附件1

北京市医疗保障定点医疗机构

申 请 表

**申请单位：**

**申请时间：**

北京市医疗保障定点医疗机构申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 医疗机构地址 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 统一社会信用代码 | | | |  | | | | | 所有制形式 | | | | |  | | | |
| 执业许可证号 | | | |  | | | | | 主管部门 | | | | |  | | | |
| 经营性质 | | | |  | | | | | 正式运营时间 | | | | |  | | | |
| 批准床位数 | | | |  | | | | | 运营面积 | | | | | ㎡ | | | |
| 医疗机构等级 | | | |  | | | | | 医疗机构类别 | | | | |  | | | |
| 银行账号 | | | |  | | | | | 银行开户行 | | | | |  | | | |
| 法定代表人 | | 姓名 | |  | | | | | 联系电话 | | | | |  | | | |
| 身份证号 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 主要负责人  （实际控制人） | | 姓名 | |  | | | | | 联系电话 | | | | |  | | | |
| 身份证号 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 主管医保工作负责人 | | | |  | | | | | 联系电话 | | | | |  | | | |
| 医疗机构执业许可证发证日期 | | | |  | | | | | 许可证有效期开始日期 | | | | | |  | | |
| 许可证有效期截止日期 | | | | | |  | | |
| 机构（组织）分类代码 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 执业地址行政区划 | | | |  | | | | | 服务对象 | | | | |  | | | |
| 上级定点医疗机构名称 | | | |  | | | | | 定点编码 | | | | |  | | | |
| 是否配备专（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 | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 是否具有符合医保协议管理要求的信息系统及名称 | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 卫生技术人员构成 (以注册人员为准） |  | | 人数 | | | | 第一注册地在本机构的人数 | | | | | | | | | | |
| 医生 | |  | | | |  | | | | | | | | | | |
| 护士 | |  | | | |  | | | | | | | | | | |
| 药师 | |  | | | |  | | | | | | | | | | |
| 医技 | |  | | | |  | | | | | | | | | | |
| 合计 | |  | | | |  | | | | | | | | | | |
| 科室设置、医护人员（以注册人员为准）、病床数情况 | | | 科室 | | 住院开放 床位数 | | | 医生人数 (其中第一注册地在本医疗机构的人数） | | | 护士人数 | | | | | 其他 | |
|  | |  | | |  | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | |  | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | |  | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | |  | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | |  | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | |  | | |  | | | | |  | |
| 大型医疗  设备信息 | | | 品种 | | | 型号及数量 | | | | | | 购买年月 | | | | | 有效期 |
|  | | |  | | | | | |  | | | | |  |
|  | | |  | | | | | |  | | | | |  |
|  | | |  | | | | | |  | | | | |  |
|  | | |  | | | | | |  | | | | |  |
|  | | |  | | | | | |  | | | | |  |
|  | | |  | | | | | |  | | | | |  |
| 申请承诺 | | | 本机构自愿申请承担医疗保障服务，并严格遵守医疗保障有关管理规定，对所提交资料的真实性负责，如有虚假不实，本机构将承担由此带来的一切法律、经济等方面的后果及责任。  本机构已认真阅读《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）、《北京市医疗保障局关于印发<北京市医疗机构医疗保障定点管理暂行办法>的通知》（京医保发〔2021〕30号）申请定点相关要求，无不予受理情形。  法定代表人签字： （单位公章）    年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 联系人 | | |  | | | | 联系电话 | | | | | |  | | | | |

风险提示：申请定点的医疗机构有可能存在前期经费投入，当评估不合格时可能会产生经济损失。

附件2-1

申请北京市医疗保障定点医疗机构承诺书

我单位自愿申请成为北京市医疗保障定点医疗机构, 遵守医疗保障各项规章制度，愿做以下承诺：

一、本医疗机构在申请定点医疗机构过程中所报资料真实、合法、有效，如有不实，愿意承担一切责任、后果，3年内不再申请。

二、本医疗机构近3年无医疗保障不良信用记录，近3个月无卫生行政、中医、药品监管、市场监管等有关部门给予的处罚、处理等违规记录（包括曾经使用名称的违规记录）。医疗机构法定代表人、主要负责人和实际控制人3年内无医疗保障不良记录，不在失信被执行人名单中。

三、执行国家和本市物价政策。

四、诚信合法执业，无弄虚作假行为。

五、本医疗机构不设承包、租赁科室。

六、能够自行配备符合医保信息系统使用要求的硬件设备、信息系统软件改造和医保网络的接入。

七、积极配合医疗保障管理部门的工作，如不能按时完成各项准备工作，愿自动放弃本次签订定点医疗机构医疗保障服务协议。

八、我单位不会以任何形式干扰医疗保障经办机构工作，不向工作人员赠送礼品、礼金、有价证券等，不安排宴请或其他活动，如有违反，自愿被取消申请资格。

九、我单位如本次签订定点医疗机构医疗保障服务协议，自签订协议之日起，无特殊原因，一年内不增加执业地址、不变更机构类别。

法人签字： 单位名称（章）：

年 月 日

（注：一式两份。申请单位、所在区医疗保障经办机构各留存一份）

附件2-2

管理责任承诺书

定点医疗机构名称 (定点编码 ）同意 社区卫生服务站(或 村卫生室)申请成为北京市医疗保障定点医疗机构。

我单位将监督 社区卫生服务站(或 村卫生室)遵守医疗保障各项规章制度。如 社区卫生服务站(或 村卫生室)成为北京市医疗保障定点医疗机构后，出现违反协议条款约定的情形，我单位愿意承担管理责任。

法人代表： 单位名称（公章）：

年 月 日

（注：社区卫生服务站、村卫生室用。一式两份。申请单位、所在区医疗保障经办机构各留存一份）

附件3

业务咨询电话和接收申请材料专用邮箱

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 单位名称 | 业务咨询电话 | 接收申请材料专用邮箱 |
| 东城区医疗保障经办机构 | 51271760/53103531 | ybzxddgl@bjdch.gov.cn |
| 西城区医疗保障经办机构 | 66206096 | ybjybdg@bjxch.gov.cn |
| 朝阳区医疗保障经办机构 | 53918639 | cyxz20200101@163.com |
| 海淀区医疗保障经办机构 | 88506358/88858681 | xyglk@mail.bjhd.gov.cn |
| 丰台区医疗保障经办机构 | 87016958 | ftybxyglk@mail.bjft.gov.cn |
| 石景山区医疗保障经办机构 | 68873856 | ybjyyjgk@bjsjs.gov.cn |
| 门头沟区医疗保障经办机构 | 69832177 | mtgxinzeng@163.com |
| 房山区医疗保障经办机构 | 89367076 | fsybjxz@163.com |
| 通州区医疗保障经办机构 | 60532875/60533865 | tzybxzdd@bjtzh.gov.cn |
| 大兴区医疗保障经办机构 | 81296681 | ybjdgk@bjdx.gov.cn |
| 昌平区医疗保障经办机构 | 69704723 | ybzxxygl@bjchp.gov.cn |
| 顺义区医疗保障经办机构 | 81489665 | shyxz@bjshy.gov.cn |
| 密云区医疗保障经办机构 | 89038024 | dgk@bjmy.gov.cn |
| 怀柔区医疗保障经办机构 | 89681681 | hryygl@126.com |
| 平谷区医疗保障经办机构 | 69982013 | ybjdgk@bjpg.gov.cn |
| 延庆区医疗保障经办机构 | 69188960 | yqxzdd@sina.com |
| 开发区医疗保障经办机构 | 86355977 | kfqshbxbzzx@126.com |