附件1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 广东省新增定点医疗机构申请表 | | | |
| **一、基本信息** | | | |
| 机构名称 |  | 统一社会信用代码 |  |
| 所在区县 |  | 邮政编码 |  |
| 注册地址 | |  | |
| 所有制形式 |  | 经营等级 |  |
| 机构类型 |  | 申请服务范围 |  |
| 注册面积 |  | 建筑面积 |  |
| 执业许可证登记号 | |  | |
| 许可证发证日期 |  | 许可证有效期限 |  |
| 诊疗科目 | |  | |
| 营业执照名称 | |  | |
| 营业执照编号 | |  | |
| 申请服务类型 | |  | |
| **二、机构规模** | | | |
| 编制床位数 |  | 实际开放床位数 |  |
| 医护人员数量 | 高级职称 | 中级职称 | 初级职称 |
| 医生 |  |  |  |
| 护士 |  |  |  |
| 药师 |  |  |  |
| 医技 |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |
| **三、负责人信息** | | | |
| 法定代表人（姓名、身份证号） |  | 联系电话 |  |
| 主要负责人（姓名、身份证号） |  | 联系电话 |  |
| 实际控制人（姓名、身份证号） |  | 联系电话 |  |
| 业务联系人 |  | 联系电话 |  |
| **四、银行账户** | | | |
| 开户行 | |  | |
| 账户名称 | |  | |
| 账号 | |  | |
| **五、自评信息** | | | |
| 是否配有专（兼）职医保管理人员 |  | 是否设有内部医保管理部门 |  |
| 是否具有医保管理、财务、统计信息管理、医疗质量安全核心制度 |  | 是否设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种等基础数据库 |  |
| 是否具有符合医保协议管理要求的信息系统 |  | 是否建立进销存信息系统 |  |
| 是否建立门诊信息系统 |  | 是否建立住院信息系统 |  |
| **六、申请承诺书** | | | |
| 本机构自愿承担基本医疗保险服务，申请成为医疗保险定点机构，并承诺不存在《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》等文件有关规定的不予受理定点申请的情形，且所提交资料全部真实有效，如有虚假成分，愿意承担一切相应的法律责任；如因本机构原因，医疗机构地址等重要信息在提交申请至签订协议期间如发生变更，自愿放弃当次申请。 | | | |
|  | | | |
| 法定代表人（签名）： | | | |
| 主要负责人（签名）： | | | |
| 实际控制人（签名）： | | | |
| （单位盖章） | | | |
|  | | 申请日期： 年 月 日 | |

附件2

新增定点医疗机构申请资料说明

| 序号 | 申请资料名称 | 资料有效性判断要点 | 备注 |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 定点医疗机构申请表 | 有法定代表人、主要负责人及实际控制人签名。 | 收取加盖申请机构公章的原件 |
| 2 | \*医疗机构执业许可证正、副本或中医诊所备案证或诊所备案凭证或军队医疗机构为民服务许可证 | 应当在有效期内，正式运营按取得医疗机构执业许可证之日起计算，申请定点日期距有效期开始日期至少3个月，定点医疗机构申请新增院区的，按其医疗机构执业许可证变更注册地址的发证日期计算正式运营时间。副本含变更记录，按规定办理校验且结果为合格。 | 收取加盖申请机构公章的复印件 |
| 3 | \*事业单位法人证书、民办非企业单位登记证书或营业执照等主体资格材料； | 应当在有效期内，盖有相关主管部门公章。 | 收取加盖申请机构公章的复印件 |
| 4 | 与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本 | 至少包括医保管理制度、财务制度、统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度等符合基本要求的管理制度。 | 收取加盖申请机构公章的原件 |
| 5 | 与医保有关的信息系统相关材料 | 由各地市根据实际情况制定。 | 收取加盖申请机构公章的原件 |
| 6 | 纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告 | 至少含四个部分内容：1.医疗机构基本情况；2.近3个月运营状况：医疗服务总量、总费用及人次情况（含医疗美容、辅助生殖、生活照护、种植牙的服务量、费用及人次情况），门急诊及住院病人平均费用情况；3.预测分析纳入定点后医保基金使用情况；4.医保基金安全风险防范预案及措施。 | 收取加盖申请机构公章的原件 |
| 7 | 补充材料 | 根据需要补充。 | 收取加盖申请机构公章的复印件 |

