**大足区定点医疗机构申请须知**

**一、可申请定点的机构**

以下取得医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的医疗机构，以及经军队主管部门批准有为民服务资质的军队医疗机构可申请医保定点：

(一)综合医院、中医医院、中西医结合医院、民族医医院、专科医院、康复医院；

(二)专科疾病防治院(所、站)、妇幼保健院;

(三)社区卫生服务中心(站)、中心卫生院、乡镇卫生院、街道卫生院、门诊部、诊所、卫生所(站)、村卫生室(所);

（四）独立设置的急救中心；

(五)安宁疗护中心、血液透析中心、护理院;

（六）养老机构内设的医疗机构。

互联网医院可依托其实体医疗机构申请签订补充协议，其提供的医疗服务所产生的符合医保支付范围的相关费用，由各级经办机构与其所依托的实体医疗机构按规定进行结算。

**二、申请定点机构的条件**

（一）正式运营至少3个月；

（二）至少有1名取得医师执业证书、乡村医生执业证书或中医（专长）医师资格证书且第一注册地在该医疗机构的医师；

（三）主要负责人负责医保工作，配备专（兼）职医保管理人员；100张床位以上的医疗机构应设内部医保管理部门，安排专职工作人员；

（四）具有符合医保协议管理要求的医保管理制度、财务制度、统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度等；

（五）具有符合医保协议管理要求的医院信息系统技术和接口标准，实现与医保信息系统有效对接，按要求向医保信息系统传送全部就诊人员相关信息，为参保人员提供直接联网结算。设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种等基础数据库，按规定使用国家统一的医保编码；

**三、定点医疗机构申报提供资料**

（一）定点医疗机构申请表（见附件1）；

（二）营业执照复印件、医疗机构执业许可证或中医诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证照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；

（三）医护人员执业资格证书、注册证（必须注册到该机构）或技术人员相关证书、其劳动合同复印件、身份证复印件；

（四）医保专（兼）职管理人员的劳动合同复印件、身份证复印件；

（五）与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本；

（六）与医保有关的医疗机构信息系统相关材料；

（七）纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告（附件3）；

（八）开展生育保险医疗服务的还需以下材料：

1．重庆市职工生育保险定点医疗机构申请表；

2．《母婴保健技术服务许可证》、《计划生育手术服务机构执业许可证》复印件；

3．生育或产前检查医疗服务的诊疗科目清单，生育医疗服务的技术、医疗设施、设备和仪器证明材料。

（九）市医疗保障局按相关规定要求提供的其他材料。

**咨询电话：43762858**

附1

重庆市基本医疗保险

定点医疗机构申请表

申请单位: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申 请 时 间： 年 月 日

·重庆市医疗保障局制·

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | | | | 第二名称 | | | |  | | | | | |
| 医疗机构地址 |  | | | | 统一社会信用代码 | | | |  | | | | | |
| 所有制形式 |  | | | | 是否为非营利  性医疗机构 | | | | 是　　　　否 | | | | | |
| 执业许可证号 |  | | | | 医院等级 | | | |  | | | | | |
| 开户银行  及账号 |  | | | | 主管部门 | | | |  | | | | | |
| 正式运营时间 |  | | | | 营业面积 | | | |  | | | | | |
| 法定代表人 | 姓名 | | | | 联系电话 | | | |  | | | | | |
| 身份证号码 | | | | | | | | | | | | | |
| 实际控制人 | 姓名 | | | | 联系电话 | | | |  | | | | | |
| 身份证号码 | | | | | | | | | | | | | |
| 医保主管领导 | 姓名 | | | | 联系电话 | | | |  | | | | | |
| 医保职能部门 | 负责人 | | | | 联系电话 | | | |  | | | | | |
| 专职人数 | | | | 兼职人数 | | | |  | | | | | |
| 床位情况 | 核定住院床位数 | | | | 实际住院开放  床位数 | | | |  | | | | | |
| 急诊观察床位数 | | | | 临时观察  床位数 | | | |  | | | | | |
| ICU床位数 | | | CCU床位数 | | | | | 特需病房床位数 | | | | | |
| 职工情况 | 在职职工人数 | | | | | | | | | | | | | |
| 卫技人员  构成  (以注册人员为准) |  | | 总人数 | | | 高级职称 | | 中级职称 | | | 初级职称 | | | |
| 医　生 | |  | | |  | |  | | |  | | | |
| 护　士 | |  | | |  | |  | | |  | | | |
| 医　技 | |  | | |  | |  | | |  | | | |
| 药　师 | |  | | |  | |  | | |  | | | |
| 合　计 | |  | | |  | |  | | |  | | | |
| 科室设置  及病床数  (以注册人员为准) | 序号 | 科室 | 住院  开放床位数 | | | 医生人数 | | 护士人数 | | | 其他 | | |
|  |  |  | | |  | |  | | |  | | |
|  |  |  | | |  | |  | | |  | | |
|  |  |  | | |  | |  | | |  | | |
| 大型医疗设备清单 | | | | | | | | | | | | |
| 品种 | | | | 型号及数量 | | | | 购买年月 | | | 有效期 | | |
| 电子束扫描诊断仪 | | | |  | | | |  | | |  | | |
| X线计算机断层扫描仪（CT） | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 彩色多谱勒超声诊断仪 | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 爱克斯刀（X刀） | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 医用直线加速器 | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 眼科准分子激光治疗仪 | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 磁共振成像仪（MRI） | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 数字减影血管造影装置（DSA） | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 核素计算机断层显象仪 | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 细胞刀 | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 超高速CT(UPCT) | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 正电子发射断层扫描装置（PET） | | | |  | | | |  | | |  | | |

