大足区新增定点医药机构、长期护理保险机构须知

**一、申请定点的条件：**取得药品经营许可证，并同时符合以下条件的零售药店均可申请医疗保障定点：

（一）在注册地址正式经营至少3个月；

（二）至少有1名取得执业药师资格证书或具有药学、临床药学、中药学专业技术资格证书的药师，且注册地在该零售药店所在地，药师须签订1年以上劳动合同且在合同期内；

（三）至少有2名熟悉医疗保障法律法规和相关制度规定的专（兼）职医保管理人员负责管理医保费用，并签订1年以上劳动合同且在合同期内；

（四）按药品经营质量管理规范要求，开展药品分类分区管理，并对所售药品设立明确的医保用药标识；

（五）具有符合医保协议管理要求的医保药品管理制度、财务管理制度、医保人员管理制度、统计信息管理制度和医保费用结算制度；

（六）具备符合医保协议管理要求的信息系统技术和接口标准，实现与医保信息系统有效对接，为参保人员提供直接联网结算，建立医保药品等基础数据库，按规定使用国家统一医保编码；

**二、定点零售药店申报提供资料**

（一）定点零售药店申请表（见附件1）；

（二）药品经营许可证、营业执照和法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证复印件；

（三）执业药师资格证书、注册证（必须注册到该药店）或药学技术人员相关证书、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）与医疗保障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（见附件3）；

（八）申请国家医保谈判药品定点和门诊慢特病定点的零售药店还需提供冷链设施设备清单；申请国家医保谈判药品定点零售药店申请表（见附件2）

（九)市医疗保障局按相关规定要求提供的其他材料。

（十）未受到处理承诺书（见附件4）。

（十一）银行账户需对公账户。

附件1

**重庆市基本医疗保险**

**定点零售药店申请表**

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

申请时间： 年 月 日

·重庆市医疗保障局制·

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 药店名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 统一社会信用代码 | |  | | | | | | | | | | 药品经营  许可证号 | | |  | | | | | | | | |
| 所有制  形式 | |  | | | | | | | | | | 药店性质 | | | （直营加盟单体其他） | | | | | | | | |
| 企业负责人 | |  | | | | | | | | | | 联系电话 | | |  | | | | | | | | |
| 身份证号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 实际控制人 | |  | | | | | | | | | | | 联系电话 | | |  | | | | | | | |
| 身份证号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代表人 | |  | | | | | | | | | | 是否独立  法人 | | | 是（）否（） | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | | | | | |
| 药店地址 | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | |
| 经营时间 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 营业面积 | | 平方米 | | | | | | | | | | 仓储面积 | | | 平方米 | | | | | | | | |
| 单位开户银行及账号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 人员构成 | | | 药学技术人  员数 | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 营业  人员 | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其他  人员 | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合计 | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 药师配置  情况 | | | 姓名 | | | 性别 | | | 年龄 | | | 技术资格 | | | 发证日期 | | | | | | | 证书编号 | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | | | | |  | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | | | | |  | |
| 药店许可  经营范围 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 经营品种情况 | | | 药品种数 | | | | | 医保用品种数（非药品） | | | | | | | | | 合计 | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
| 24小时服务  方式 | | | 夜间小窗口（）夜间营业（）自动售药机（）其他： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否24小时药师值班 | | | | | | | | | | | 是（）否（） | | | | | | | | | | | |
| 是否经营  中药饮片 | | | | | 是（）否（） | | | | | | 近三年内有无药品  质量方面的违法行为 | | | | | | | | 有（）无（） | | | |
| 工作人员  参加社会保险的情况 | | 总人数（人） | | | | | 应参保人数（人） | | | | | | | 实际参保人数（人） | | | | | | | 参保率 | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | |
| 上级公司名称 | | | |  | | | | | | 上级公司地址 | | | | | | | |  | | | | |
| 申报  内容 | 法人代表（负责人）签字：　　　　　（单位公章）  　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申报  当事人  姓名 |  | | | | | | | | | | | | | 联系电话 | | | | | |  | | |
| **（以上内容请零售药店如实填写）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **备**  **注** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

冷链设施设备清单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **冷链设施设备清单** | | | |
| 品种 | 型号及数量 | 购买年月 | 有效期 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

