

衢州市人民医院

温州医科大学附属衢州医院

文件

衢市医发〔2021〕54号

衢州市人民医院关于新增 整形美容科自主定价医疗服务项目的通知

各部门、科室（班组）：

随着医疗技术的发展，根据《浙江省卫生厅、浙江省物价局、浙江省财政厅关于印发〈浙江省医疗机构开展特需服务管理试行办法〉的通知》（浙卫发〔2000〕71号、浙价费〔2000〕10号、浙财综〔2000〕18号）和《浙江省物价局、浙江省卫生和计划生育委员会、浙江省人力资源和社会保障厅关于调整部分医疗服务项目及价格的通知》（浙价医〔2015〕137号）文件精神，我院整形美容科新增自主定价医疗服务项目，现将相关事项通知如下：

一、新增自主定价医疗服务项目及价格

（一）项目编码“TZJK0007494”，项目名称“超冰半导体激光脱毛前或后发际线”，计价单位：次，价格：1000元。

（二）项目编码“TZJK0007495”，项目名称“超冰半导体激光脱毛前或后发际线（3次）”，计价单位：疗程，价格：2500元。

（三）项目编码“TZJK0007496”，项目名称“超冰半导体激光脱毛鬓角”，计价单位：次，价格：600元。

（四）项目编码“TZJK0007497”，项目名称“超冰半导体激光脱毛鬓角（3次）”，计价单位：疗程，价格：1500元。

（五）项目编码“TZJK0007498”，项目名称“超冰半导体激光脱毛双侧前臂”，计价单位：次，价格：1400元。

（六）项目编码“TZJK0007499”，项目名称“超冰半导体激光脱毛双侧前臂（3次）”，计价单位：疗程，价格：3600元。

（七）项目编码“TZJK0007500”，项目名称“超冰半导体激光脱毛双上肢”，计价单位：次，价格：1600元。

（八）项目编码“TZJK0007501”，项目名称“超冰半导体激光脱毛双上肢（3次）”，计价单位：疗程，价格：4200元。

（九）项目编码“TZJK0007502”，项目名称“超冰半导体激光脱毛双侧腋下”，计价单位：次，价格：1200元。

（十）项目编码“TZJK0007503”，项目名称“超冰半导体激光脱毛双侧腋下（3次）”，计价单位：疗程，价格：3200元。

（十一）项目编码“TZJK0007504”，项目名称“超冰半导体激光脱毛胸或背部”，计价单位：次，价格：2000元。

（十二）项目编码“TZJK0007505”，项目名称“超冰半导体激光脱毛胸或背部（3次）”，计价单位：疗程，价格：5000元。

（十三）项目编码“TZJK0007506”，项目名称“超冰半导体激光脱毛双侧小腿”，计价单位：次，价格：1800元。

（十四）项目编码“TZJK0007507”，项目名称“超冰半导体激光脱毛双侧小腿（3次）”，计价单位：疗程，价格：4800元。

（十五）项目编码“TZJK0007508”，项目名称“超冰半导体激光脱毛双侧下肢”，计价单位：次，价格：2200元。

（十六）项目编码“TZJK0007509”，项目名称“超冰半导体激光脱毛双侧下肢（3次）”，计价单位：疗程，价格：5500元。

（十七）项目编码“TZJK0007510”，项目名称“超冰半导体激光脱毛比基尼”，计价单位：次，价格：1500元。

（十八）项目编码“TZJK0007511”，项目名称“超冰半导体激光脱毛比基尼（3次）”，计价单位：疗程，价格：4000元。

（十九）项目编码“TZJK0007512”，项目名称“近红外光亮肤治疗”，计价单位：次，价格：1000元。

（二十）项目编码“TZJK0007513”，项目名称“近红外光亮肤治疗（8次）”，计价单位：疗程，价格：6000元。

（二十一）项目编码“TZJK0007514”，项目名称“超冰半导体激光脱毛局部光斑”，计价单位：光斑，价格：100元。

（二十二）项目编码“TZJK0007515”，项目名称“超冰半导体激光脱毛络腮胡”，计价单位：次，价格：1500元。

（二十三）项目编码“TZJK0007516”，项目名称“超冰半导体激光脱毛络腮胡（3次）”，计价单位：疗程，价格：4000元。

二、医疗机构要严格执行价格公示制度

自主定价服务项目（特需医疗服务项目）提供服务前应与患者或患者委托人签署书面协议，由需方自愿选择。价格等信息应在执行前10个工作日内在其网站、服务场所等醒目位置公示。

三、上述新增医疗服务项目不属于基本医疗保险支付及其他公费报销范围，由需方自负。

附件：衢州市人民医院自主定价服务项目（特需医疗服务项目）知情同意书

衢州市人民医院
温州医科大学附属衢州医院
2021年8月23日

附件

衢州市人民医院自主定价服务项目（特需医疗服务项目）知情同意书

尊敬的患者及家属：

您好！

目前您所选择的医疗项目_____为自主定价服务项目（特需医疗服务项目），不属于医保报销范围。

患方对上述告知内容已了解，本着自愿的原则经慎重考虑愿意接受此项服务，签字为证：

患者/委托人签字：_____

医生签字：_____

日期：_____

您的满意是我们最大的心愿。祝就诊愉快，早日康复！

衢州市人民医院

(此页无正文)

抄送：市卫生健康委员会。

衢州市人民医院党政综合办公室 2021年8月23日印发
