附件1

拟纳入基本医疗保险支付范围中药饮片申报表

医疗机构名称（加盖公章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 国家医保代码 | 中药饮片名称 | 生产企业 | 药材名称 | 炮制方法 | 功效分类 | 药材来源 | 药用部位 | 性味与归经 | 功能与主治 | 用法与用量 | 炮制规范及执行标准名称 | 参考零售价（元/克） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 负责人： 填报人： 联系电话：