附件4

口腔种植牙特需医疗服务价格备案表

（公立医疗机构填写）

**医疗机构名称（公章）： 联系人： 联系电话： 备案时间：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **原备案项目** | | | | | **拟备案项目** | | **价格降幅（%）** | **本机构开展的市场调节价项目数量以及占本院全部项目数量比例（%）** | **本机构开展的市场调节价项目金额（2021年度，万元）** | **占医疗服务收入总金额的比例（2021年度，%）** |
| **项目名称** | **备案价格** | **计价单位** | **价格是否包含耗材** | **备案时间** | **备案项目名称** | **备案项目价格** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |