

附件2

江西省医疗保险“双通道”药品使用终止表

姓名		性别		相片
医保卡号		年龄		
身份证号		联系电话		
人员类别	☐ 职工医保 ☐ 城乡居民医保			
参保属地		工作单位		
“双通道”定点医疗机构		“双通道”定点零售药店		
疾病诊断		确诊时间	年 月 日	
使用药品名称		使用终止时间	年 月 日	
“双通道”定点医疗机构意见	经评估，该患者无需继续使用“双通道”药品：_____。 责任医师签章：_____ “双通道”定点医疗机构医保管理部门盖章：_____ 年 月 日			

注：本表由“双通道”定点医疗机构责任医生填写后报所在“双通道”定点医疗机构医保管理部门，由“双通道”定点医疗机构医保管理部门及时并向参保地医疗保障部门备案。