

重庆市定点医疗机构医疗 保障服务协议范本

(征求意见稿)

甲方（医疗保障经办机构）：

医疗保障经办机构代码：

法定代表人：

地址：

邮政编码：

联系电话：

乙方（医疗保障定点医疗机构）：

定点医疗机构代码：

法定代表人：

地址：

邮政编码：

联系电话：

为加强和规范医疗保障定点医疗机构管理,规范医疗服务行为,提高医保基金使用效率,保障参保人员合法权益,根据《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《中华人民共和国网络安全法》《中华人民共和国数据安全法》《中华人民共和国个人信息保护法》《医疗机构管理条例》《医疗保障基金使用监督管理条例》《社会保险经办条例》《基本医疗保险用药管理暂行办法》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《重庆市医疗保障基金监督管理办法》等法律法规规章和有关规定,经甲乙双方协商一致,自愿就医疗保障服务有关事宜签订如下医保协议,并承诺共同遵守。

第一章 总则

第一条 【签订目的】甲乙双方应当严格执行国家、重庆市有关法律法规规章及政策规定,按本协议约定履行职责、行使权利、承担义务,保障参保人员依法依规享受医疗保障待遇。

第二条 【适用范围】乙方为职工基本医疗保险(含城镇职工大额医疗互助保险)、城乡居民基本医疗保险(含城乡居民大病保险)、生育保险等参保人员,以及医疗救助对象(以下统称“参保人员”)提供医疗保障服务(含生育保险服务,下同),适用本协议(含重庆市及异地参保人员)。

第三条 【服务内容】经甲乙双方协商,乙方所提供的医疗服

务应当符合卫生健康行政部门、中医药主管部门许可的诊疗科目，乙方为参保人员提供的医疗服务范围包括：

- ☐ 门（急）诊；
- ☐ 住院；
- ☐ 门诊特病诊断资格
- ☐ “两病”诊断资格
- ☐ 国家医保谈判药品认定资格
- ☐ 国家医保谈判药品治疗资格
- ☐ 医疗救助
- ☐ 其他_____。

甲乙双方约定，乙方医保结算等级为（原则上与乙方卫生主管部门批准的等级保持一致，结算等级不得高于卫生主管部门批准的卫生等级，且不得低于两个卫生等级，若乙方为未定级的医疗机构，原则上按照一级结算）：

- ☐ 一级
- ☐ 二级
- ☐ 三级

第四条 【甲方权利】甲方享有以下权利：

（一）掌握乙方的医保基金使用情况，从乙方获得医保费用审核结算、会计核算、医保绩效考核、协议履行核查所需的信息数据等资料，以及药品、医用耗材、医疗服务项目等数量和价格

等数据资料；

（二）接入乙方医院信息系统（包括但不限于 HIS、PACS、LIS、进销存、追溯码系统，下同）；

（三）通过远程获取、查询端口开放，获取审核和核查所需数据及支持数据的记录凭证并保护患者隐私，包括但不限于影像记录、扫码记录，以及银行卡、微信、支付宝及其他非现金方式收款记录等；

（四）对乙方履行医保协议等情况进行医保绩效考核；

（五）调查、处理乙方违约行为，发现乙方存在违反医保协议约定情形的，根据医保协议约定，暂停或者不予拨付费用、追回违规费用、中止相关责任人员或者所在部门涉及医药服务的医疗保障基金使用，直至解除服务协议等相应处理，也可根据医保行政部门行政检查结果，采取相应处理；

（六）向卫生健康、中医药、市场监管、药品监管等部门以及社会公众，通报或公开乙方或乙方内部科室、人员履行医保协议、医保支付资格管理记分、违法违规违约行为处理以及医保绩效考核、信用评价等相关情况，并要求乙方以甲方认可的方式公开相关考核结果；

（七）通过多种方式获取与医药费用有关的行政处罚信息；

（八）对医务人员（含技师）开展医保支付资格管理；

（九）要求乙方按期完成需要乙方配合的医保改革任务；

（十）法律法规和规章规定的其他权利。

第五条 【甲方义务】甲方履行以下义务：

（一）向社会公布签订、中止、终止及解除医保协议的定点医疗机构信息，包括名称、地址等；

（二）对乙方申报的医疗费用进行审核；

（三）按医保协议约定及时足额向乙方拨付医保费用；总额控制医疗机构按总额协议规定拨付；

（四）向乙方提供医保信息平台数据集和接口标准；

（五）对乙方开展医保政策、管理制度、支付政策、操作流程的宣传培训，为乙方提供医疗保障咨询、查询服务；

（六）在条件允许时，向乙方推送涉及药品、医用耗材和参保人员等医保支付相关的风险提示；

（七）明确总额预算、支付方式、支付标准、数据质量、审核结算、协议履行核查、考核评价、协商谈判等事项；

（八）与乙方建立费用支付、审核结算相关的协商机制，对乙方的意见建议及时接收、解答、解释说明；

（九）对作出的违约处理结果向乙方进行解释说明；

（十）遵守个人信息保护和数据安全有关制度，保护乙方商业秘密及涉及乙方诊疗相关的数据信息；

（十一）法律法规和规章规定的其他义务。

第六条 【乙方权利】乙方享有以下权利：

（一）按医保协议约定及时足额获得应由甲方支付的医保费用，总额控制医疗机构按总额协议规定拨付；

（二）对支付管理政策提出意见建议，对争议费用与甲方沟通、申辩，或提请同级医疗保障行政部门协调处理；要求甲方对不予支付的费用进行解释说明；对符合条件的病例提出特例单议；对医保支付方式核心要素等提出意见建议；

（三）要求甲方对作出的违约处理结果进行解释说明，对甲方的核查及处理进行陈述、申辩；对处理结果仍有异议的，有权向同级医疗保障行政部门提请协调处理；

（四）对甲方履约情况进行监督，举报或投诉甲方及工作人员的违法违纪违规行为；

（五）甲方违反医保协议的，有权要求甲方纠正或者提请同级医疗保障行政部门协调处理、督促整改，也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼；

（六）及时获知医保政策、费用结算流程等调整情况及审核交互信息、审核疑点数据；

（七）要求甲方提供医保信息平台数据集和接口标准；

（八）法律法规和规章规定的其他权利。

第七条 【乙方义务】乙方履行以下义务

（一）在显著位置悬挂统一样式的定点医疗机构标识；

（二）根据甲方要求，展示甲方对乙方或乙方内部科室、人

员的考核结果；

（三）与甲方共同防范欺诈骗保行为；

（四）严格遵守医疗保障、卫生健康、中医药、市场监管、药品监管等部门有关政策和管理要求；

（五）受到卫生健康、中医药、市场监管、药品监管等部门医药费用有关的行政处罚的，在行政处罚决定书送达之日起 30 个工作日内向医疗保障行政部门报送行政处罚相关信息；

（六）定期自查本机构医保基金使用情况，及时纠正不规范行为，并主动报告医保部门，退回违规使用的医保基金；

（七）在国家医保信息业务编码标准数据库动态维护平台按照医疗保障信息业务编码等标准和要求，及时对医疗机构、医师、护士、技师、药师等医务人员登记、备案、变更的相关信息进行动态维护；

