

“潍坊惠民保”特定高额药品使用评估表

姓名		性别		年龄	
工作单位		身份证号			
人员类别	职工医保口		居民医保口		
申请药品名称 (商品名)		联系电话			
定点医药机构					
疾病诊断		确诊时间	年	月	日
药品名称 (商品名)		药品使用起始时间	年	月	日
申请人签字 (患者或监护人) :		申请日期: 年 月 日			

注：患者申请需提供的材料：有效身份证件及相关医疗文件，包括诊断证明、基因检测报告（必要时）、病理诊断、影像报告、免疫组化报告、门诊病历、出院小结等。