

镇江市新增试行医疗服务项目自主定价告知表

医疗机构：（盖章）医疗机构类别（打√）：一类☐二类☐三类☐告知日期：2025 年 4 月 1 日

编 码	项 目 名 称	项 目 内 涵	除 外 内 容	计 价 单 位	告 知 价 格（元）	执 行 日 期	说 明
330100021	气囊压力连续监测和控制	含连接管路		小时	8 元/小时	2025.4.8	

注：本表一式3份，医疗机构、医保局、卫健委各一份

法人代表签字：徐军

经办人签字：陈慧

联系电话：88770113