

附件1

_____年度门诊慢特病定点医疗机构申请表

申请单位名称_____

申请类别_____门诊慢特病定点医疗机构_____

申请时间_____

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）：

（一）医疗机构执业许可证或军队医疗机构为民服务许可证照（正副本）复印件和法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证复印件；

（二）医保服务协议复印件并加盖公章，原件备查；

（三）纳入门诊慢特病定点管理后使用医保基金的预测性分析报告；

（四）相关科室执业医师资格证书复印件、职工花名册或劳动合同复印件（或盖章版电子扫描件）；

（五）房屋权属证书或租房协议书，服务场所、规模、科室、人员设施配备情况文字说明材料并附现场照片；

（六）与门诊慢特病药品服务相关的身份认证管理、处方审核管理、药品服务管理、健康档案管理、财务审计管理等内部管理制度文本；

（七）与省医保信息系统数据共享的解决方案；

（八）属地医疗保障部门出具的无违法违规证明。

定点医疗机构名称及 医疗保障编码			
法定代表人		身份证号	
医疗保障负责人姓名		联系电话	
联系人		联系电话	
经营性质	非营利 <input type="checkbox"/> 营利 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>		
年度总收入		年度总支出	
单位地址			
所属市、县			
统一组织机构代码			
医疗机构许可证号			
经营范围			
近3年内有无行政处罚或 稽核处罚记录			
年度定点机构绩效考 核分级管理评估结 果、信用评价管理情 况			
慢性病集采 药品种类			
单位参保编号		参保时间	

<p>申请内容</p>	<p>本单位承诺所提交的申请材料真实、合法、有效，承诺遵守社会保险相关法律，无套骗医保基金的行为。如在医疗服务过程中，发现违规违约行为将被取消评选资格且三年内不再提出申请；</p> <p>本人在20 ——20 履职期间，该机构无违规行为。</p> <p>单位名称： (申请单位印章)</p> <p>法定代表人（盖章）： 年 月 日</p>
<p>统筹区医疗保障 部门意见</p>	<p>(盖章)</p>

