附件2

汕尾市基本医疗保险新技术DRG申请表

申请单位：（公章） 申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | 医院等级 |  |
| 法定代表人姓名 |  | 法定代表人联系电话 |  |
| 单位经办人 |  | 联系电话 |  |
| 新技术开展负责人 |  | 联系电话 |  |
| 单位地址及邮政编码 |  |
| 新技术原入组情况 | 病组名称 |  | 病组编码 |  |
| 基准点数 |  | 医疗机构系数 |  |
| 本单位病组均费 |  | 病例数 |  |
| 新技术病案基本情况 | 主要诊断 |  | ICD10编码 |  |
| 主要手术 |  | ICD9-CM-3编码 |  |
| 其他特征 |  |
| 调整建议 | □新增（拆分）分组 □调整入组 □其他  |
| 申请理由 | 1.市域外医院开展新技术的情况，包括费用、疗效、例数等内容。2.本院新技术病例情况，包括临床症状、体征、辅助检查、诊疗经过等，附医疗机构新技术申报资料及病例相关数据。 |
| 申 请单 位医保办意 见 | 医保办负责人签字： （盖章）年 月 日 |
| 申 请单 位意 见 | 法定代表人签字： 单位 （盖章）年 月 日 |