（八）参加由医疗保障行政部门或经办机构组织的宣传和培训，在本机构组织开展医疗保障相关制度、政策的培训，为群众提供医保政策宣传、咨询服务；

（九）按甲方要求以实时联网或定期报送等形式提供医保费用审核结算、会计核算、医保绩效考核、协议履行核查等医保协议管理所需信息，如实报送药品、医用耗材的采购价格和数量，并对其真实性以承诺书形式做出承诺（附件 1）；按照规定向医疗保障行政部门报告医疗保障基金使用监督管理所需信息；

（十）积极配合甲方对医疗服务、医疗费用、病例病案的审核、核查，按照甲方医保结算清单及电子病历（诊疗信息、病历记录、检验检查记录、医疗收费信息等各类医保病案资料）数据接入相关规范要求，向甲方上传参保人相关数据信息。乙方应按规定在收到审核交互信息后 5 个工作日内提供需要查阅的医疗档案和有关资料，及时处理系统推送的需自查申诉的审核疑点数据。

（十一）严格规范医疗收费，公示医药价格与收费标准，向社会公开医药费用、费用结构等信息；

（十二）在显要位置设置“医保政策宣传栏”，公布医保投诉举报渠道，及时处理投诉举报问题，接受社会监督；

（十三）遵守网络和数据安全有关制度，保护参保人员个人信息，保障医保网络和数据安全；

（十四）按照医疗保障部门要求，配合推进各项医保改革任务；

（十五）法律法规和规章规定的其他义务。

第二章 医疗服务

第八条 【基本要求】甲方应为乙方实现参保人员直接结算医保费用提供必要的支持。

乙方应设置医保咨询服务台或指定专人向参保人员提供医保相关的政策宣传、解释、咨询服务，以及参保人员在本机构医

疗费用和医保基金结算相关的查询服务或查询渠道,如实出具费用单据和相关资料。

参保人员住院时,乙方应在医生或护士办公室的“住院病人一览表”或医护工作系统中对参保人员设置明显标识。乙方应实行参保人员住院医疗费一日清单和门诊医疗费清单制度,一日清单(包括门诊医疗费清单)中的药品、诊疗项目、服务设施均应标明医疗保险属性(甲类、乙类、自费)。

乙方为卫生健康部门明确指定疾病的诊疗管理机构或医疗机构的,应尽可能满足参保人治疗该疾病的临床用药需求。

乙方应为参保人员提供合理、必要的医疗服务,合理规范使用医保基金,控制医疗费用不合理增长。

第九条 【医保目录】甲方应指导乙方做好基本医疗保险、生育保险药品、医用耗材、医疗服务项目等目录(以下简称“医保目录”)的对应工作。

乙方应严格执行医保目录对支付范围、支付标准等的要求,乙方超出医保目录范围、药品法定适应症等的费用,甲方统筹基金(含职工大额、居民大病基金)不予支付。

乙方应优先配备使用医保目录药品,并建立本机构药品配备与《基本医疗保险药品目录》(以下简称《药品目录》)联动机制,根据《药品目录》调整结果及时对本机构用药目录进行调整和优化。乙方不得以医保总额预算、医疗机构用药限制、药占比

等为由，减少《药品目录》内药品的合理配备、使用。

乙方为基层定点医疗机构的，配备的《药品目录》内药品品种，应满足参保人员基本用药需求。

第十条 【就医核验】乙方及其工作人员应当执行实名就医和购药管理规定，核验参保人员医疗保障凭证，做到人证相符。乙方发现证件无效、人证不符的，不得进行医保结算。门诊就诊参保人员因特殊原因需要委托他人代为购药的，乙方应当核验委托人和受托人的身份证明，并做好记录。因参保人意识不清、昏迷等特殊原因无法对参保人进行身份核验时，原则上应当在医保结算前完成身份核验。乙方不得随意收集、留存参保人员医疗保障凭证，不得通过远程视频、照片等方式截取参保人医保码进行扫码结算。乙方不得诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药。

第十一条 【门诊统筹】乙方应严格执行职工和居民医保门诊相关医保政策，建立相应管理制度，提供必要的服务，为参保人员享受门诊统筹待遇提供便利条件。

第十二条 【处方管理】乙方应按照国家处方管理相关规定，认真做好处方的开具、调剂、保管工作。乙方为门诊就诊参保人员开具的药品符合处方管理相关规定的，医保基金按规定予以支付。乙方应按照处方外配相关规定，为参保人员开具电子外配处方，并上传至医保电子处方中心，外配处方不得受乙方库存药品限制，支持将电子处方打印成纸质处方，方便有需求的参保人持

纸质处方前往定点零售药店购药。乙方要将涉及参保人的所有外配处方留存备查，保存期限不少于两年。乙方不得为异地医疗机构开具的处方（含电子处方）提供医保结算服务。

参保人员住院期间，因病情需要确需外购药品的，持乙方开具的处方，外购药品费用应计入乙方医保总额预算。参保人通过“双通道”外购非当年新增国家医保谈判药品的费用，计入参保人本次住院治疗的医疗总费用纳入 DRG 付费。参保人外购门诊特病药品的费用，计入参保人本次治疗的医疗总费用纳入乙方总额预算管理。

第十三条 【“双通道”管理】乙方应按照规定及时配备国家医保谈判药品，对确无法配备的，要按照“双通道”管理规定及时通过电子处方中心流转“双通道”药品处方，为参保人员提供处方外配服务。乙方不得以医保总额预算、医疗机构用药目录数量限制、医保绩效考核、已纳入“双通道”管理等为由，影响临床必需国谈药品的配备，乙方应做到应配尽配，合理使用。

第十四条 【医疗机构制剂】经药品监督管理部门批准，乙方配制和使用的医疗机构制剂，以及经批准其他医疗机构配制的可以在乙方调剂使用的制剂，纳入重庆市药品目录的，医保基金按相关规定予以支付。

第十五条 【资格管理】乙方提供门诊特殊疾病（以下简称“门诊特病”）、“两病”病种、国家医保谈判药品资格诊断及

认定服务，应严格按照医疗保障部门规定的诊断及认定标准进行，不得出具虚假诊断及认定资料。诊断及认定材料保存 3 年备查。

乙方为参保人员提供门诊特病、“两病”、国家医保谈判药品医疗服务的，应严格执行国家及重庆市医疗保障相关规定。协议期内谈判药品，乙方销售价格按照不高于国家和重庆市统一制定的医保支付标准执行。

第十六条 【转诊转院】乙方应当建立健全双向转诊转院制度，参保患者需转往其他医疗机构治疗的，乙方应为符合规定的参保患者提供转诊转院服务。

第十七条 【合理诊疗】乙方应当按照临床路径、诊疗规范为参保人员提供诊疗服务。乙方不得违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务，造成医保基金不合理支出。

乙方应严格掌握出入院指征和重症监护病房收治标准。乙方不得分解住院、挂床住院，不得将住院费用中应由医保基金支付的转嫁患者自费。

参保人员出院带药应以出院第一诊断疾病所需药物为主，不得带与参保人员本次住院所患疾病无关的药品，出院带药不超过 5 种药物且不超过 7 天剂量，出院第一诊断疾病是特殊疾病的，特殊疾病用药不超过 14 天剂量。出院不准带肌注和静脉药品。

第十八条 【义诊宣传备案】乙方开展优惠活动严格实行备

案管理制度。乙方开展优惠活动或实施长期优惠政策，涉及医保基金支付的，应提前 5 个工作日报甲方备案。备案内容包括优惠项目、活动地点、活动期限、组织方式、优惠对象、资金来源等详细情况，并填写定点医疗机构优惠活动备案表（附件 3），如在异地开展宣传活动的，还需在宣传地备案。甲方按照乙方优惠参保人费用占参保人承担费用比例，同比例减少医保基金支付乙方，优惠部分经第三方实际承担的合理费用，以及国家或地方行政部门规定减免对象及费用除外。

第十九条 【不正当方式就诊和办理住院】乙方不得以医保支付、管理政策为由推诿拒收参保患者、转嫁参保人员医疗费用、降低参保人员医疗服务质量、减少合理和必要的药品及治疗，或要求未达到出院标准的参保人员提前出院或自费住院。

乙方不得以下列不正当方式招揽诱导、截留参保人员就诊或办理住院：违规减免起付标准或医保结算后应由个人负担的费用；为住院病人、门诊特病病人发放实物或返还现金、储值卡、购物卡、消费券等；以义诊或健康体检为名，招揽参保人员就医或住院；通过实施不符合医保、卫健、药监等政策规定的宣传、广告等，诱导或推介参保人员就医或住院；其他诱导就医或住院的行为。

参保患者住院期间，因病情需要在本机构内转科治疗的，乙方不得以医保管理为由要求参保患者中途办理出院结算手续。

乙方不得以病组和病种费用限额为由，要求患者院外购买或自备药品、医用耗材，要求患者出院或减少必要的医疗服务。

乙方不得以转嫁住院费用为目的，诱导参保人员在住院期间到门诊就医、药店购药或另设账号交费，严禁将超过 DRG 支付标准的医疗费用转嫁给参保人。

乙方不得以与第三方合作等形式由第三方固定为其输送病人。

乙方不得以医保定点名义或者字样从事商业广告、促销或者义诊活动等。

乙方不得为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利。

第二十条 【知情同意】除急诊、抢救等特殊情形外，乙方提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务的，应当经参保人员或其近亲属、监护人签署知情同意书（附件 2）。

第二十一条 【收费管理】乙方不得重复收费、超标准收费、分解项目收费，不得串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施，不得将应当由医保基金支付的医疗费用转嫁参保人员自费结算。

第二十二条 【诊疗记录】乙方应按照卫生健康行政主管部门、中医药主管部门相关要求为参保人员建立病历，并妥善保存备查。乙方诊疗记录应当真实、准确、完整、清晰。病历相关信息应与实际情况相符，并与票据、结算清单等相吻合。检验检查

须有结果记录，并做好诊疗相关检验检查报告存档工作。

收治外伤参保患者时，应按规定填写《重庆市外伤情况说明登记表》（附件4），载明意外伤害的时间、地点、原因；有第三方责任人的提供公检法部门出具的相关证明，按我市相关政策进行联网结算。

乙方使用康复理疗、中医类诊疗项目、精神类诊疗项目、口腔类诊疗项目等，应严格掌握适应症，记录相关诊疗的必要性，记录治疗部位、次数、疗程等明细信息。

第二十三条【资料保存】乙方应当按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、检验检查报告、治疗记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料。

第二十四条【“进销存”管理】乙方应严格按照有关规定购进、使用、管理药品和医用耗材并建立管理制度。全流程记录药品、医用耗材的购进、使用、库存（以下简称“进销存”）以及追溯码等信息，建立台账，留存凭证和票据。乙方进销存台账中的药品和医用耗材相关信息数据应与实际情况一致，并实现相关信息数据可追溯。甲方有权接入乙方信息系统查询上述原始信息。

台账记录内容包括但不限于通用名称、医保信息业务编码、剂型（型号）、规格、生产厂商（中药材标明产地）、供货单位、有效期、批准文号、数量、价格、批号、生产日期、购进日期等信息。

第二十五条 【异地就医】乙方提供异地就医直接结算服务的，应严格执行异地就医直接结算相关规定，做好政策宣传及异地就医直接结算服务，为异地就医参保人员提供与重庆市内参保人员一致的医疗服务。乙方提供的异地就医医疗服务情况，甲方纳入我市统一管理和考核。

第二十六条【互联网+医疗服务】依托乙方设立的_____（互联网医院名称），提供的医疗服务所产生的符合医保支付范围的相关费用，由甲方与乙方实体定点医疗机构按规定进行结算。乙方提供的“互联网+”医疗服务，其总额预算纳入乙方实体定点医疗机构统一管理。总额预算的计算因素应考虑“互联网+”医疗服务发生的医疗费用和药品费用。

依托乙方设立的互联网医院具备条件的，可联合重庆市定点零售药店构建在线复诊、处方流转、在线支付、线下配送的就医购药模式，便利参保人员门诊就医购药。

第二十七条【互联网+医疗服务管理】乙方应保证互联网诊疗平台参保人员注册和就诊信息的真实性、准确性，完整保留就诊人员互联网诊疗过程中的电子病历、电子处方、购药记录等信息，实现就医诊疗、处方开具、处方流转、费用结算、药品配送等全程可追溯。不得虚构接诊医生、虚构就诊人员身份、虚假诊治、虚开药品、伪造票据，乙方接诊医生须为本机构在国家医保信息业务编码标准数据库进行信息维护并取得医保医师编码的

医生。

依托乙方设立的互联网医院应提供医保移动支付服务，应为参保人员提供电子票据、电子发票或及时邮寄纸质票据；应依托医保电子凭证（医保码）进行实名认证，确保参保人员真实身份；应核验参保人员为复诊患者，掌握必要的就诊信息；乙方医院信息系统应能区分常规线下医疗服务业务和“互联网+”医疗服务业务。

甲方可运用音频、视频、图文等形式查验乙方“互联网+”医疗服务接诊医生真实性，乙方应为甲方查验提供条件并配合查验。

第二十八条【互联网+医疗服务支付】参保人员在重庆市内依托乙方设立的互联网医院复诊并开具处方发生的诊察费和药品费，可以按照重庆市医保规定支付。提供符合规定的“互联网+”医疗复诊服务，不区分医务人员级别，按照公立医院普通门诊诊察类项目价格收费和支付。发生的药品费用比照线下医保规定的支付标准和政策支持。提供药品配送服务的费用不纳入医保支付范围。

第二十九条【辅助检查】乙方应严格掌握各种辅助检查的适应症和禁忌症，不得将大型仪器检查项目（CT、MRI等）、非必要的检验项目等作为常规检查。乙方应当按照国家及重庆市检查检验结果互认管理相关规定，合理利用参保人员在其他医疗机

