

附件 4

XX市（州）公立医疗机构单颗常规种植牙医疗服务价格项目清单表

填报单位（加盖公章）：

填报日期：

XX市（州） 调控目标（元）	三级公立医疗机构		二级及以下医疗机构		XX市（州） 调控总价（元）		三级公立医疗机构			二级及以下医疗机构			
	具体项目名称	对应省项目编码	三甲 （元）	次数 （次）	三甲 （元）	三乙 （元）	次数 （次）	二甲 （元）	次数 （次）	二甲 （元）	次数 （次）	二乙以下 （元）	次数 （次）
门诊诊查	例： 普通门诊诊查费	例：110200001											
生化检验											
影像检查											
种植体植入											
牙冠置入											
扫描建模											
药品费用											
医疗服务费用总和（上述项目*数量之和）													

填表说明：1. 非阴影区为填报区域；
2. 如有其他需要，可填写对应备注栏信息。

填报人：

联系方式：