一次性告知单

同志：

你于 年 月 日办理特殊药品待遇资格备案事项时，经审查，申请办理事项的资料不齐全，需要补齐以下材料后方可办理：

□ 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡（医保经办窗口提供，其余办理渠道免提供。委托他人办理的，还需提供代办人身份证和授权委托书）（原件或复印件）

□ 《广西基本医疗保险特殊药品使用申请表》，经治的医疗机构签署意见并加盖医疗机构业务章（原件）

□ 近两年病历资料（首次申请提供，可提供出院记录、手术记录、门诊病历，必须提供疾病诊断证明。疾病诊断证明和住院病历均需提供加盖医疗机构相关业务章的原件）（原件或复印件）

□ 有确诊意义的检查资料（首次申请提供，按申请的药品提供相关疾病有确诊意义的检查报告如病理诊断、免疫组化报告、基因检测报告等。）（原件或复印件）

□ 经治疗的医疗机构签署意见的《广西基本医疗保险特殊药品使用申请表》（住院病历需提供加盖医疗机构相关业务章的原件；次年继续申请及自治区区外定点医疗机构就医提供）（原件或复印件）

□ 其他：

备注：需补的材料在项目前□处打“√”。

签收人： （签字） 经办人： （签字）

年 月 日