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 | | | | | |