附件1

新增医疗服务价格项目申报表

填报单位： 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目类别 | 综合医疗服务类□ 病理学诊断类□实验室诊断类□影像学诊断类□ 临床诊断类□临床手术治疗类□ 临床非手术治疗类□ 临床物理治疗类□康复医疗类□ 辅助操作类□中医及民族医诊疗类□ | | |
| 项目名称 |  | | |
| 项目内涵 |  | | |
| 内涵一次性耗材 |  | | |
| 除外内容（通用名） |  | 三级分类代码 |  |
| 计价单位 |  | 计价说明 |  |
| 其他省市价格 |  | 申报价格 |  |
| 是否已列入《全国医疗服务项目技术规范》 |  | 适用范围 |  |
| 操作规范 |  | | |
| 项目临床意义 |  | | |
| 可能产生的副作用 |  | | |
| 申报科室负责人签字 |  | 价格管理科室负责人签字： |  |
| 法定代表人签字:  （单位公章）  年 月 日 | | 盟市医疗保障部门审核意见 |  |
| 自治区医疗保障部门审核意见 |  |

经办人： 联系电话：