

附件 25

江苏省医疗保险
特药待遇证

南通市医疗保险基金管理中心印制

特药待遇证说明：

1. 本证为江苏省医疗保险特药使用患者领取特药的凭证，请妥善保管。
2. 必须由患者本人到特药定点药店购取特药，购取药物时应遵守药店各项规章制度，并出具本人身份证、社会保障卡、特药申请表、处方、评估表和本待遇证方可领药。（特殊情况，由代配人购取特药时，需履行相关代配药手续）
3. 购药或享受赠药的患者每次购药或领取赠药时应交回上次已用完药物的包装盒及药瓶，方可购取或领取本次用药。
4. 药师发放特药时按医嘱批准剂量进行发放，如有特殊情况，及时与当地医保经办机构联系。
5. 患者停药或转做其他治疗，应及时主动报告医保经办机构，并办理相关手续，回收本待遇证。
6. 医保经办机构咨询电话：
特药定点药店电话：

患者基本信息

姓名_____性别_____出生年月_____

社会保障卡号_____人员类别：职工 居民 离休 二乙

身份证号_____

参保属地_____市_____区(县) 工作单位_____

联系电话_____家庭住址_____

特药名称_____病人体重_____KG

首次用药剂量_____维持用药剂量_____

指定医院_____责任医师_____指定药店_____

发证日期_____年_____月_____日 变更时间_____年_____月_____日

1寸彩色照片

(盖章)

重点医疗救助对象

姓 名_____

性 别_____

贫困人员类别（简称）_____

医保编码_____

审核人签字

经办机构盖章

年 月 日

年 月 日

患者领药记录

第一次：领药时间：_____年____月____日 患者签名：_____药师签名：_____

第二次：领药时间：_____年____月____日 患者签名：_____药师签名：_____

第三次：领药时间：_____年____月____日 患者签名：_____药师签名：_____

第四次：领药时间：_____年____月____日 患者签名：_____药师签名：_____

第五次：领药时间：_____年____月____日 患者签名：_____药师签名：_____

第六次：领药时间：_____年____月____日 患者签名：_____药师签名：_____

第七次：领药时间：_____年____月____日 患者签名：_____药师签名：_____

第八次：领药时间：_____年____月____日 患者签名：_____药师签名：_____

第九次：领药时间：_____年____月____日 患者签名：_____药师签名：_____

第十次：领药时间：_____年____月____日 患者签名：_____药师签名：_____

第十一次：领药时间：_____年____月____日 患者签名：_____药师签名：_____

第十二次：领药时间：_____年____月____日 患者签名：_____药师签名：_____

病人注射给药记录

第一次用药时间：____年__月__日 用药剂量：____mg 剩余剂量：____mg 护士签名：_____

第二次用药时间：____年__月__日 用药剂量：____mg 剩余剂量：____mg 护士签名：_____

第三次用药时间：____年__月__日 用药剂量：____mg 剩余剂量：____mg 护士签名：_____

第四次用药时间：____年__月__日 用药剂量：____mg 剩余剂量：____mg 护士签名：_____

第五次用药时间：____年__月__日 用药剂量：____mg 剩余剂量：____mg 护士签名：_____

第六次用药时间：____年__月__日 用药剂量：____mg 剩余剂量：____mg 护士签名：_____

第七次用药时间：____年__月__日 用药剂量：____mg 剩余剂量：____mg 护士签名：_____

第八次用药时间：____年__月__日 用药剂量：____mg 剩余剂量：____mg 护士签名：_____

第九次用药时间：____年__月__日 用药剂量：____mg 剩余剂量：____mg 护士签名：_____

第十次用药时间：____年__月__日 用药剂量：____mg 剩余剂量：____mg 护士签名：_____

第十一次用药时间：____年__月__日 用药剂量：____mg 剩余剂量：____mg 护士签名：_____

第十二次用药时间：____年__月__日 用药剂量：____mg 剩余剂量：____mg 护士签名：_____

