附件

年度新增医疗服务价格项目开展情况汇总表

填报单位（盖章）： 制表人： 联系方式： 填报日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **临时收费代码** | **项目名称** | **项目内涵** | **除外内容** | **计价单位** | **计价说明** | **医院制定价格（含除外内容价格）** | **年度开展例数** | **该项目上一年度收入** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

本辖区本年度开展新增医疗服务项目价格医疗机构 所，开展新增医疗服务项目价格 项；开展新增医疗服务项目价格收入 元。