附件：

医院制剂纳入基本医疗保险支付范围申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 制剂名称 | 通用名称 |  | | | | | | |
| 汉语拼音 |  | | | | | | |
| 制剂分类 |  | 剂 型 | |  | | 规 格 | |  |
| 临床开始  使用时间 |  | 单 价 | |  | | 年使用人次 | |  |
| 年使用总量 |  | 年使用金额 | |  | | | | |
| 是否委托配制 |  | | | 包装材质 | |  | | |
| 批准文号  /备案登记号 |  | | | 批准  有效期至 | |  | | |
| 处方（化学制剂包括所用辅料） |  | | | | | | | |
| 适应症或者功能主治 |  | | | | | | | |
| 申请人 | 单位名称 | | | |  | | | |
| 《医疗机构制剂许可证》  编号 | | | |  | | | |
| 制剂配制地址 | | | |  | | | |
| 联系人 | |  | | 电 话 | |  | |
| 委托配制 | 制剂配制  单位名称 | |  | | 《医疗机构制剂许可证》（或《药品生产质量管理规范》认证证书）编号 | | |  |
| 制剂配制  地址 | |  | | 制剂配制单位  法人代表 | | |  |
| 联系人 | |  | |
| 所附资料项目 | □1.医院制剂纳入基本医疗保险支付范围申请表；  □2.《医疗机构制剂许可证》、《医疗机构制剂注册证》或注册备案批件、医院制剂价格批复文件的原件及复印件；  □3.医院制剂药检报告和说明书、近两年该制剂使用不良反应监测情况；  □4.经济性自评报告、临床应用情况、治疗效果、费用情况等；  □5.对所提供材料真实性、合法性承诺书；  □6.其他需要提供的材料。 | | | | | | | |
| 市级医疗保障部门意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 专家评审意见 | 年 月 日 | | | | | | | |
| 省级医疗保障部门意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |