附件4：

|  |
| --- |
| **黔南州医疗保险门诊特殊疾病缺药外购申请表** |
| 参保县(市)： 编码：  |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **年龄** |  | **科别** |  | **门诊号** |  |
| **身份证号码** |  | **医保卡号 或个人编号** |  |
| **门诊**特殊疾病病种 |  | **联系电话** |  |
| **外购药品名称、规格、剂量、药量及用法：** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **门诊专科医生：** |  |  **年 月 日** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **定点医院药房意见：（缺药原因）** |  |
|  |  |  | **（盖章）** |
|  |  **签名： 年 月 日** |

 |
| **医保管理部门审批意见：** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | （盖 章） |
|  |  |  |  | **签名：** |  |  |  **年 月 日** |
| **备注：** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **一、审批权限：填报《黔南州医疗保险门诊特殊疾病外出缺药外购申请表》到参保地医保管理部门办理备案登记。** |
| **二、提供下列材料到参保地医保管理部门报销：①《黔南州门诊特殊疾病缺药外购申请审批表》；②有效发票原件及复印件；③如果发票未显示明细项目，须提供明细清单并盖章；④居民身份证复印件；⑤提供银行账户和联系方式。** |