附件1

医疗机构开展“日间手术”病种申请表

医疗机构名称（盖章）： 填报人签字：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 疾病诊断编码  （国临2.0ICD-10） | 疾病诊断名称  （国临2.0ICD-10） | 手术编码（ICD-9-CM-3国  临3.0） | 手术名称（1CD-9-CM- 3国  临3.0） |
|  |  |  |  |
| 病种的规范性治疗依 据 | 具体列出病种诊疗规范和临床路径（可附附件） | | |
| 费用测算依据 | 具体列出必须使用的药品、服务设施、诊疗项目明细及费用，使用2017年  版价格项目规范名称及编码，费用进行合计（可附附件） | | |
| 上一年手术收费明细及治疗（手术）记录 | 1.（姓名身份证病案号 费用总计）  2.  3.  ......  10.  后附对应10份收费明细和治疗（手术）记录 | | |
| 卫生健康部门  审核意见 | | 医疗保障部门  审核意见 | |
| 审核人（签字）：  单位（公章）  年 月 日 | | 审核人（签字）：  单位（公章）  年 月 日 | |

注：1.不同病种但规范性治疗依据与价格测算依据相同的，按照国临2.0ICD-10、ICD-9-CM-3 国临3.0要求填报，可附一份申请及附件；2.由医疗机构提供申请资料，同级卫生健康部门和医疗保障部门分别进行初审；

3.此表一式三份，医疗机构、卫生健康部门、医疗保障部门各留存一份，印证资料由医疗保 障局留存