附表1

市医疗保障

定点医疗机构申请表

申请单位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申请时间\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

填 写 说 明

一、该表填写内容可打印也可用蓝色或黑色水笔填写，要求字迹工整清楚，内容真实。

二、符合申报条件并愿意承担医保服务的医疗机构，可在正式运营满3个月后向所在辖区医保经办机构提出申请，填写《医疗保障定点医疗机构申请表》，并提供以下材料：

1.医疗保障定点医疗机构评估表；

2.医疗机构执业许可证（正、副本）或中医诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证照原件及复印件；

3.与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本；

4.与医保有关的医疗机构信息系统相关材料；

5.纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

6.医师执业证书、乡村医生执业证书或中医（专长）医师资格证书原件及复印件；

7.医保管理人员或医保管理部门名单；

8.法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证复印件；

9.医疗机构用房产权证明或经房产主管部门备案的租赁合同、平面布局图（房产证、营业用房）等相关资料原件及复印件；

10.已开展的医疗服务项目及价格清单、药品及价格清单；

11.工作人员花名册。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | | | | 医疗机构  其他名称 | |  | |
| 所有制形式 |  | | | | 法定代表人姓名 | |  | |
| 法定代表人  身份证号码 |  | | | | 法定代表人  联系电话 | |  | |
| 医院等级 |  | | | | 邮政编码 | |  | |
| 是否分支机构 |  | | | | 上级医疗  机构名称 | |  | |
| 经营性质 |  | | | | 开业时间 | |  | |
| 单位用房性质  （自有/租赁） |  | | | | 单位用房租赁合同  剩余有效期限 | |  | |
| 建筑面积 |  | | | | 500米内有无其他  定点医疗机构 | |  | |
| 1000米内有无其他  定点医疗机构 | |  | |
| 单位地址 |  | | | | | | | |
| 单位经办人 |  | | | | 联系电话 | |  | |
| 医疗机构执业  许可证号 |  | | | | 执业许可时间 | |  | |
| 变更记录  （近三年） | |  | |
| 统一社会  信用代码 |  | | | | | | | |
| 执业范围 |  | | | | | | | |
| 人员构成 | 人数 | | 高级职称 | 中级职称 | | 初级职称 | | 其他 |
| 医师  （盲人按摩师） |  | |  |  | |  | |  |
| 其中：主要  执业点医师 |  | |  |  | |  | |  |
| 护士 |  | |  |  | |  | |  |
| 医技人员 |  | |  |  | |  | |  |
| 药学人员 |  | |  |  | |  | |  |
| 其他人员 |  | |  |  | |  | |  |
| 合计 |  | |  |  | |  | |  |
| 稳定工作  关系人数 | |  | | 参加社会保险人数 | | |  | |
| 核定床位数 | |  | | 实际开放床位数 | | |  | |
| 配备药品种数 | |  | | 其中医保  药品种数 | | |  | |
| 已开展医疗服务  项目数 | |  | | 其中医保范围内  医疗服务项目数 | | |  | |
| 50万元以上大型  医用仪器设备数量 | |  | | 50万元以上大型  医用仪器设备名称 | | |  | |
| 医疗机构及其法定代表人、主要负责人  或实际控制人有无严重失信行为 | | | |  | | | | |
| 同一法人主体（投资主体）的相关定点医药机构，1年内有无因违规被暂停、解除或终止医保协议和正在接受经办机构调查处理等情况的记录。 | | | | | | |  | |
| 是否已安装医疗  结算监控设备 |  | | | 是否承诺提供医疗  结算监控信息 | | |  | |
| 申请  单位  意见 | 自愿承担\_\_\_\_\_市医疗保障服务，申请成为医疗保障定点医疗机构，并承诺所填写的信息、证明材料真实有效。如与事实不符，将承担提供虚假材料所造成的一切后果。  自愿按医保部门和医保经办机构要求安装实名制就医购药验证、实时监控等智能监管系统，并承诺签订医保协议后按要求提供省内异地、跨省异地联网结算服务。  法定代表人签字：  单位（盖章）  年 月 日 | | | | | | | |