附件1

拟纳入基本医疗保险支付范围医用耗材申报表

医疗机构名称（加盖公章）： 申报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **国家医用耗材代码** | **单件产品名称** | **一级分类（学科、品类）** | **二级分类（用途、****品目）** | **三级分类（部位、功能、品种）** | **医保****通用名** | **具体****功能及****特征** | **零售价（元）** | **临床开始使用时间** | **年使用人次** | **年使用金额（万元）** | **批准文号/****备案登记号** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

负责人： 填报人： 联系电话：