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）](mailto:三、医疗机构提交本申请书时，需同时准备下述材料的复印件（复印件均需加盖单位公章），并将原件扫描成PDF文档发送至ygk4680653@163.com)：

（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□ 营利□ 其他□ | | | | |
| 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 | |  |
| 申  请  内  容 | 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；  本人在20 ——20 履职期间，该机构无违规行为。  单位名称： （申请单位印章）  法定代表人（盖章）： 年 月 日 | | | | |
| 统筹区医疗保障  部门意见 | （盖章） | | | | |