附件1

拟纳入基本医疗保险基金支付范围医疗机构制剂申报表

医疗机构名称（加盖公章）： 医疗机构制剂总数： 本次申报数量：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 国家药品代码 | 制剂名称 | 制剂类别 | 剂型 | 规格 | 成分 | 适应症/功能主治 | 配制成本（元/瓶、盒等） | 零售价（元/瓶、盒等） | 临床开始使用时间 | 年使用人次（万） | 年使用总量（万瓶、盒等） | 年使用金额（万元） | 批准文号/备案登记号 | 批准有效期至 | 限定使用医院（其中调剂使用需注明） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

负责人： 填报人： 联系电话：

附件3

拟纳入基本医疗保险基金支付范围医疗机构制剂推荐名单

推荐单位（加盖公章）： 填报日期：

负责人： 填报人： 联系电