附件2

新增医用耗材收费申报表

填报单位： 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 产品名称 |  | | |
| 医疗服务价格项目编码 |  | 医疗服务价格项目名称 |  |
| 生产企业名称 |  | | |
| 产品注册证号 |  | 生产/经营许可证号 |  |
| 规格型号 |  | 计价单位 |  |
| 医保通用名 |  | 三级分类代码 |  |
| 出厂价/到岸价格 |  | 采购平台挂网价 |  |
| 购进价 |  | 外省市价格 |  |
| 使用理由 |  | | |
| 使用范围 |  | | |
| 使用数量以及其他需要说明的情况 |  | | |
| 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：