附件2

**重庆市国家谈判药品**

**定点零售药店申请表**

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

申请时间： 年 月 日

·重庆市医疗保障局制·

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 药店名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 统一社会信用代码 | |  | | | | | | 药品经营  许可证号 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 所有制  形式 | |  | | | | | | 药店性质 | | | | | | | | （直营加盟单体其他） | | | | | | | | | | | |
| 企业负责人 | |  | | | | | | 联系电话 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 身份证号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 实际控制人 | |  | | | | | | | | | | | | 联系电话 | | | |  | | | | | | | | | |
| 身份证号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代表人 | |  | | | | | | 是否独立  法人 | | | | | | | | 是（）否（） | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 药店地址 | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |
| 经营时间 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 营业面积 | | 平方米 | | | | | | 仓储面积 | | | | | | | | 平方米 | | | | | 冷冷链仓库面积 | | | | | | 平方米 |
| 单位开户银行及账号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 人员构成 | | | 药学技术人  员数 | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 营业  人员 | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其他  人员 | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合计 | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 药师配置  情况 | | | 姓名 | | | 性别 | | | | 年龄 | 技术资格 | | | | | | 发证日期 | | | | | | | | | 证书编号 | |
|  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | |
| 药店许可  经营范围 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 经营品种情况 | | | 药品种数 | | | | | | 国谈药品种数 | | | | | | | | | | 合计 | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 24小时服务  方式 | | | 夜间小窗口（）夜间营业（）自动售药机（）其他： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否24小时药师值班 | | | | | | | | | | | | | 是（）否（） | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否经营  中药饮片 | | | | | 是（）否（） | | | | | | | | 近三年内有无药品  质量方面的违法行为 | | | | | | | | | 有（）无（） | | | | | |
| 工作人员  参加社会保险的情况 | | 总人数（人） | | | | | 应参保人数（人） | | | | | | | | 实际参保人数（人） | | | | | | | | | 参保率 | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | |
| 上级公司名称 | | | |  | | | | | | | | 上级公司地址 | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 申报  内容 | 法人代表（负责人）签字：　　　　　（单位公章）  年 月　 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申报  当事人  姓名 |  | | | | | | | | | | | | | | 联系电话 | | | | | | | |  | | | | |
| **（以上内容请零售药店如实填写）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **备**  **注** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

冷链设施设备清单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **冷链设施设备清单** | | | |
| 品种 | 型号及数量 | 购买年月 | 有效期 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

附件3

医疗保障基金的预测性分析报告

一、零售药店基本情况

包括药店规模、人员配比及合约、设备配备、制度建设、系统建设情况等。

二、零售药店运行情况

包括收支及结余，药品品规、药品采购、药品配送、药品销售情况等。

三、基金使用预测分析

包括对医保基金使用总额预估，基金使用额度预判，保障参保人数预判，纳入医保定点能够解决周边参保人员哪些医保服务上的问题等。

附件4

未受到相关部门的处理承诺书（药店）

大足区医疗保障局：

无以下情况：

1.未依法履行行政处罚责任；

2.以弄虚作假等不正当手段申请定点，自发现之日起未 满3年；

3.因违法违规被解除医保协议未满3年或已满3年但未 完全履行行政处罚法律责任；

4.因严重违反医保协议约定而被解除医保协议未满1年 或已满1年但未完全履行违约责任；

5.法定代表人、企业负责人或实际控制人曾因严重违法 违规导致原定点零售药店被解除医保协议，未满5年；

6.法定代表人、企业负责人或实际控制人被列入失信人 名单；

7.法律法规规定的其他不予受理的情形。

特此声明，未受到以上处理内容属实，如有不实之处，本机构愿承担由此引发的一切法律责任。

机构负责人签字：

联系电话：

xxx（签章）

年 月 日

**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（见附件2）；

（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（附件3）；

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。

（十）未受到处罚承诺书（见附件4）。

（十一）银行账户需对公账户。

附件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。

附件2

医保基金的预测性分析报告

1. 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。

1. 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。

1. 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。

附件3

重庆市职工生育保险定点医疗机构申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位名称 |  | | | | | |
| 所有制形式 |  | | 法人代表 | | |  |
| 医院等级 |  | |  | | |  |
| 单位地址 |  | | | | | |
| 联系人 |  | 联系电话 | |  | | |
| 单位开户银行及账号 | |  | | | | |
| 资质名称 | | 有 | | | 无 | |
| 生育医疗资质 | |  | | |  | |
| 母婴保健技术服务许可证 | |  | | |  | |
| 《医疗机构执业许可证》的执业范围中是否注明“计划生育技术许可项目” | |  | | | | |
| 申请内容 | | （单位印章）  法人代表签字　　年　月　日 | | | | |

