

# 日照市医疗保障局

日医保函〔2024〕9号

## 关于明确部分医疗服务项目价格政策的函

各区县医疗保障局，各功能区社会事业（发展）局，市医疗保险事业中心，各相关定点医疗机构：

根据山东省医疗保障局《关于明确部分医疗服务项目价格政策的函》（鲁医保函〔2024〕23号）和《关于印发公立医疗机构部分医疗服务项目价格及医保支付政策的通知》（日医保发〔2024〕4号）文件精神，现将组织/体液/细胞冷冻（辅助生殖）项目价格政策明确如下（详见附件），表列价格为我市三级公立医疗机构最高价格。



日照市医疗保障局

2024年4月9日

（此件主动公开）

附件:

| 项目编码       | 项目名称               | 项目内涵   | 除外内容 | 计价单位 | 价格   | 说明   | 是否医保支付 |
|------------|--------------------|--|------|------|------|--|--------|
| 311201062  | 组织/体液/细胞冷冻(辅助生殖)   | 将辅助生殖相关组织、体液、细胞进行冷冻。所定价格涵盖将辅助生殖相关组织、体液、细胞转移至冷冻载体,冷冻及解冻复苏过程中的人力资源和基本物质消耗。             |      | 管·次  | 1845 | 价格含冷冻当天起保存2个月的费用,不足2月按2月计费。冻存结束前只收取一次。第2管按50%收费,第3管起,每管按30%收费。                   | 是      |
| 311201062a | 组织/体液/细胞冷冻续存(辅助生殖) | 将冷冻后的辅助生殖相关组织、体液、细胞持续冻存。所定价格涵盖将冷冻后的辅助生殖相关组织、体液、细胞持续冻存至解冻复苏前或约定截止保存时间,期间的人力资源和基本物质消耗。 |      | 管·月  | 113  | 冷冻后保存超过2月的,按每管每月(管·月)收取续存费用,不足1月按1月计费;每月最高收费不得超过226元。不得重复收取“组织/体液/细胞冷冻(辅助生殖)”费用。 | 否      |

抄送:市卫生健康委员会,市市场监督管理局。

日照市医疗保障局办公室

2024年4月9日印发