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。  法人签字（或盖章）： 申请单位（盖章）： 日期： 年 月 日 |  |  |  |  |  |
| **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营亏预判。　　　　　　　　　　　　鄂州市医疗保障服务中心　　　　　　　　 |
| 我已认真阅读并知晓告知内容，做好风险预估和营亏预判，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 |  |  |  |  |  |  |  |