**附件1**

安康市医疗机构医保定点申请书

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 单位地址及所在社区 |  |
| 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 |  | 民办非企业单位登记证号 |  |
| 诊疗科目 |  |
| 人员构成 | 人数 | 高级职称 | 中级职称 | 初级职称 | 其他 |
| 医师 |  |  |  |  |  |
| 其中：第一执业点医师 |  |  |  |  |  |
| 护士 |  |  |  |  |  |
| 医技人员 |  |  |  |  |  |
| 药学人员 |  |  |  |  |  |
| 其他人员 |  |  |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |  |  |
| 1年以上稳定工作关系人数 |  | 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（个）数 |  | 其中医保目录药品种（个）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 |  |
| 近三年内有无重大行政处罚记录 |  | 近三年内有无重大医疗事故 |  |
| 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、解除或终止医保服务协议和正在接受经办机构调查处理等情况的的记录 |  |
| 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 基本医疗保险服务，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。法定代表人签字： 单位 （盖章）年 月 日 |

**附件2**

安康市零售药店医保定点申请书

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 零售药店名称 |  | 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 |  |
| 经营方式 | □ 连锁企业直营门店□ 加盟店□ 单体店 |
| 总店名称 |  |
| 开业时间 |  | 邮政编码 |  |
| 单位地址及所在社区 |  |
| 药店用房性质（自有/租赁） |  | 药店用房租赁合同剩余有效期限 |  |
| 营业场所建筑面积 |  |
| 单位经办人 |  | 联系电话 |  |
| 药品经营许可证号 |  | 许可证取得时间 |  |
| 变更记录（近三年） |
| 统一社会信用代码 |  | 营业执照取得时间 |  |
| 是否提供远程药学服务 |  |
| 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 |  |
| 经营药品是否有进、销、存台帐 |  |
| 经营药品种（个）数 | 总数 |  | 西药 |  | 中成药 |  | 中药饮片 |  |
| 其中医保药品种（个）数 | 总数 |  | 西药 |  | 中成药 |  | 中药饮片 |  |
| 备注 |  |
| 工作人员总数 | 注册执业药师（中药师） | 药师（中药师） | 从业药师（中药师） | 营业员 | 其他工作人员 |
|  |  |  |  |  |  |
| 1年以上稳定工作关系人数 |  | 参加社会保险人数 |  |
| 近三年内有无重大行政处罚记录 |  | 近三年内有无重大药品质量事故 |  |
| 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、解除或终止医保服务协议和正在接受经办机构调查处理等情况的的记录 |  |
| 申请单位意见 | 自愿承担 基本医疗保险服务，申请成为医疗保障定点零售药店，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。 法定代表人签字： 单位（盖章）  年 月 日 |

|  |  |
| --- | --- |
| **附件3** |  |
| 安康市新增医疗保障定点医药机构验收单 |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 所在社区 |  |
| 验收时间 |  |
| 验收人员签名 |  |
| 验收事项 |  | 验收结果 |  |
| 药品与诊疗项目匹配 |  |
| 系统联网 |  |
| 视频摄像监控系统安装 |  |
| 进销存系统管理 |  |
| 配备专职医保人员 |  |
| 医保业务培训情况 |  |
| **附件4** | **安康市医疗保障定点医药机构协议管理登记表** |
| 单位名称 | 　 |
| 单位地址 | 　 |
| 所在社区 |  |
| 申报条件审核情况 | 受理时间 |
| 公示情况 |  | 评审结果 | 审核人员 |
| 公示时间 |  |  |
| 经办机构意见 | 　 | 公示形式 | 公示结果 |
| 经办人意见 | 　 | 　 |
|  | 科室意见 |  经办人：  年 月 日  |
| 经办机构领导意见 |  科室负责人：  年 月 日 |
|  |  经办机构负责人：  年 月 日 |

**附件5**

 **安康市医疗保障定点医药机构变更申请表**

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