附件5

单颗常规种植牙医疗服务价格调控目标及

整体费用备案表

**医疗机构名称（公章）：**

**机构性质：公立/非公立医保定点/非公立非医保定点 备案时间：**

**联系人： 联系电话：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **诊疗流程** | **诊疗内容** | **项目/药品名称** | **单价（元）** | **计价次数** | **小计（元）** |
| **医事服务费/诊察费**  **（全治疗周期）** | |  |  |  |  |
| **诊疗第1次** | 方案设计、术前检查（化验+影像） |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **诊疗第2次** | 植入手术 | 种植体植入费（单颗） |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **诊疗第3次** | 术后复查 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **诊疗第4次** | 种植取模 | 种植牙冠修复置入费（单颗） |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **诊疗第5次** | 种植置入戴牙 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **诊疗第6次** | 戴牙后复查 |  |  |  |  |
| **诊疗第7次** | ... |  |  |  |  |
| **相关药品费用** | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **费用总计** | | | | |  |
| **本医疗机构价格调控目标** | | | | |  |

备注：1.此表根据医疗机构实际情况填写，并可增减行数，**其中种植体植入费（单颗）、种植牙冠修复置入费（单颗）为必填项。**2.医事服务费/诊察费一行填写的频次应为完整治疗周期内所需收取医事服务费的总次数。3.执行医疗服务价格调控目标的有关医疗机构，单颗常规种植牙整体项目费用合计不得超过该机构对应的价格调控目标。4.医疗机构可按不同医生职级分别测算并最多备案4份表格。