构所做的检查检验结果。对于参保人员提供的已有检查检验结果符合互认条件、满足诊疗需要的，不得重复进行检查检验。对于检查检验项目未予互认的，应当对参保人做好解释说明。

第三十条【在床率】乙方参保住院病人在床率（指科室参保病人在床住院人数占该科室参保病人总住院人数比例）应大于等于 80%。住院期间参保人员离院应按规定填写请假条，并经管床医生批准，在病程记录或护理记录上进行记载，原则上总的请假天数不能超过住院总天数的三分之一。

第三章 审核结算

第三十一条【沟通协商】甲方与乙方建立沟通协商机制，就总额预算、服务内容、付费方式、结算标准等相关事宜进行沟通协商并另行签订相关协议。乙方代表要严格执行相关安全保密规定，未经甲方授权或允许，不得对外或向第三方公开沟通协商内容。

乙方应积极配合甲方开展结算方式改革，包括但不限于直接结算、即时结算、同步结算等方式。

第三十二条【直接结算】乙方应当按照医保政策规定为参保人员实时联网结算医疗费用，参保人员医疗费用中应当由医保基金支付的部分，由甲方与乙方按规定进行结算；属于参保人员个人承担的费用，由参保人员直接与乙方结算。参保人未联网直接

结算的医疗费用，在消除不能联网直接结算因素后由乙方补结算。

第三十三条【总额预算】甲方根据医保政策规定开展医保基金总额预算管理，完善预算办法、健全管理机制，合理确定医保基金年度预算金额。在当年度医保基金收支平衡的前提下，甲方与乙方建立医保基金风险共担机制，对乙方合理超支给予适当补偿；对乙方不合理超支，甲方不予分担。

第三十四条【支付方式】甲方结合重庆市实际，推行多元复合式医保支付方式改革，乙方应予以配合。双方沟通协商后，甲方可开展按项目、按疾病诊断相关分组（DRG）、按床日、按人头、按单病种等支付方式。乙方应配合甲方落实按疾病诊断相关分组（DRG）支付方式改革要求，做好医疗费用结算清算工作。

第三十五条【结算清单】乙方上传医保结算清单数据中的疾病及手术操作编码统一采用国家最新医保版《医疗保障疾病分类与代码》（ICD-10）和《医疗保障手术及操作分类与代码》（ICD-9-CM-3），严格按照《国家医疗保障局办公室关于修订〈医疗保障基金结算清单〉〈医疗保障基金结算清单填写规范〉的通知》填报，并做好相关技术规范、编码的调整更新工作，及时、准确上传结算清单。

建立医疗保障基金结算清单质量控制制度，上传医保信息平台的数据应经过乙方内部质控。

第三十六条【质量保证金】为确保乙方严格履行医保协议，

提高医疗服务质量，维护医保基金安全，经甲乙双方商定，甲方预留拨付乙方费用的 3%，作为当年度医保服务质量保证金。

第三十七条 【购买医疗服务】乙方向临床检验中心、医学检验实验室、病理诊断中心、医学影像诊断中心等提供第三方服务的医疗机构购买医疗服务的，将乙方与第三方签订的合同及相关信息报甲方备案后，符合医保支付范围的，甲方按乙方医保结算等级与乙方结算。

乙方应做好诊疗相关检验检查报告存档工作。建立外送检测项目遴选及质量管理相关制度和流程，完整保留提供第三方服务的医疗机构外送检测结果、检验检查报告、票据等相关资料备查，确保申请结算的费用合理、准确、真实。

乙方不得采取虚构提供第三方服务的医疗机构服务的方式套取或骗取医保基金。

第三十八条 【内控管理】乙方应加强内部科室和医务人员的管理，加强建立本机构医保管理部门与医务、财务等部门联动机制，建立医保费用内部审核制度，健全考评体系，开展内部自查，加强本机构内部医保费用审核，定期对本机构发生的医保费用进行分析。

第三十九条 【费用申报】乙方应当按要求向甲方申报医保费用，如实提供医疗费用结算单据和相关资料，并留存结算清单、票据等相关资料备查，确保申请结算的材料完整、真实。

乙方不得将处于中止医保协议期间的医疗机构或非定点医疗机构的医疗费用纳入申请医保结算范围。

第四十条 【审核机制】甲方对乙方申报的费用应建立规范的初审、复审两级审核机制。通过医保信息系统实现对乙方申报的费用进行100%全覆盖初审，初审发现的疑似违规费用应当通过调阅病历、现场核查等方式核实。对初审通过的费用采取随机抽查方式进行复审，其中住院费用的抽查比例不低于总量的5%。甲方在智能审核、人工抽查审核中发现违约疑点时，应及时反馈乙方，乙方应及时处理。若乙方在收到疑点反馈的次月月度结算前未进行处理的，甲方按照视同“界定清楚的违规行为”进行处理。

第四十一条 【审核处理】甲方在对DRG结算信息开展审核过程中，对高靠诊断、高编、低编高套、多编码、分解住院等可能造成医保基金损失的情形，按最低权重支付，同时存在违反药品目录、诊疗项目目录、医用耗材目录等医保政策的，按最低权重支付后对违规项目费用予以拒付，拒付总额不超过该病例医保基金应支付额。对发现并查实DRG结算信息存在违规违约但未造成医保基金损失的，由甲方按《重庆市基本医疗保险按疾病诊断相关分组（DRG）付费协议》相关规定处理，每年度按照评价结果清算质量保证金。

第四十二条 【支付标准】乙方应执行重庆市医保基金支付

标准，超出支付标准部分，甲方不予支付。

第四十三条 【费用拨付】甲方应按照重庆市医保支付政策与乙方结算医保费用。甲方原则上应当在乙方申报医保费用后30个工作日内拨付符合规定的医保费用。甲方超出约定时限不予拨付的，乙方可提请同级医疗保障行政部门协调处理。甲方以银行转账的方式向乙方拨付医保费用。

乙方银行账户信息变更或注销，应及时主动提供合法有效的收款信息，本协议解除或终止超过三个月仍未提供的，视为乙方放弃接收未拨付医保费用，甲方有权终止拨付。

第四十四条 【争议处理】甲乙双方对医疗费用审核结果存在争议的，可提请同级医疗保障行政部门协调处理。

第四十五条 【基金对账】甲方建立并完善基金收付对账机制，与乙方定期核对账目，并与乙方开展年终清算。

双方完成费用清算后甲方不予支付的费用，乙方不得作为医保欠费处理。

第四十六条 【违规费用】经核实后属于违规费用的，甲方不予支付；已经支付给乙方的，乙方应按要求及时退回，未及时退回的，甲方可从次月起，在支付费用中进行抵扣，直至抵扣完成。

甲方不予支付的费用、乙方按医保协议约定被扣除的质量保证金及其支付的违约金、超当年总额预算费用等，乙方不得作为

医保欠费处理。

第四章 医药价格与集采

第四十七条 【医疗服务价格和成本监测】乙方应执行或承诺执行医疗保障行政部门制定的医疗服务价格项目和价格政策，包括项目名称、项目内涵、计价单元、收费方式和价格水平等。对于实行市场调节价的医疗服务价格项目，乙方应按照公平合理、诚实信用、质价相符的原则，自主合理制定医疗服务价格，做好公开公示，并加强同地区同层次医疗机构比价。