附件4

未受到相关部门的处理承诺书（医疗机构）

大足区医疗保障局：

无以下情况：

1.以医疗美容、辅助生殖、生活照护、种植牙等非基本医疗服务为主要执业范围；

2.基本医疗服务未执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策；

3.未依法履行行政处罚责任；

4.以弄虚作假等不正当手段申请定点，自发现之日起未满3年；

5.因违法违规被解除医保协议未满3年或已满3年但未完全履行行政处罚法律责任；

6.因严重违反医保协议约定而被解除协议未满1年或已满1年但未完全履行违约责任；

7.法定代表人、主要负责人或实际控制人曾因严重违法违规导致原定点医疗机构被解除医保协议，未满5年；

8.法定代表人、主要负责人或实际控制人被列入失信人名单；

9.法律法规规定的其他不予受理的情形。

特此声明，未受到以上处理内容属实，如有不实之处，本机构愿承担由此引发的一切法律责任。

机构负责人签字：

联系电话：

(机构签章）

年 月 日

大足区互联网医院申请须知

一、申请互联网医院医保定点基本条件

申请互联网医院医保定点应当具备以下基本条件：

（一）取得《医疗机构执业许可证》及互联网医院资格，依托实体医疗机构独立设置的互联网医院需正式运营3个月以上；作为实体医疗机构第二名称的互联网医院则可实时申请。

（二）严格执行国家和本市医保定点管理政策，有符合医保定点管理要求的医保管理制度，按规定配备医保管理人员。

（三）具备完善的医院信息系统技术和接口标准，能够实现与医保信息系统有效对接，为参保人提供互联网远程诊疗服务和联网结算。

（四）符合国家和我市相关法律法规和政策规定的其他条件。

二、申请互联网医院医保定点申报材料

互联网医院自愿向经办机构提出医保定点申请，并提供以下材料：

（一）定点医疗机构申请表。（见附件1）

（二）《医疗机构执业许可证》（正、副本）复印件和卫生健康行政部门批准设置互联网医院或批准开展互联网诊疗活动（含互联网诊疗处方）的相关批文或同意文件。

（三）科室设置及医务人员的执业信息，医技人员花名册（见附件2）。

（四）与医保政策对应的内部管理制度和财务制度。

（五）与医保有关的信息系统相关材料。

（六）国家和我市医保服务定点管理要求提供的其他材料。

附件1

**重庆市互联网医院医保定点**

**申**

**请**

**书**

申 请 单 位：­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申 请 时 间：年月日

重庆市医疗保障局

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | | | 第二名称 | |  | | | |
| 医疗机构地址 |  | | | 邮政编码 | |  | | | |
| 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 | |  | | | |
| 机构代码 |  | | | 营业用房面积 | |  | | | |
| 法定代表人 | 姓名 | | | 联系电话 | |  | | | |
| 医保分管领导 | 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 | |  | | | |
| 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  (以注册人员为准) | 序号 | 科室 | 医生人数 | | 护士人数 | | 其他 | |
|  |  |  | |  | |  | |
|  |  |  | |  | |  | |
|  |  |  | |  | |  | |
|  |  |  | |  | |  | |
|  |  |  | |  | |  | |

附件2

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：“科室及岗位”栏填具体科室和职务；

**大足区长护护理机构申请须知**

**一、申请长护护理机构应具备以下条件：**

（一）本市医疗保险定点医疗机构、依法办理登记并取得《养老机构设立许可证》或在民政部门备案的各类养老机构；取得《医疗机构执业许可证》的护理机构；民政部门或市场监督管理部门登记，业务范围包括护理服务、养护服务、养老服务、照护服务的社区居家养老服务机构、居家上门服务机构、社区日间照护中心、家庭服务机构等；

（二）正式营运至少3个月；

（三）遵守国家法律法规和行政部门的规章制度；

（四）建立健全长期护理保险制度相适应的内部管理制度；

（五）能执行长期护理保险制度规定的护理服务项目和收费标准政策；

（六）提供机构内护理服务，在卫生部门、民政部门批准的床位不得少于20张，护理人员与床位数配置比例不低于1:4；

（七）提供居家上门服务的护理服务机构，应具备不少于10人的专业护理人员，护理人员需参加专业培训；

（八）建立连接长期护理保险管理系统的专线网络，能满足长期护理保险日常管理和费用结算需要，并有相应的管理和操作人员；

（九）能严格执行长期护理保险失能人员实名制档案的管理要求，有单独失能人员纸质档案的存放专区；

（十）申请长护护理机构前，一年内无行政管理部门处理或行政处罚记录；

（十一）提供长护险护理的人员，应当是执业护士，或参加养老护理员（医疗照护）、养老护理员、健康照护等职业培训并考核合格的人员，以及其他符合条件的人员，并开展与其资格相符的工作。