注：标注“\*”的材料，如可以通过广东省电子证照系统、或政府信息共享平台实时更新查询或核验的，不再要求医疗机构另行提供。

附件3

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 广东省新增定点零售药店申请表 | | | |
| **一、基本信息** | | | |
| 机构名称 |  | 统一社会信用代码 |  |
| 所在区县 |  | 邮政编码 |  |
| 注册地址 |  | | |
| 药品经营许可证编号 |  | | |
| 许可证发证日期 |  | 许可证有效期限 |  |
| 经营方式 |  | 经营范围 |  |
| 营业执照编号 |  | | |
| 申请服务类型 |  | | |
| **二、人员配备** | | | |
| 药师 |  | 专（兼）职医保管理人员 |  |
| 其他营业人员 |  | 总人数 |  |
| **三、负责人信息** | | | |
| 法定代表人 （姓名、身份证号） |  | 联系电话 |  |
| 主要负责人 （姓名、身份证号） |  | 联系电话 |  |
| 实际控制人 （姓名、身份证号） |  | 联系电话 |  |
| 业务联系人 |  | 联系电话 |  |
| **四、银行账户** | | | |
| 开户行 |  | | |
| 账户名称 |  | | |
| 账号 |  | | |
| **五、自评信息** | | | |
| 是否配有专（兼）职医保管理人员 |  | 是否具备与医保政策对应的内部管理制度和财务制度 |  |
| 是否建立药品进销存信息系统 |  | 是否设立医保/非医保专区，并有明确标识 |  |
| 是否具有符合医保协议管理要求的信息系统 |  | 是否经营中药饮片 |  |
| **六、申请承诺书** | | | |
| 本机构自愿承担基本医疗保险服务，申请成为医疗保险定点机构，并承诺不存在《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》《广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法》等文件有关规定的不予受理定点申请的情形，且所提交资料全部真实有效，如有虚假成分，愿意承担一切相应的法律责任；如因本机构原因，零售药店地址等重要信息在提交申请至签订协议期间如发生变更，自愿放弃当次申请。 | | | |
| 法定代表人（签名）： | | | |
| 主要负责人（签名）： | | | |
| 实际控制人（签名）： | | | |
| （单位盖章） | | | |
| 申请日期： 年 月 日 | | | |

附件4

新增定点零售药店申请资料说明

| 序号 | 申请资料名称 | 资料有效性判断要点 | 备注 |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 定点零售药店申请表 | 需法定代表人、企业负责人及实际控制人签名。连锁CB，需加盖连锁总公司及分店公章。单体DA、单体DB，均需加盖药店公章。 | 收取加盖申请机构公章的原件 |
| 2 | \*药品经营许可证正、副本 | 应当在有效期内，有效期开始日期距申请定点日期至少3个月，盖有市场监督管理部门公章，含变更记录。 | 收取加盖申请机构公章的复印件 |
| 3 | \*营业执照正、副本 | 应当在有效期内，盖有市场监督管理部门公章。 | 收取加盖申请机构公章的复印件 |
| 4 | \*法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证 | 应当在有效期内。法定代表人（经营者、投资人）的认定方式与续签药店协议相同。 | 收取加盖申请机构公章的复印件 |
| 5 | 执业药师资格证或药师证及其劳动合同 | 证件在有效期内，加盖发证机构公章。劳动合同应当在有效期内并有双方签名，并按照规定在本店或连锁企业参加职工医保，加盖本机构公章。 | 收取加盖申请机构公章的复印件 |
| 6 | 医保专（兼）职管理人员劳动合同 | 劳动合同应当在有效期内并有双方签名，并按照规定在本店或连锁企业参加职工医保，加盖机构公章。 | 收取加盖申请机构公章的复印件 |
| 7 | 与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本 | 至少含医保药品管理制度、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，且符合基本要求。 | 收取加盖申请机构公章的原件 |
| 8 | 与医保有关的信息系统相关材料 | 由各地市根据具体情况制定。 | 收取加盖申请机构公章的原件 |
| 9 | 纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告 | 至少含四个部分内容：1.零售药店基本情况；2.近3个月运营状况：销售商品（含药品、医疗器械、保健食品、消毒用品、非医疗用品等）总量及总费用情况；3.预测分析纳入定点后医保基金使用情况；4.医保基金安全风险防范预案及措施。 | 收取加盖申请机构公章原件 |
| 10 | 其他补充材料 | 根据具体情况进行补充说明。 | 收取加盖申请机构公章的复印件 |