乙方应配合甲方开展医疗服务项目价格和成本监测，按要求及时提供医疗服务项目价格执行情况、项目成本等医疗服务改革所需数据。

第四十八条 【药品医用耗材价格】乙方为公立医疗机构（含军队医疗机构）的，执行药品（中药饮片除外）和医用耗材零加成销售政策，按照不高于医药采购平台价格向参保人员提供治疗所需要的药品和医用耗材。乙方为非公立医疗机构的，按照公平合理、诚实信用、质价相符的原则确定所提供药品、医用耗材价格，应承诺不得高于重庆市公立医疗机构价格水平；提供未在医药采购平台挂网的药品和医用耗材的，应承诺不得明显高于我市其他医疗机构价格水平。

第四十九条 【价格公平】乙方向参保人员提供药品、医用耗材、医疗服务和服务设施时，不得实行不公平、歧视性高价，

不得以高于非医保患者的价格收费。

第五十条 【价格公示】乙方应在显著位置如实公开公示所提供的药品、医用耗材、医疗服务和服务设施的价格，自觉接受社会监督和行政监管。

第五十一条 【药品医用耗材采购】乙方为公立医疗机构(含军队医疗机构)的，所使用的药品(含中药饮片、中药配方颗粒)、医用耗材应当按规定在医疗保障行政部门规定的医药采购平台上采购，医药采购平台未挂网药品和医用耗材须按规定在平台备案及结算；乙方为非公立医疗机构的，按照国家及重庆市相关规定采购。乙方应严格执行集中带量采购和使用相关规定，根据临床需要精准报量，优先使用集中带量采购中选药品和医用耗材，不得以任何理由拒绝中选产品进入本机构、配备使用。乙方应当按要求如实向医疗保障部门报送药品、医用耗材的采购价格和数量等相关数据。医疗保障部门有权对乙方药品、医用耗材的采购和使用情况进行考核。

乙方为公立医疗机构的，未完成集中带量采购中选药品和医用耗材计划采购数量的，年终清算时按未完成采购数量的总金额同等额度降低次年总额预算。

第五十二条 【集采结算】乙方应当按规定与企业结算集中带量采购药品、医用耗材货款，不得拖欠企业货款，不得变相延长回款时间，并向医疗保障部门报送集中带量采购中选的药品和

医用耗材货款结算情况。

甲方与企业开展集中带量采购医保基金直接结算的,由甲方代为结算支付集中带量采购药品、医用耗材货款,甲方按规定在乙方应收医保基金结算款中扣除乙方采购的集中带量采购药品、医用耗材货款,直接支付给医药企业。

第五十三条 【药品量价比较指数】乙方应按规定执行医保药品量价比较指数有关要求。乙方未达到监测值要求的,甲方进行约谈提醒,乙方拒绝价格调整或调整后仍未符合要求的,甲方根据协议第七十一条给予相应处理,直至解除医保服务协议。

第五章 医保信息系统

第五十四条 【信息接口标准】甲方应向乙方提供医保信息平台接口标准。乙方应严格按照接口标准在约定时间内做好本机构信息系统与医保信息平台的对接及更新。乙方自主选择与医保对接的有关信息系统的运行和维护供应商,甲方不得以任何名义收取任何费用及指定供应商。

甲方有权要求乙方提供医院信息系统接口标准并获得接入乙方医院信息系统的权限。

第五十五条 【编码维护】乙方应按照国家统一要求,做好国家医保信息业务编码标准数据库的应用和动态维护工作,并及时做好更新维护。

乙方应在本机构内信息系统中应用国家医保信息业务编码及数据库信息。原则上一个两定机构编码对应一个机构注册地址，乙方在医疗机构执业许可证上新增执业地点的，应向甲方申请新增结算点，甲方审核通过后，新增执业地点的医疗费用按规定纳入医保基金支付。基本信息、医师、护士、技师、药师等信息变更时，应按规定时限进行维护。因乙方信息维护不及时、对应不正确，导致相关医疗费用未能纳入医保基金支付的，由乙方自行承担。

第五十六条 【系统建设】乙方应配合医疗保障部门依托全国统一的医保信息平台，推进医保电子处方流转落地应用；乙方应按甲方要求完成进销存相关接口对接，及时、准确上传进销存台账记录，且应与本协议要求台账记录内容包含的信息项目一致；乙方应按甲方要求做好医保码的全流程应用以及医保药品耗材追溯码采集和应用工作。乙方信息系统初次接入医保信息平台或更换 HIS 厂商后，须经甲方验收合格后方可投入使用。

第五十七条 【身份识别设备】乙方应按照甲方要求配置必备的医保身份识别设备，支持参保人员使用医保电子凭证（医保码）等。乙方应加强对医保身份识别设备管理，不得转借或赠与他人，因乙方管理使用不当造成的损失由乙方自行承担。乙方配置的医保身份识别设备应符合国家医疗保障局相关技术规范和管理要求，同时，须接入国家医保服务平台终端管理子系统。

第五十八条 【事前提醒】甲方应为乙方对接国家医疗保障信息平台智能监管子系统提供支持，对医药服务行为实时提醒，帮助乙方减少违法违规行为的发生。

第五十九条 【信息传输】乙方应按规定及时向医保信息平台传送参保人员医保审核结算、医保基金监管所需信息或数据，并及时传输医疗保障基金结算清单等信息，对其真实性负责。特殊情况不能及时传输的，应在故障排除后 24 小时内上传。

乙方应按要求向医保信息系统传送全部就诊人员基本信息、费用信息、电子票据信息、使用药品和医用耗材的追溯码等相关信息。

第六十条 【设施要求】乙方应按照《医疗保障核心业务区网络安全接入规范》的要求，确保对接医保信息平台的网络、设备与互联网物理隔离，与其它外部网络联网时采用有效的安全及隔离措施，医保信息数据同步存储备份。因系统升级、硬件损坏等原因重新安装本地系统时，应向甲方备案，经甲方重新验收后方可与医保信息平台对接。

乙方在签订本协议后持本协议（原件）向医保专网承建运营商申请专线接入，运营商核实相关信息后实施专线接入。专线在使用过程中，其出口 IP 地址须与运营商分配 IP 地址保持一致。原则上乙方单条专线仅供同一地理位置的同一医保信息业务编码单位接入，乙方不得将多个不同医保信息业务编码单位使用同

一专线接入医保专网。

第六十一条 【应急处置】甲乙双方应当制定应急预案，一方信息系统出现故障并影响参保人员就医结算的，应及时通知对方启动应急预案。乙方应按照《重庆市医疗保障信息平台停机及故障处理应急管理实施细则》等有关规定和要求启动预案，做好通知、宣传、解释、疏导及排除故障等工作，并妥善解决在此期间就诊参保人的报销事宜。

第六章 医保绩效考核

第六十二条 【协议履行核查】甲方应建立并完善医保协议履行核查制度。甲方或甲方委托的第三方机构，依法依规以定期、不定期形式对乙方履行医保协议情况进行核查。核查范围和对象可延伸至乙方的内部科室和医务人员。核查工作不得妨碍乙方正常工作秩序。

