病 ☐						
本人申请 定点医疗 机构	本地定点医疗机构：				异地长期居住定点医疗机构：		
申请人信息确认	本人（监护人）签名： 年 月 日						
医疗专家 意见	经认定，符合 的认定要求。 医疗专家： 年 月 日						
	经认定，不符合 的认定要求。 原因： 医疗专家： 年 月 日						
医保经办机构意见	年 月 日						

注：1、本表须附二级及以上医疗机构一年内住院病历及相关检查、化验报告。
2、本表一式两份，医保经办机构、定点医疗机构各留存一份。