附件2

**温州市医疗保障**

**定点医疗机构申请表**

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

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

填 写 说 明

1. 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.《温州市医疗保障定点医疗机构申请书》及《评估表》;

2. 医疗机构执业许可证或中医诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证,法定代表人身份证复印件及医疗机构工作人员花名册;

3. 与医保政策对应的内部管理制度和财务管理制度,医保专(兼)职管理人员劳动合同;

4. 县级以上卫生健康部门确认的医疗机构等级证明(无等级不需提供)、执业医师(包括执业助理医师、乡村医师)注册证明;

5. 已开展的医疗服务项目及价格清单、药品及价格清单、经省卫生健康部门批准购置的大型医用设备清单;

6. 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；

7. 纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

8. 与医保有关的医疗机构信息系统相关材料；

9. 按相关规定要求提供的其他材料。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 县（市、区）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 | | | | | | |