乙方应当积极配合核查，按要求提供相关资料(含电子数据)，确保提供的资料真实、准确、完整，不得拒绝、阻碍核查或者谎报、瞒报。核查完毕后，甲方应及时将核查结果以书面形式反馈乙方。乙方在保留申诉权利的前提下，须对核查结果当场签字确认并加盖公章。拒绝签字或盖章的，核查人员应在核查结果上注明。

第六十三条 【绩效考核结果运用】甲方或其委托的符合规

定的第三方机构按照医保绩效考核办法,对乙方开展医保绩效考核,并以适当形式反馈医保绩效考核结果,医保绩效考核结果与总额分配、年终清算、质量保证金退还、协议重新签订、预付额度等挂钩。

将乙方配合完成支付方式、结算方式、集中带量采购、信息化赋能医保管理和服务等改革任务的情况纳入绩效考核的重要内容,乙方主动积极配合改革任务并取得良好成效的,给予相应激励。

第六十四条 【结果公示】甲方可视情况通过公开途径将医保绩效考核、医保支付资格管理记分向社会予以公示,有权要求乙方将相关结果在乙方服务场所予以公告。

第六十五条 【清算质量保证金】甲方根据乙方履行医保协议情况、医保绩效考核结果等,与乙方清算质量保证金。

甲方通过智能审核、人工审核等方式发现乙方违规行为较多的,可适当增加预留的质量保证金比例;乙方协议履行核查、医保绩效考核结果优秀的,甲方可适当降低预留的质量保证金比例。

乙方因违反本协议约定应当向甲方支付违约金的,可以从乙方质量保证金抵扣;不足抵扣的,由乙方补足。

第六十六条 【失信惩戒】甲方按规定对乙方及乙方的相关工作人员履行协议过程中产生的信用信息进行归集,并将信用评价结果与检查核查、定点协议管理以及涉及医保基金使用的支付

资格相关联。经查实，乙方及其工作人员存在骗取医保基金等违法违规行为的，甲方可提请医疗保障行政部门将乙方及相关人员纳入医保领域失信名单，开展信用管理，并按相关规定进行公开和惩戒处理。

第七章 违约责任

第六十七条 【甲方违约责任】甲方有下列情形之一的，乙方可要求甲方纠正或提请同级医疗保障行政部门协调处理、督促整改：

（一）未按医保协议约定及时足额向乙方拨付医保费用的（总额控制医疗机构按总额协议规定拨付）；

（二）未向乙方提供医保信息平台数据集和接口标准的；向乙方指定与医保对接的有关信息系统的运行和维护供应商的，或向乙方收取任何费用的；

（三）未对乙方提供必要的医保政策、管理制度、支付政策、操作流程的宣传培训，以及医疗保障咨询、查询服务的；

（四）未对乙方的意见建议及时接收、解答、解释说明的；

（五）未对作出的违约处理结果向乙方进行解释说明的；

（六）未遵守个人信息保护和数据安全有关制度，未保护乙方商业秘密及涉及乙方诊疗相关的数据信息，导致信息泄露的；

（七）工作人员违反工作纪律规定，对乙方正常经营造成影响的；

（八）其他违反法律法规和规章及医保协议约定的行为。

第六十八条 【约谈整改】经查实，乙方有下列情形之一的，甲方约谈乙方法定代表人、主要负责人或实际控制人，督促其限期整改：

（一）乙方或乙方工作人员发表关于医保支付、管理政策相关的不当言论，造成恶劣影响的；

（二）未按要求向医保信息系统传送全部就诊人员相关信息的；

（三）以医保支付、管理政策为由推诿拒收参保患者的，或要求未达到出院标准的参保人员提前出院或自费住院的；

（四）以转嫁住院费用为目的，诱导参保人员在住院期间到门诊就医、药店购药或另设账号交费的；将应当由医保基金支付的医疗费用转嫁参保人员自费结算的；

（五）未按规定向参保人员如实出具费用单据和相关资料的，未履行知情同意手续的；

（六）未执行处方外配相关规定，拒绝为门诊就诊参保人员开具处方到定点零售药店购药的；

（七）无正当理由拒绝为符合条件的参保人员直接结算医保费用的；

（八）未开展药品、医用耗材进销存管理的，以及未留存进销存相关凭证和票据的；

（九）未如实报送药品、医用耗材的采购价格和数量的；未

公示医药价格与收费标准的；违反集中带量采购和使用相关规定的；未向社会公开医药费用、费用结构等信息的；应报量而未报量就采购药品、医用耗材的；报量后不采购的；未按时序采购的；无正当理由大量采购非中选产品的；未及时回款等违反集中带量采购和使用相关规定的；

（十）将甲方不予支付的费用、乙方按医保协议约定被扣除的质量保证金及其支付的违约金等，作为医保欠费处理的；

（十一）未公布医保投诉举报渠道，或未及时处理投诉举报或社会监督反映的问题的；

（十二）其他未按医保协议约定落实管理措施，但未造成基金损失的。

第六十九条 【暂停拨付】经查实，乙方有下列情形之一的，或有第六十八条情形整改不到位或造成社会影响较大的，甲方暂停拨付医保费用 1-12 个月，督促其限期整改，整改到位的，暂停拨付期间乙方发生的符合规定的医保费用甲方予以支付：

（一）未按照甲方提供的医保信息平台接口标准进行系统开发和改造的；未按规定使用国家统一的医保信息业务编码的；未做好国家医保信息业务编码标准数据库的应用和动态维护工作的；因医保信息业务编码维护不及时、对应不正确，影响参保人员正常结算或造成结算错误的；未按规定及时准确上传医保基金监管所需信息或数据（包括但不限于进销存数据、追溯码数据、

全量数据等)的;未按要求对接并使用医保信息平台相关功能(包括但不限于事前提醒功能、门诊特殊疾病用药提醒功能等)的;未按要求落实电子处方流转的;

(二)未遵守《医疗保障核心业务区网络安全接入规范》、对接医保信息平台的网络、设备未与互联网物理隔离,与其它外部网络联网时未采用有效的安全及隔离措施的;未遵守个人信息保护和数据安全有关制度,导致参保人员个人信息或医保数据泄露的;将医保身份识别设备转借或赠与他人的;

(三)未按规定及时向医保信息平台传送参保人员医保审核结算所需的信息或数据的;未按规定报送医疗保障基金结算清单的;

(四)经甲方评估具备条件但拒不配合医保支付方式改革的;

(五)未按规定在医疗保障行政部门规定的医药采购平台上采购药品、医用耗材的;

(六)对医保患者实行不公平、歧视性高价或其他违反价格法、价格政策的;未履行本协议约定的其他价格相关事项的;

(七)其他对医保基金拨付造成影响,乙方应予以整改的情形。

第七十条 【不予支付或追回已支付】经查实,乙方有下列情形之一的,或有第六十八条、第六十九条情形且造成医保基金损失的,甲方不予支付或追回已支付的医保费用,造成医保基金