注：标注“\*”的材料，如可以通过广东省电子证照系统、或政府信息共享平台实时更新查询或核验的，不再要求零售药店另行提供。

附件5

广东省新增定点医药机构受理回执

|  |  |
| --- | --- |
| 回执编号 |  |
| 机构名称 |  |
| 机构地址 |  |
| 办理事项 | 医疗机构/零售药店申请定点协议管理 |
| 备注 | 你单位申请已受理，请按《配合评估材料清单》备齐相应材料，做好评估准备工作。如未按约定时间配合完成评估，视为自愿放弃当次申请。  评估时间：  评估方式：  评估地点： |

（本回执一式两份，一份送达申请机构，一份医保经办机构留存。）

医保经办机构（盖章） 联系电话： 经办日期：

签收人： 联系电话： 签收时间：

附件6

新增定点医疗机构配合评估材料清单

（一）申请材料

1.定点医疗机构申请表原件（法定代表人、主要负责人、实际控制人签名并加盖单位公章）；

2.医疗机构执业许可证正、副本或中医诊所备案证或诊所备案凭证或军队医疗机构为民服务许可证照原件及复印件（加盖单位公章）;

3.事业单位法人证书、民办非企业单位登记证书或营业执照正、副本原件及复印件（加盖单位公章）；

4.与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本复印件（加盖单位公章）；

5.与医保有关的信息系统相关材料（加盖单位公章）;

6.纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告原件（加盖单位公章）。

（二）评估材料

7.医师及护士的执业证原件，药学及医技等专业技术人员资格证或职称证原件，其中医师执业证主要执业机构在该医疗机构；

8.开设的与服务功能相适应的诊断、治疗、手术、住院、药品贮存及发放、检查检验放射等科室及主要仪器设备列表加盖单位公章的原件及PDF扫描件；

9.各科室全景照片及各科室主要仪器设备照片电子件（书面评估需提供）；

10.卫生健康部门医疗机构评审的结果原件、加盖单位公章的复印件及PDF扫描件；

11.近三个月医疗服务（含基本医疗服务以及医疗美容、辅助生殖、生活照护、种植牙等非基本医疗服务）总量及发生的医疗费用明细原件及数据电子件；

12.申请生育保险定点的需提供：母婴保健技术服务执业许可证正、副本原件、加盖单位公章复印件及PDF扫描件，《母婴保健技术考核合格证书》原件；

13.事业单位法人证书或民办非企业单位登记证书或营业执照正、副本原件及PDF扫描件；其他无事业单位法人证书或民办非企业单位登记证书提供其设立机构的事业单位法人证书或民办非企业单位登记证书；

14.法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证原件PDF扫描件；

15.其他医疗保障部门相关文件规定的材料。

附件7

新增定点零售药店配合评估材料清单

（一）申请材料

1.定点零售药店申请表原件（法定代表人、主要负责人及实际控制人签名并加盖药店公章）；

2.药品经营许可证正、副本原件及复印件（加盖药店公章）；

3.营业执照正、副本原件及复印件（加盖药店公章）；

4.法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证原件；

5.与医保有关的信息系统相关材料（加盖药店公章）；

6.执业药师资格证、注册证或药学技术人员相关证书及其劳动合同复印件（加盖药店公章）和职工医保参保证明；

7.医保专（兼）职管理人员的劳动合同原件及复印件（加盖药店公章）和职工医保参保证明；

8.与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本原件（加盖药店公章）；

9.纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告原件（加盖药店公章）。

（二）评估材料

10.药店正门开业状态照片电子件（需包含药店招牌、名称、门牌号码）；

11.医保药品标识照片电子件；

12.其他医疗保障部门相关文件规定的材料。

附件8

广东省定点医药机构申请材料补齐补正通知书

|  |  |
| --- | --- |
| 回执编号 |  |
| 机构名称 |  |
| 机构地址 |  |
| 补齐补正材料 |  |
| 备注 | 申请机构应当在5个工作日内补齐补正，逾期视为放弃当次申请 |

（本回执一式两份，一份送达机构领取，一份医保经办机构留存。）

医保经办机构（盖章） 联系电话： 经办日期：

签收人： 联系电话： 签收时间：

附件9

广东省定点医药机构不予受理回执

|  |  |
| --- | --- |
| 回执编号 |  |
| 机构名称 |  |
| 机构地址 |  |
| 受理事项 | 医疗机构/零售药店申请定点协议管理 |
| 不予受理原因 |  |
| 备注 |  |

