

附件 1

鄂州市门诊统筹定点医疗机构申请表

申请单位名称_____

申请时间_____

联系人_____

联系方式：_____

填写说明

一、该表填写要求字迹工整清楚，内容真实。

二、医疗机构提交本表时，需准备下述材料的扫描件（复印件均需加盖单位公章），并将电子文档发送至3768479@qq.com。

（一）《医疗机构执业许可证》、营业执照（正副本）、法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证复印件；

（二）医保药品管理、财务管理、人员管理、信息管理、人证相符以及医保费用结算、药品服务管理、健康档案管理等内部管理制度文本；

（三）信息化改造相关操作视频、截图，结算票据；

（四）经营药品目录；门慢病种诊疗相关设备及药品清单；

（五）医技人员名册；

（六）门诊统筹用药保障电子档案或纸质档案，包括处方、购药清单、医保结算单；

（七）医保结算电脑相关配置照片；医疗机构监控照片、视频截图；

鄂州市门诊统筹定点医疗机构申请表

定点医疗机构代码		定点医疗机构名称	
医疗机构类别		医疗机构级别	
法定代表人		身份证号	
医保负责人姓名		联系电话	
联系人		联系电话	
地址			
经营范围			
申请业务类别	1) 居民门诊统筹 2) 职工门诊共济 3) 门诊慢特病 4) 单独支付药品（限二级及以上机构）		
2年内是否被医保行政部门依据《中华人民共和国社会保险法》及《医疗保障基金使用监督管理条例》相关规定予以重大行政处罚			
现在是否处于医保服务协议中止期间			
承诺事项	本单位承诺:所有上报的资料全部真实、完整、合法、有效,并已按要求完成门诊统筹信息化建设。2年内未被医保行政部门依据《中华人民共和国社会保险法》及《医疗保障基金使用监督管理条例》相关规定予以重大行政处罚;未处于医保协议服务中止期间。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。如医保部门发现申请时提交的材料不真实,我单位自愿取消相应资质,并主动退还医保相关费用。 <div style="text-align: right;"> 法人签字(或盖章): 申请单位(盖章): 日期: 年 月 日 </div>		

申请开通门诊统筹服务告知书

各定点机构：

申请开通门诊统筹服务采取自愿申请原则，成为门诊统筹定点机构须满足有关文件规定条件。同时，前期会有人力、设备及接口改造等费用投入。申报单位经营人员要做好风险预估和盈亏预判。

鄂州市医疗保障服务中心

我已认真阅读并知晓告知内容，做好风险预估和盈亏预判，由此产生的一切问题，由我单位自行承担。

（请负责人于下列空白处亲笔抄写上述内容）

签字：

申请机构（公章）：

日期： 年 月 日

药品目录填报模板

机构名称：

机构医保编码：

序号	药品代码	注册名称	批准文号	目录药品名称	医保目录类别（甲类、乙类药品填报目录内，目录外药品填报目录外）	是否为谈判药品 (是/否)	谈判药品 销售价格 (选填项)
1	XJ01CRA042X006010105388	阿莫西林克拉维酸 钾(4:1)干混悬剂	国药准字 H10970407	阿莫西林克拉维 酸	目录内		
2	XD01BAH079A001010102968	灰黄霉素片	国药准字 H14020764		目录外		
3	XD01AET021F002050201955	盐酸特比萘芬乳膏	国药准字 H20113196	特比萘芬	目录内		
4							
5							