较大损失或社会影响较大的，可要求乙方支付违约金，违约金原则上不得超过乙方违规费用的 30%：

（一）未核验参保人员医疗保障凭证，造成冒名就医的；

（二）借优惠活动、体检、义诊等名义或通过错误、虚假宣传，不正当竞争方式诱导入院、低标准入院等，未严格掌握出入院指征和重症监护病房收治标准，造成医保基金不合理支出的；

（三）未按规定填报医疗保障基金结算清单，高套分组等造成基金损失的；

（四）将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算的；超出医保目录范围、药品法定适应症并纳入医保统筹基金结算范围的；

（五）未如实记录参保患者意外伤害原因或记录不明确，将由第三方承担的医疗费用纳入医疗保障基金结算的；

（六）分解住院、挂床住院的；违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要、不合理的医药服务的；重复收费、超标准收费、分解项目收费的；串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施的；

（七）参保人住院期间总的请假次数超过住院总天数的三分之一的（参保人员从入院至医保部门调查时发生的床位费、护理费用、诊疗费等不予支付）；在床率小于 80%的（参保人员自入院之日至现场检查当日的所有医疗费用不予支付）；

(八)为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品,接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利的;

(九)未按照重庆市医疗保障部门规定的门诊特病病种诊断和国家谈判药品资格认定标准进行认定,或未执行我市门诊特病、“两病”和国家谈判药品门诊保障等相关规定,造成医疗保障基金损失的;

(十)提供的医保结算数据与实际情况不一致的;未按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、检验检查报告、治疗记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料,或提供的资料与医院管理系统数据及上传医保系统的数据不一致,造成无法核实费用发生及结算真实情况的;

(十一)为异地机构开具的处方(含电子处方)提供医保结算服务的;

(十二)其他造成医疗保障基金损失的情形。

第七十一条 【中止协议】经查实,乙方有下列情形之一的,或有第七十条情形且造成医保基金较大损失,或社会影响较大的,或有第七十条情形以骗取医疗保障基金支出为目的,甲方不予支付或追回已支付的医保费用,给予乙方中止医保协议处理,中止期间发生的医保费用不予结算(可视情况执行到相关责任人员或者所在部门涉及医疗保障基金使用的医疗服务),并向社会公布中止医保协议情况,可要求乙方支付违约金,违约金原则上不得

超过乙方违规费用的 30%:

(一) 根据协议履行核查和医保绩效考核,发现对医疗保障基金安全和参保人员权益可能造成重大风险的;

(二) 向甲方及医疗保障行政部门提供的有关数据不真实;

(三) 诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药,提供虚假证明材料,或者串通他人虚开费用单据的;

(四) 通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料,或者虚构医药服务项目等方式,骗取医疗保障基金支出的;

(五) 门诊特病病种、“两病”、国家谈判药品资格认定出具虚假认定资料的;

(六) 参与参保人员套取个人账户资金的;

(七) 超出《医疗机构执业许可证》诊疗科目或执业地址开展医疗服务并纳入医保基金支付的;

(八) 通过出租、出借执业资质等方式,超出《医师执业证书》规定的执业范围和执业地点开展医疗服务并纳入医保基金支付的;

(九) 在医学文书、医学证明等资料中伪造、变造医师签名骗取医保基金的;

(十) 将科室承包、出租给个人或其他机构的;

(十一) 法律法规和规章规定的应当中止医保协议的其他情

形。

第七十二条 【解除协议】经查实，乙方有下列情形之一的，或有第第六十八条、六十九条、第七十条、第七十一条情形且性质恶劣的，造成医保基金重大损失的，或社会影响严重的，甲方不予支付或追回已支付的医保费用，给予乙方解除医保协议处理，并向社会公布解除医保协议情况，可要求乙方支付违约金，违约金原则上不得超过乙方违规费用的 30%：

（一）医保协议有效期内累计 2 次及以上被中止医保协议或中止医保协议期间未按要求整改或整改不到位的；

（二）以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的；

（三）为非定点医疗机构或处于中止医保协议期间的医疗机构提供医保费用结算的；

（四）使用无执业资质人员开展医疗服务并将相关费用纳入医保基金支付的；

（五）拒绝、阻挠或不配合医疗保障部门开展审核、医保绩效考核、监督检查等，情节恶劣的；

（六）被发现重大信息发生变更但未按规定办理重大信息变更的；

（七）乙方停业或歇业后未按规定向甲方报告的；

（八）医疗保障行政部门或其他有关部门在行政执法中，发现乙方存在重大违法违规行为且造成医疗保障基金重大损失的；

（九）被吊销医疗机构执业许可证、诊所备案证或中医诊所备案证的；

（十）法定代表人、主要负责人或实际控制人不能履行医保协议约定，或有违法失信行为的；

（十一）未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的；

（十二）法律法规和规章规定的应当解除的其他情形。

第七十三条 【支付资格管理】对违反医保协议的乙方相关责任人员，根据行为性质和负有责任程度等，按照国家、重庆市医保支付资格管理要求进行记分，当年度内记分累计达到规定分值，暂停或终止相关责任人员医保支付资格和费用结算。

第七十四条 【暂停结算】审计、公安、检察院、法院、纪检、卫生健康、中医药、市场监管、药品监管等部门发现乙方涉嫌存在重大违法违规行为、影响医保基金安全等情形，向甲方通报后，甲方可对乙方采取暂停医保费用结算等措施。待有关部门调查完结后，查实乙方存在违反协议约定情形的，甲方依据医保协议做出协议处理。

第七十五条 【责任承担】乙方违反本协议应退回违规费用，或被处以违约金的，应在收到违约处理通知书之日起 15 个工作日内退回违规费用或缴纳违约金，行政复议或行政诉讼时间不计入。逾期不缴纳的，按相关规定进行处理，同时本协议到期后一

年内甲方不再与乙方继续签订服务协议。

乙方违反《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《中华人民共和国网络安全法》《中华人民共和国数据安全法》《中华人民共和国个人信息保护法》等相关法律法规或违反医保协议约定，依法应当给予行政处罚的，甲方应移交同级医疗保障行政部门处理。乙方被追究行政、刑事责任的，不影响乙方按照本协议约定承担违约责任。

第七十六条 【信息安全】甲方或乙方及其工作人员违法泄露参保人员个人信息的，或甲方泄露乙方商业秘密的，按有关法律法规处理。

第七十七条 【停止服务公告】乙方在中止、终止、解除医保协议期间，应在其营业场所显著位置进行公告，并向参保人员解释说明。乙方未公告或解释说明，导致参保人员医疗费用不能纳入医保基金支付范围的，相关责任和后果由乙方承担。

第八章 附则

第七十八条 【协议签订主体】纳入市级定点管理的医疗机构与重庆市医疗保障事务中心签订医疗保障服务协议；其他医疗机构按属地原则由区县医疗保障经办机构签订医疗保障服务协议。

第七十九条 【信息变更】乙方的名称、床位数、医护人员

数、等级、机构性质、经营性质等基础信息应及时在国家医保信息业务编码标准数据库填报并维护。

医保协议履行期间，乙方的名称、法定代表人、主要负责人或实际控制人、注册地址、银行账户、诊疗科目、机构规模、机构性质、等级和类别等重大信息变更时，应自有关部门批准之日起 30 个工作日内向甲方提出变更申请。其他一般信息变更应及时书面告知。同时乙方应在国家医保信息业务编码标准数据库同步变更信息。