（本回执一式两份，一份送达机构领取，一份医保经办机构留存。）

医保经办机构（盖章） 联系电话： 经办日期：

签收人： 联系电话： 签收时间：

附件10

新增定点医药机构现场考察工作纪律（模板）

根据上级和市医保部门廉政纪律有关要求，核查组在新增定点医药机构申请工作将严格遵守以下工作纪律：

（一）坚持依法办事，决不滥用权力，不准单独外出对管理对象实施现场考察，不得利用工作名义或个人职权关系，向被核查单位谋取个人非法私利。

（二）不准由被核查单位支付或补贴餐费、交通费，因特殊情况确需在被核查单位用餐的，费用自理，据实支付。不准参加被核查单位安排的宴请、旅游、娱乐和联欢等活动。

（三）不得利用核查工作时间看病购药，或打招呼带亲属朋友看病购药。不得私自使用被核查单位的交通工具。

（四）不准接受医药机构的任何纪念品、礼品、礼金、消费卡和有价证券。

（五）不得以打招呼等任何方式影响或干扰核查业务的开展，不得参与、庇护违规骗保行为，不得泄露与核查业务有关的工作秘密或信息。

（六）不得故意摆“架子”、找茬，刁难被核查单位，不得故意制造障碍和拖延核查时间。

（七）不准向被核查单位推销商品或介绍业务。

（八）不准向被核查单位提出任何与核查工作无关的要求。

工作人员进行现场考察前须申明医保部门《加强监督检查纪律的八项规定》，并请被核查对象对医保部门工作人员进行监督，填写《新增定点医药机构现场考察工作意见反馈表》及时寄回医保纪检部门。

\*\*市医疗保障经办机构纪检监督电话：\*\*\*\*\*

地址：\*\*\*\*\*\*，邮编：\*\*\*\*\*\*

\*\*\*市医疗保障经办机构

年 月 日

附件11

现场考察工作意见反馈表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | 单位地址 |  | |
| 被核查单位负责人姓名 |  | 被核查单位联系电话 |  | 核查时间 |  |
| 核查小组人数和成员 |  | | | 是否按照检查纪律开展现场考察 |  |
| 对现场考察组执行核查工作纪律情况的意见 | 一、执行监督检查纪律情况：  是否遵守现场考察工作纪律；（ ）  如果违反现场考察工作纪律，违反第（ ）条；  二、其他情况： | | | | |
| 对现场考察工作的意见和建议 |  | | | | |

