定点医药机构经办工作相关表式

1. 《衢州市定点医疗机构预登记申请表》（表1）；
2. 《衢州市定点零售药店预登记申请表》（表2）；
3. 《衢州市医疗保险定点预登记单位网络接入反馈单》（表3）；
4. 《衢州市新增定点医药机构审批单》（表4）；
5. 《衢州市定点医药机构重大信息变更申请表》（表5）；
6. 《衢州市定点医药机构一般信息变更申请表》（表6）；
7. 《衢州市定点医药机构中止（恢复）医保定点服务备案表》（表7）；
8. 《衢州市定点医药机构管理性解除医保协议审批单》（表8）。

表1 衢州市定点医疗机构预登记申请表

预登记单位（公章）： 预登记时间： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| **一、自查情况(由申请单位填写)** | |
| 1、所在街道、社区 | （ ）街道（ ）社区 |
| 2、是否存在以医疗美容、辅助生殖、生活照护、种植牙等非基本医疗服务为主要执业范围？ | 是（ ） 否（ ） |
| 3、是否存在基本医疗服务未执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策？ | 是（ ） 否（ ） |
| 4、是否存在未依法履行行政处罚责任？ | 是（ ） 否（ ） |
| 5、是否存在以弄虚作假等不正当手段申请定点，自发现之日起未满3年？ | 是（ ） 否（ ） |
| 6、是否存在因违法违规被解除医保协议未满3年或已满3年但未完全履行行政处罚法律责任？ | 是（ ） 否（ ） |
| 7、是否存在因违反医保协议约定或医保相关规定而被解除协议未满1年或已满1年但未完全履行违约责任的？ | 是（ ） 否（ ） |
| 8、是否存在法定代表人、主要负责人或实际控制人曾因严重违法违规导致原定点医疗机构被解除医保协议，未满5年？ | 是（ ） 否（ ） |
| 9、是否存在法定代表人、主要负责人或实际控制人被列入失信人名单？ | 是（ ） 否（ ） |
| 10、是否存在因医疗服务行为受到有关行政部门处罚未满1年的？ | 是（ ） 否（ ） |
| 11、近2年内是否存在有非法行医、非法医疗广告、诊室外包等不规范经营行为的？ | 是（ ） 否（ ） |
| 12、是否存在同一法人主体（投资主体）的相关定点医疗机构，1年内有因违规被暂停、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？ | 是（ ） 否（ ） |
| **二、承诺书** | |
| 本单位自愿申请医保定点预登记，申请医保网络接入及软件、硬件安装后试运行，并承诺所填写的信息、证明材料真实有效。自愿承担提供虚假材料所造成的一切后果，自愿承担申请医保定点未通过可能性带来的软件、硬件安装试运行资金无效投入风险。    法人或负责人（签字）：  机构公章（盖章）：  联系电话：  年 月 日 | |

表2 衢州市定点零售药店预登记申请表

预登记单位（公章）： 预登记时间： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| **一、自查情况(由申请单位填写)** | |
| 1、所在街道、社区 | （ ）街道（ ）社区 |
| 2、是否存在未依法履行行政处罚责任？ | 是（ ） 否（ ） |
| 3、是否存在以弄虚作假等不正当手段申请定点，自发现之日起未满3年？ | 是（ ） 否（ ） |
| 4、是否存在因违法违规被解除医保协议未满3年或已满3年但未完全履行行政处罚法律责任？ | 是（ ） 否（ ） |
| 5、是否存在因严重违反医保协议约定而被解除协议未满1年或已满1年但未完全履行违约责任？ | 是（ ） 否（ ） |
| 6、是否存在法定代表人、企业负责人或实际控制人曾因严重违法违规导致原定点零售药店被解除医保协议未满5年？ | 是（ ） 否（ ） |
| 7、是否存在法定代表人、企业负责人或实际控制人被列入失信人名单？ | 是（ ） 否（ ） |
| 8、是否存在同一法人主体（投资主体）的相关定点医药机构，1年内有因违规被暂停、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？ | 是（ ） 否（ ） |
| **二、承诺书** | |
| 本单位自愿申请医保定点预登记，申请医保网络接入及软件、硬件安装后试运行，并承诺所填写的信息、证明材料真实有效。自愿承担提供虚假材料所造成的一切后果，自愿承担申请医保定点未通过可能性带来的软件、硬件安装试运行资金无效投入风险。    法人或负责人（签字）：  机构公章（盖章）：  联系电话：  年 月 日 | |