# 大型医疗设备清单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 其他大型医疗仪器设备清单 | | | |
| 品种 | 型号及数量 | 购买年月 | 有效期 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 申  请  内  容 | （单位公章）  　　　　　　　　　　　　　法人代表签字　　年　　月　　日 |
| 备  注 |  |

注：卫计人员花名册由申报单位单独附表同时报送

卫技人员花名册

医疗机构名称（签章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 科室及  岗位 | 姓名 | 性  别 | 身份  证号码 | 专业种类 | 职称 | 执业资格  证及编号 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1、“专业种类”应与执业证书内容相符；

2、“科室及岗位”栏填具体科室和职务；

3、此表上报时需附执业证注册证复印件并由医疗机构盖章确认，公立医院可直接提供卫生健康部门的注册情况说明。

附2

重庆市医药机构申请定点管理联网登记表

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 定点医药机构名称(加盖公章) |  | | | | | 等级 |  | |
| 详细地址 |  | | | | | 邮编 |  | |
| 医保负责人 |  | | | 手机 |  | 办公电话 |  | |
| 信息负责人 |  | | | 手机 |  | 办公电话 |  | |
| 医药机构代码 |  | | | | 批准文号 |  | | |
| 开通项目 | 医药定点  管理 |  | | 生育保险  定点管理 |  | 长护保险  定点管理 |  | |
| 连接医保专线 链路情况 | 网络营运商 |  | | 带宽 |  | 安装时间 |  | |
| IP地址  （统一规划） |  | |
|
| 医保接口情况 | 医保接口  服务商 |  | | 联系电话 |  | 项目负责人 |  | |
| HI软件商情况 | HIS商 |  | | 联系电话 |  | 项目负责人 |  | |
| 医保目录 对照情况 | 医药机构目录对照完成时间 |  | | 区县经办机构意见 |  | 审核人（签字） |  | |
|
| 医保接口与HIS  软件测试 | 医药机构HIS软件版本 |  | | 安装时间 |  | 测试时间 |  | |
| 接口版本 |  | | 安装时间 |  | 测试时间 |  | |
| 测试结果 |  | | | 测试人员签字 |  | | |
| 异地就医软件测试情况 | 测试时间 |  | 测试结果 | |  | 测试人员签字 | |  |
| 协议签订情况 | 签订时间 |  | | | 区县经办机构  (签章) |  | | |
| 市医保局医疗保障事务中心意见 | 经办人： |  | | | 组长： |  | | |
|
| 市医保局信息化工作组意见 | 经办人： |  | | | 组长： |  | | |
|
| 医药机构开通情况 | 开通时间 |  | | | 经办人： |  | | |

附3

医保基金的预测性分析报告

一、医疗机构基本情况

包括机构规模、人员配比、设备配备、制度建设、系统建设情况等。

二、医疗机构运行情况

包括收支及结余情况，住院患者市内外就诊情况，患者医疗负担情况，医疗资源利用情况等。

三、基金使用预测分析

包括对医保基金使用总额预估，收治医保患者预测，次均费用测算，门诊医保基金测算，住院医保基金测算等。