被核查单位负责人签名（盖章）：

年 月 日

备注：请被核查单位按照医保部门《新增定点医药机构现场考察工作纪律》对工作人员进行监督，并请填写《现场考察工作意见反馈表》。

附件12

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 广东省新增定点医疗机构评估表 | | | | | | | |
| 医疗机构名称 | |  | | | | 机构类型 |  |
| 医疗机构地址 | |  | | | | 邮政编码 |  |
| 申请定点险种 | | □医疗保险 □生育保险 | 申请服务范围 | □门诊  □门诊及住院 | | 服务对象 | □社会  □内部 |
| 评估方式 | |  | 联系人 |  | | 联系电话 |  |
| 评估  项目 | 序号 | 评估细目及要求 | | | | 评估方法 | 评估记录 |
| 证照制度情况 | 1 | 医疗机构执业许可证正、副本或中医诊所备案证或诊所备案凭证或军队医疗机构为民服务许可证按规定办理校验手续，并在有效期内。 | | | | 查看证照 | □是 □否 |
| 2 | ＊开展住院服务的，查看并记录卫健部门医疗机构评审结果。 | | | | 查阅文件 | 级别：  级 |
| 等级：  等 |
| 3 | ＊开展放射诊疗服务的，是否已取得《放射诊疗许可证》，并按规定办理校验手续，且在有效期内。 | | | | 查看证照 | □是 □否 |
| 4 | ＊开展生育保险服务的，是否已取得《母婴保健技术服务执业许可证》，准予开展助产技术、终止妊娠手术、结扎手术项目，并按规定办理校验手续，且证照在有效期内。 | | | | 查看证照 | □是 □否 |
| 5 | 是否有与医保政策对应的内部管理制度（至少含医保管理制度、财务制度、统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度）。 | | | | 查阅文件 | □是 □否 |
| 专业技术人员情况 | 6 | 开设的每个住院科室是否有3名及以上执业医师，只开展门诊业务是否有1名及以上执业医师，且主要执业机构为申请医疗机构。实际执业医师 名（以主要执业机构在该医疗机构的执业医师数量计）。 | | | | 查看证照 | □是 □否 |
| 7 | ＊执业护士持有执业地点为申请医疗机构的《护士执业证书》。 | | | | 查看证照 | □是 □否 |
| 8 | ＊药房（药库）配备相应的药学技术人员，持有（中）药士或（中）药师或主管（中）药师职称证或执业药师资格证。 | | | | 查看证照 | □是 □否 |
| 9 | ＊检验科室配备相应的技术人员，持有检验技士或技师或主管技师职称证。 | | | | 查看证照 | □是 □否 |
| 10 | ＊放射科室配备相应的技术人员，持有医学放射技士或技师或主管技师职称证。 | | | | 查看证照 | □是 □否 |
| 11 | ＊申请生育保险定点的，须配备持有《母婴保健技术考核合格证书》的卫生技术人员。 | | | | 查看证照 | □是 □否 |
|  | 12 | 所开设科室的人员设备符合医疗机构基本标准。 | | | | 书面或现场查看 | □是 □否 |
| 项目 | 序号 | 评估细目及要求 | | | | 评估方法 | 评估记录 |
| 科室设备情况 | 13 | 是否开设与服务功能相适应的科室，临床科室 个（门诊科室 个，住院科室 个），辅助科室 个。 | | | | 书面或现场查看 | □是 □否 |
| 14 | 所开设科室的基础设施和仪器设备符合医疗机构基本标准。 | | | | 书面或现场查看 | □是 □否 |
| 15 | 近三个月非基本医疗服务费用/总医疗费用小于50%，且非基本医疗服务服务人次/总医疗服务服务人次小于50%。 | | | | 书面或现场查看 | □是 □否 |
| 16 | 基本医疗服务是否执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策、未超诊疗科目开展医疗服务项目。 | | | | 现场查看及承诺制 | □是 □否 |
| 17 | ＊开展生育保险服务的，应当设有隔离分娩室。 | | | | 书面或现场查看 | □是 □否 |
| 信息系统情况 | 18 | 与医保有关的医疗机构信息系统是否具备开展直接联网结算的条件 | | | | 根据实际情况审核材料 | □是 □否 |
| 其他 | 19 | 其他医疗保障部门相关文件规定的材料 | | | |  | □是 □否 |
| 存在问题反馈（现场考察填写） |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 医疗机构负责人签名： 年 月 日 | | | | | | |
| 医疗机构意见 | | | | | | | |
| 以上核查结果情况属实。 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 医疗机构负责人签名： 盖章： 年 月 日 | | | | | | | |
| 评估小组签名 | | | | | | | |
| 评估小组成员签名： | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | |
| 年 月 日 | | | | | | | |

备注：1.符合的勾选“是”，不符合的勾选“否”，并将不符合情况在存在问题反馈一栏汇总填写；

2.带“＊”号的为非必填项，根据机构的申请及实际情况进行选填，不需评估的项目划“——”；

3.必须评估项目如有一项为“否”，则评估不合格；

4.评估表如有涂改，须在涂改处由医疗机构负责人及现场检查人员共同签字确认。

附件13

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 广东省新增定点零售药店评估表 | | | | | | |
| 零售药店名称 | |  | 药店类型 | □连锁直营 □连锁加盟 □单体药店 | | |
| 零售药店地址 | |  | 经营非医疗用品 | □是 □否 | | |
| 评估方式 | |  | 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 序号 | 评估项目及要求 | | | | 评估方法 | 评估记录 |
| 1 | 药品经营许可证正、副本是否在有效期内 | | | | 查看证照 | □是 □否 |
| 2 | 营业执照正、副本是否在有效期内 | | | | 查看证照 | □是 □否 |
| 3 | 法定代表人、企业负责人或实际控制人身份证是否在有效期内 | | | | 查看证件 | □是 □否 |
| 4 | 是否有与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度 | | | | 查阅资料 | □是 □否 |
| 5 | 执业药师是否具有资格证、注册证及劳动合同、职工医保参保证明，药学技术人员是否具有相关证书、劳动合同、职工医保参保证明 | | | | 查阅资料 | □是 □否 |
| 6 | 是否配备医保专（兼）职管理人员并签订劳动合同、具有职工医保参保证明 | | | | 查阅资料 | □是 □否 |
| 7 | 经营药品是否使用医保药品标识 | | | | 书面或现场查看 | □是 □否 |
| 8 | 与医保有关的信息系统相关材料 | | | | 现场查看、系统验收 | 详见系统评估报告 |
| 9 | 与医保有关的零售药店信息系统是否具备开展直接联网结算的条件 | | | | 根据实际情况审核材料 | □是 □否 |
| 10 | 其他医疗保障部门相关文件规定的材料 | | | |  | □是 □否 |
| 存在问题反馈（现场评估填写） | | | | | | |
| 零售药店负责人签名： 年 月 日 | | | | | | |
| 零售药店意见 | | | | | | |
| 以上检查结果情况属实。 | | | | | | |
| 零售药店负责人签名（盖章）： 年 月 日 | | | | | | |
| 评估小组签名确认 | | | | | | |
| 评估小组成员： 年 月 日 | | | | | | |