表3 衢州市医疗保险定点预登记单位网络接入反馈单

接入单位（公章）： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 本地编码 | 国家编码 | 社区（原定点数） | | 核定试运行  开始时间 |
|  |  |  | |  |
| **接入任务完成情况（申请单位填写）** | | | | |
| 事项 | | 是否完成 | 完成时间 | |
| 1.购买读卡器 | |  |  | |
| 2.领取PSAM卡 | |  |  | |
| 3.提供单位对公银行账户信息 | |  |  | |
| 4.医保结算系统联网接入 | |  |  | |
| 5.药品、耗材及诊疗项目匹配 | |  |  | |
| 6.人脸识别系统安装接入 | |  |  | |
| 7. 视频监控系统安装接入 | |  |  | |
| 8.进销存系统接入及数据维护 | |  |  | |
| 9.智能审核平台下载 | |  |  | |
| 10.在国家医保局平台录入□医疗机构、□医师、□护士、□零售药店、□药师信息 | |  |  | |
| 11.招采平台账号申请完成 | |  |  | |

备注：试运行从上述事项全部完成之日起计算。

表4 衢州市定点医药机构协议管理审批表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | |
| 单位地址 |  | | |
| 综合评审 | 评审时间 | 评审分数 | 评审结果 |
|  |  |  |
| 公示情况 | 公示时间 | 公示形式 | 公示结果 |
|  |  |  |
| 党组会审议结果 | 审议时间 | 审议结果 | |
|  |  | |
| 医保局 审批意见 | 经办人意见 | 经办人：  年 月 日 | |
| 科室意见 | 科室负责人：  年 月 日 | |
| 经办机构负责人意见 | 经办机构负责人：  年 月 日 | |
| 局分管领导意见 | 局分管领导：  年 月 日 | |
| 局领导意见 | 局领导：  年 月 日 | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | |  | | |
| 单位地址（社区） | |  | | |
| 定点医药机构的社会信用代码是否有变化 | | | 是（ ） 否（ ） | |
| 联系人 | |  | 联系电话 |  |
| 序号 | 变更项目 | 变更前 | 变更后 | |
| 1 |  |  |  | |
| 2 |  |  |  | |
| 3 |  |  |  | |
| 申请单位意见 | 法定代表人（公章）：  年 月 日 | | | |
| 医保  经办  部门  意见 | 经办人  意见 | 经办人：  年 月 日 | | |
| 科室负责人  意见 | 科室负责人：  年 月 日 | | |
| 经办机构负责人  意见 | 经办机构负责人：  年 月 日 | | |

表5 衢州市定点医药机构重大信息变更申请表

表6 衢州市定点医药机构一般信息变更申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | |  | | |
| 单位地址（社区） | |  | | |
| 联系人 | |  | 联系电话 |  |
| 序号 | 变更项目 | 变更前 | 变更后 | |
| 1 |  |  |  | |
| 2 |  |  |  | |
| 3 |  |  |  | |
| 申请单位意见 | 法定代表人（加盖公章）：  年 月 日 | | | |
| 医保经办机构意见 | 经办人  意见 | 经办人：  年 月 日 | | |
| 科室负责人意见 | 科室负责人：  年 月 日 | | |

表7 衢州市定点医药机构中止（恢复）医保定点服务备案表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | |
| 申请类别 | 中止医保服务（ ） 恢复医保服务（ ） | |
| 申请时限 | 年 月 日 —— 年 月 日 | |
| 申请理由 | 经办人（加盖公章）：  年 月 日 | |
| 医保经办  机构意见 | 经办人  意见 | 经办人：  年 月 日 |
| 科室负责人意见 | 科室负责人：  年 月 日 |

表8 衢州市定点医药机构管理性解除医保协议审批单

|  |  |
| --- | --- |
| 退出单位 |  |
| 基本情况 |  |
| 退出依据 |  |
| 相关附件 |  |
| 经办人  审核意见 | 经办人：  年 月 日 |
| 科室负责人  审核意见 | 签名：  年 月 日 |
| 法规处负责人  审核意见 | 签名：  年 月 日 |
| 分管领导  审核意见 | 签名：  年 月 日 |

|  |
| --- |
| 衢州市医疗保障局办公室 2023年2月17日印发 |