

附件 1

# 定点医疗机构协议管理

## 申 请 表

申请单位\_\_\_\_\_

申请时间\_\_\_\_\_

四川省医疗保障事务中心印制

## 填写说明

一、本表采用打印版，要求内容真实。

二、“申请业务内容”指开展“门诊”、“住院”或“门诊+住院”。

三、“医保职能部门”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，附以下申请材料：

（1）医疗机构执业许可证或诊所执业备案证或中医诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证照正、副本；

（2）与医保政策对应的医保管理制度、财务制度、统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度、药品和医用耗材进销存管理制度；

（3）与医保有关的医疗机构信息系统相关材料；

（4）纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

（5）省级医疗保障行政部门要求提供的其他材料。

以上申请材料需提供原件及复印件（加盖公章）。

办理地址：成都市锦江区永兴巷15号1号楼四川省医疗保障事务中心办事大厅

电话：028-86523372

医疗机构名称		医疗机构地址			
统一社会信用代码		所有制形式及 医疗机构等级			
执业许可证号		主管部门			
经营性质		正式运营时间			
批准床位数		经营面积			
基本账户开户银行 及账号					
法定代表人	姓名：	联系电话			
	身份证号：				
实际控制人 (主要负责人)	姓名：	联系电话			
	身份证号：				
主管医保工作 负责人	姓名：	联系电话			
医保职能部门 联系人	姓名：	联系电话			
在职职工人数		在本单位购买 社保、医保人数			
申请业务内容	住 院 <input type="checkbox"/> 门 诊 <input type="checkbox"/> 门诊+住院 <input type="checkbox"/>				
卫技人员 汇总情况 (以注册人员为准)		人 数	第一注册地在本机构的人数		
	医生				
	护士				
	医技				
	药师				
	合计				
科室设置、医护人员 (以注册人员为准)、 病床数情况	科 室	住院开放 床位数	医生人数(其 中第一注册地 在本医疗机构 的人数)	护士人数	其 他
大型医疗 设备信息	品种		型号及数量	购买年月	有效期

大型医疗设备信息				
申请承诺	<p>本机构自愿申请承担医疗保障服务，并严格遵守医疗保障有关管理规定，对所提交资料的真实性负责，如有虚假不实，本机构将承担由此带来的一切法律、经济等方面的后果及责任。</p> <p>本机构已认真阅读国家医疗保障局令（第2号）申请定点相关要求，无第十二条不予受理情形；已认真阅读四川省医疗保障事务中心有关医疗保障定点医疗机构协议管理要求，承诺在申请纳入协议管理后严格遵守协议各项管理规定。</p> <p style="text-align: right;">法定代表人签字：</p> <p style="text-align: right;">单位盖章：</p> <p style="text-align: right;">年    月    日</p>			
联系人		联系电话		

风险提示：申请定点医疗机构有可能存在前期经费投入，当评估不合格时可能会产生经济损失。