乙方营业地址搬迁的，需提前30个工作日书面告知甲方，甲方暂停医疗保障基金结算，完成变更后乙方向甲方提出现场评估申请，甲方应在15个工作日内完成评估，经评估符合定点准入条件方可恢复医保结算业务。

乙方股权变动、法定代表人、名称等发生变更，由变更后的经营主体继续履约并承继违约责任。变更后的经营主体不能提供变更前与基金结算有关的数据、资料的，甲方可拒付或追回相关费用。

第八十条 【修订补充】 医保协议履行期间，国家法律法规规章和政策发生调整的，从其规定。针对调整部分，甲乙双方应当按照新规定对本协议进行修订和补充，其效力与本协议等同。

第八十一条 【重新签订协议】 重新签订协议应由乙方于医保协议期满前 3 个月向甲方提出申请或由甲方统一组织。重新签

订前，乙方应向甲方书面报告协议履行情况，甲方与乙方就医保协议重新签订事宜进行协商谈判，双方根据医保协议履行情况和医保绩效考核情况等决定是否重新签订。协商一致的，可重新签订医保协议；未达成一致的，医保协议到期后自动终止。

第八十二条 【申请中止】 医保协议履行期内，乙方因停业或歇业等原因应在停业、歇业之日起 30 个工作日内向甲方提出中止医保协议申请，经甲方同意，可以依申请中止医保协议但中止时间原则上不得超过 180 日，乙方在医保协议中止超过 180 日仍未提出继续履行医保协议申请的，原则上本协议自动终止。

第八十三条 【终止协议】 有下列情形之一的，终止医保协议：

（一）本协议履行期间，乙方不再符合国家及重庆市定点医疗机构确定的基本条件和评估要求的；

（二）注销医疗机构执业许可证、诊所备案证或中医诊所备案证的；

（三）乙方主动提出解除医保协议且甲方同意的；

（四）超过本协议有效期，甲乙双方就重新签订医保协议未达成一致的，或乙方未按甲方要求重新签订医保协议的，医保协议到期后自动终止；

（五）因不可抗力致使医保协议不能履行的；

（六）法律法规和规定的其他情形。

第八十四条 【争议处理】甲乙双方均应履行医保协议约定，监督对方执行有关法律法规规章及协议履行情况。甲乙双方就医保协议重新签订、履行、变更和解除发生争议的，可以自行协商解决或者请求同级医疗保障行政部门协调处理，也可以依法提起行政复议或行政诉讼。

第八十五条 【善后工作】甲乙双方中止、终止或解除医保协议的，双方应对在院、出院未结算等参保人员共同做好善后工作。乙方终止或解除医保协议后，不得再悬挂定点医疗机构标识。

第八十六条 【自查频次】根据乙方上年度医保协议履行情况，乙方应每____（3-12 不等）个月自查本机构医保基金使用情况，及时纠正不规范行为；

第八十七条 【送达方式】甲乙双方一致确认本协议中记载的双方通讯地址和联系方式为双方履行协议、解决协议争议时接收对方文件信函的地址和联系方式。

乙方违反本协议约定被甲方给予协议处理的，乙方应按规定时限在相关处理文书上签字确认。乙方未在规定时限签收或拒不签收的，相关处理文书自甲方参照《民事诉讼法》有关送达的规定（包括使用医保两定信息平台电子邮件进行电子送达）送达乙方时，视为乙方已签收确认。

第八十八条 【可选条款】第二十六条、第二十七条、第二十八条为本协议可选条款，依托乙方设立的互联网医院，且与甲

方建立医保协议关系的，第二十六条、第二十七条、第二十八条生效，且应在第二十六条明确互联网医院名称。

第十三条为本协议可选条款，具备“双通道”药品使用认定和治疗资质的医疗机构，第十三条生效。

第三十六条、第四十一条为本协议可选条款，乙方按照 DRG 付费的，第三十六条、第四十一条生效。

第八十九条【违约处理时限】 本协议生效前，甲方对乙方违约行为已下达协议处理决定的，按原协议约定执行。本协议履行期间，甲方核查发现（含医疗保障行政部门、其他行业监管部门及甲方委托的第三方等检查移交）乙方既往违约行为，且未经协议处理的，按本协议约定处理。

第九十条【名词解释】 本协议相关名词解释参照《医疗保障基金使用监督管理条例》释义。

第九十一条【协议有效期】 本协议有效期自____年____月____日起____年____月____日止。协议期满后，因甲方原因未重新签订协议前，原协议继续生效。

第九十二条【协议份数】 本协议一式贰份，甲乙双方各执壹份，具有同等效力。

甲方（公章）：

乙方（公章）：

法定代表人（签章）：

法定代表人（签章）：

年 月 日

年 月 日

附件 1

承诺书

本机构声明：

本机构向_____（甲方全称）提供的_____（材料名称）均真实、合法、有效。如有不实之处，愿按照与_____（甲方全称）签订的《定点医疗机构医疗保障服务协议》承担相应的违约责任。

特此声明！

单位盖章：

日期：

附件2

定点医疗机构优惠活动备案表

医疗机构名称 (机构编码)		地址	
宣传地点		活动期限	
组织方式		优惠对象	
联系人		联系电话	
资金来源			
优惠项目	医疗机构 (盖章) 年 月 日		

备案回执

你(单位)提交的备案材料已于 年 月 日收悉,请严格遵守医保相关政策和规定。

单位名称 (盖章):

年 月 日

附件 3

自费及高值耗材项目知情同意书

医疗机构名称：

医疗机构编码：

姓名		性别		医疗保障凭证号			住院号	
入院时间		入院科室 和床号			主管护士 签字		经治医生 签字	
医疗保险病人 使用自费及高 值耗材项目同 意签字	开方日期	药品（耗材）名称			规格（型号） ×数量	总费用	病人或 家属签字	

附件 4

参保人外伤情况说明登记表

姓名		性别		年龄		联系电话	
证件类型		证件号码				科室及医师	
伤情诊断							
家庭住址							
工作单位和地址							
就诊医院名称及编码							
受伤情况	受伤详细经过：本人于_____年____月____日____时，在_____（地点）发生_____ _____ _____（受伤的原因及经过）。 患者本人或经办人必须承诺以上受伤情况详尽、属实。（注：若为虚假陈述、或者提供虚假证明的单位或个人，将按照重庆市人民政府令第345号《重庆市医疗保障基金监督管理办法》规定，视为骗取医疗保障基金行为。属于刑法第二百六十六条规定的诈骗公私财物的行为，依法追究刑事责任。） 我承诺以上受伤情况详尽属实，经核实如与上述事实不符愿承担一切后果。 _____ 患者或家属签字（盖手印）：_____时间：_____						
定点医疗机构审核意见	意见：是否符合医疗保险报销范围。（ ） 经办人签字：_____时间：_____年 月 日						
备 注							