备注：1.符合的勾选“是”，不符合的勾选“否”，并将不符合情况在存在问题反馈栏汇总填写；

2.必须评估项目如有一项为“否”，则评估不合格；

3.评估表如有涂改，须在涂改处由零售药店负责人及现场检查人员共同签字确认

附件14

广东省新增定点医药机构评估不合格告知书

|  |  |
| --- | --- |
| 告知书编号 | （受理号） |
| 机构名称 |  |
| 办理事项 | 医疗机构/零售药店申请定点协议管理 |
| 评估结果 | 初次评估不合格/再次评估不合格。 |
| 不合格理由 | 经评估，不符合《广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第 条第 款的有关规定/不符合《广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第 条第 款的有关规定。 |
| 整改建议 | 1.  2.  3. |
| 查询方式 | 电话： |
| 备注 | 1.本告知书一式两份，一份送达申请机构，一份由医保经办机构留存；  2.申请单位如有疑问，可以联系医保部门进行查询；  3.□本次评估为初次评估，自结果送达之日起，整改3个月后可以提交再次评估申请，6个月内未再次提交评估申请的，视为放弃此次申请。  □本次评估为再次评估，自结果送达之日起，1年内不得再次申请。  □本次评估存在以弄虚作假等不正当手段申请定点医疗机构资格的行为，自发现之日起3年内不得再次申请。 |
| 医保经办机构（盖章）： 联系电话： 经办日期：  签收人： 联系电话： 签收日期： | |

附件15

广东省定点医药机构信息变更申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **一、基本信息** | | | | |
| 机构名称 |  | 所在县区 | |  |
| 机构代码 |  | 统一社会信用代码 | |  |
| 业务联系人 |  | 联系电话 | |  |
| **二、变更信息** | | | | |
| 变更信息项目 | 变更前 | | 变更后 | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
| **三、变更承诺** | | | | |
| 本机构自愿按照政策规定及相关要求，提交有关资料，申请XX市医疗保障定点医药机构信息变更，并郑重承诺：本机构不存在《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》或《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》《广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法》等法律、法规、规章及上级文件有关规定的不予受理定点医药机构信息变更申请的情形，且所提交资料全部真实有效，如有虚假成分，愿意承担一切相应的法律责任。 | | | | |
| 法定代表人（签名）： | | | | |
| 主要负责人（签名）： | | | | |
| 实际控制人（签名）： | | | | |
| （单位盖章） | | | | |
| 申请日期： 年 月 日 | | | | |

附件16

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 广东省定点医药机构协议状态变更申请表 | | | |
| **一、基本信息** | | | |
| 机构名称 |  | 所在县区 |  |
| 机构代码 |  | 统一社会信用代码 |  |
| 业务联系人 |  | 联系电话 |  |
| **二、变更事项** | | | |
| □中止医保协议，从 年 月 日开始 | | | |
| □解除医保协议，从 年 月 日开始 | | | |
| □不再续签医保协议 | | | |
| **三、变更承诺** | | | |
| 本机构自愿按照政策规定及相关要求，提交有关资料，申请XX市医疗保障定点医药机构协议状态变更，并郑重承诺：本机构不存在《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》或《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》《广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法》等法律、法规、规章及上级文件有关规定的不予受理定点医药机构协议状态变更申请的情形，且所提交资料全部真实有效，如有虚假成分，愿意承担一切相应的法律责任。 | | | |
| 法定代表人（签名）： | | | |
| 主要负责人（签名）： | | | |
| 实际控制人（签名）： | | | |
| （单位盖章） | | | |
|  |  | 申请日期： 年 月 日 | |