**二、符合条件并愿意承担长期护理保险服务的机构可自愿向所属区县（自治县）医保经办机构提出书面申请，并如实提供以下材料：**

（一）《重庆市长期护理保险长护护理机构申请表》（见附件1）；

（二）护理服务项目及收费标准；

（三）养老机构提供《养老机构设立许可证》正、副本复印件或《设置养老机构备案回执》复印件；医疗机构提供《医疗机构执业许可证》正、副本复印件；

（四）非营利性机构提供《事业单位法人证书》或《民办非企业法人登记证书》正、副本原件及加盖公章的复印件，营利机构提供《营业执照》正、副本原件及加盖公章的复印件；

（五）主要护理服务设备清单（附件2）；

（六）照护专区的医生、护士、护理员、护工人员花名册（见附件3）。医生、护士需提供资格证书和执业证书原件及复印件，护理员需要提供规范化培训证书原件及复印件；

（七）重庆市医药机构申请定点管理联网登记表（见附件4）；

（八）业务用房产权证明或租赁合同原件及复印件，业务用房的有效使用期限自提供时起算不少于2年；

（九）法律法规规章规范性文件及市医疗保障局要求的其他有关资料。

（十）未受到处罚承诺书（见附件5）。

（十一）银行账户需对公账户。

附件1

重庆市长期护理保险

协议护理机构申请表

申 请 单 位:

申 请 时 间 : 年 月 日

重庆市医疗保障局印制

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | | | | | |
| 单位地址 |  | | | | | | | | |
| 法定代表人 |  | | 身份证号 | |  | | | | |
| 所有制性质 | 公立□民营□ | | | | 经营性质 | | | 营利□非营利□ | |
| 申请服务类型 | 机构护理□ 居家护理□ 机构和居家护理□ 日间照护□ | | | | | | | | |
| 服务场所情况 | 服务场所性质 | | | | 服务场所面积 | | | | |
| 自有□租赁□ | | | | 建筑面积 | | |  | |
| 租期 | |  | | 营业面积 | | |  | |
| 机构护理 | 床位设置 | | | | | | | | |
| 核定床位： 张；实际开发床位：张；其中专护床位：张 | | | | | | | | |
| 业务管理部门 | 负责人 |  | | | | 联系电话（手机） | | |  |
| 业务联系人 |  | | | | 联系电话（手机） | | |  |
| 信息管理部门 | 负责人 |  | | | | 联系电话（手机） | | |  |
| 业务联系人 |  | | | | 联系电话（手机） | | |  |
| 人员构成 | 职工总人数 | 社保参保人数 | | 劳动合同  签订人数 | | 劳务派遣人数 | 退休返聘人数 | | 其他 |
|  |  | |  | |  |  | |  |
| 注册护士 | 共 人，其中：高级职称 人；中级职称：人；初级职称 人 | | | | | | | |
|  | 康复治疗师 | 共 人，其中：高级职称 人；中级职称： 人；初级职称 人 | | | | | | | |
| 健康管理师 | 共 人，其中：高级职称 人；中级职称： 人；初级职称 人 | | | | | | | |
| 其他工作人员 | 共 人 | | | | | | | |
| 申请单位意见 | 法人代表签字（申请单位印章）：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 医保经办机构审核意见 | 年 月 日 | | | | | | | | |

附件2

护理设施设备清单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **护理设施设备清单** | | | |
| 品种 | 型号及数量 | 购买年月 | 有效期 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

附件3

长期护理保险协议护理申请机构

工作人员花名册

机构名称（签章）：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 岗 位 | 社会保障卡  卡号 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

法人代表签字: 年 月 日

附件4

重庆市医药机构申请定点管理联网登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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： |  | | |

附件5

未受到相关部门的处理承诺书（长护险）

大足区医疗保障局：

无以下情况：

1.申请长护护理机构前，一年内无行政管理部门处理或 行政处罚记录；

2.未按规定提交申请资料或申请资料不完整；

3.曾因违背客观事实， 采取伪造、篡改申请资料等不正当手段申请长护护理机构被处理尚未满两年；

4.因未认真履行长护护理机构的责任，被取消护理服务资质、解除服务协议尚未满三年；

5.不符合长期护理保险政策规定的其他情形。

特此声明，未受到以上处理内容属实，如有不实之处，本机构愿承担由此引发的一切法律责任。

机构负责人签字：

联系电话：

Xxx(机构签章）

年 月 日

注：

1. 新增定点医药机构、长期护理保险机构收取申请资料时间为：每季度前月20日至次月5日（每年2月20日至3月5日、5月20日至6月5日、8月20日至9月5日、11月20日至12月5日）。
2. 营业执照、医疗机构执业许可证、药品经营许可证、执业医师证、执业药师证、护士证、护理员等证件查看原件收复印件。

咨询电话：43762858