丹东市医疗保障

定点医疗机构协议管理

申请表

申请单位

申请时间

丹东市医疗保障事务服务中心印

填写说明

一、本表适用于线下申请，采用打印版，要求内容真实。

二、“服务方式”指申请开通“门诊”、“住院”或“门诊+住院”业务。

三、“内设医保部门名称”指医疗机构内部设立或指定的负责医保业务管理的部门。

四、提交本申请书时，附以下材料：

(1) 《医疗机构执业许可证》正、副本原件及复印件或《中医诊所备案证》原件及复印件或军队医疗机构为民服务许可证照原件及复印件；

(2) 公立医疗机构提供《事业单位法人证书》副本原件及复印件，民营医疗机构提供《营业执照》原件及复印件或《民办非企业单位登记证书》副本原件及复印件；

(3) 二级及以上医疗机构需提供卫生健康部门等级评(复)审结果的通知，其他有等级医疗机构需提供等级证明相关材料原件及复印件；

(4) 法定代表人、主要负责人、联系人身份证原件及复印件；

(5) 医疗机构端医师(护士)电子化注册信息系统中本机构的主执业、多点执业医师、护士汇总名单截图；医技、药剂人员名单及资格证、职称证和计算机管理人员名单原件及复印件；在职人员签订《劳动合同》原件及复印件，退休人员签订《聘用合同》原件及复印件；单位缴纳社会保险证明及个人缴纳社会保险证明原件及复印件；

(6) 与诊断、治疗、手术、住院、药品贮存及发放、检查检验放射等相关的基础设施和仪器设备清单；

(7) 与医保政策对应的①医保管理制度。②财务制度。③药品和医用耗材进销存管理制度。④统计信息管理制度。⑤医疗质量安全核心制度。⑥网络和信息系统安全管理制度。⑦与医保有关的医疗机构信息系统相关材料。⑧纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

(8) 银行《开户许可证》或开户银行出具的《基本存款账户信息》复印件，账户名称与服务机构名称要一致；

(9) 医养结合机构、互联网医院申请医疗保障定点的，需按医保、民政、卫生健康等行政部门有关规定提供的相关材料；

(10) 从业人员花名册（备注医师、护士、医技人员、药师、计算机管理人员）；医疗机构近期工资表复印件；房屋租赁合同原件及复印件及平面设计图。

（11) 市医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。

以上材料均需提供原件、复印件并加盖医疗机构公章。

办理地址：丹东市青年大街67号丹东市医疗保障事务服务中心

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | | | |  | | | | | | | |
| 统一社会信用代码 | | | |  | | | | | | | |
| 注册地址 | | | |  | | | | | | | |
| 注册面积 | | | |  | | | 建筑面积 | |  | | |
| 法定代表人 | | 姓名 | |  | | | 联系方式 | |  | | |
| 身份证号 | |  | | | | | | | |
| 主要负责人 | | 姓名 | |  | | | 联系方式 | |  | | |
| 身份证号 | |  | | | | | | | |
| 实际控制人 | | 姓名 | |  | | | 联系方式 | |  | | |
| 身份证号 | |  | | | | | | | |
| 医疗机构成立时间 | | | |  | | | 医疗机构等级 | |  | | |
| 医疗机构性质 | | | |  | | | 医疗机构类别 | |  | | |
| 医疗机构执业许可证发证机关 | | | | |  | | | | | | |
| 医疗机构执业许可证登记号 | | | | |  | | | | | | |
| 医疗机构执业许可证发证日期 | | |  | | | | 许可证有效期开始日期 | | | |  |
| 许可证有效期截止日期 | | | |  |
| 执业地址行政区划 | | |  | | | | 执业地址 | |  | | |
| 服务对象 | | |  | | | | 诊疗科目 | |  | | |
| 编制床位数 | | |  | | | | 实际开放床位数 | |  | | |
| 收费等级 | | |  | | | | 医疗用房性质 | |  | | |
| 银行账号 | | |  | | | | 银行开户行 | |  | | |
| 是否配有专（兼）职医保管理人员 | | | | | | | | |  | | |
| 是否设有内部医保管理部门 | | | | | | | | |  | | |
| 是否具有医保管理、财务、统计信息管  理、医疗质量安全核心制度 | | | | | | | | |  | | |
| 是否具有符合医保协议管理要求的信息系统 | | | | | | | |  | | | |
| 是否设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗  材、疾病病种等基础数据库 | | | | | | | |  | | | |
| 是否建立进销存信息系统 | | | | | | | |  | | | |
| 是否建立门诊信息系统 | | | | | | | |  | | | |
| 是否建立住院信息系统 | | | | | | | |  | | | |
| 卫生技术  人员构成 |  | | | 高级职称 | | 中级职称 | | | | 初级职称 | |
| 医生 | | |  | |  | | | |  | |
| 护士 | | |  | |  | | | |  | |
| 药师 | | |  | |  | | | |  | |
| 医技 | | |  | |  | | | |  | |
| 合计 | | |  | |  | | | |  | |
| 已设主要管理制  度、台账名称 | | | |  | | | | | | | |
| 联系人姓名 | | | |  | | 联系人固话 | |  | | | |
| 联系人手机号 | |  | | | |
| 单位承诺 | | | | 本单位承诺： 所有上传填报的资料全部真实完整、合法、有效，如因违反上述承诺造成的任何后果或不良影响，本单位一律自行承担责任。  法定代表人签字： 单位公章：    年 月 日 | | | | | | | |