蚌埠市协议管理医疗机构申请书

申请单位：

申请日期：

蚌埠市医疗保障基金管理中心统一印制

填 写 说 明

一、本表用钢笔或签字笔填写或打印，要求字迹工整清楚，内容客观真实。

二、所有制形式：全民、集体、私人、中外合资合作、其他等。

三、经营性质：营利性、非营利性等。

四、医疗机构类别：综合医院、中医医院、专科医院等。

五、机构等级：一级、二级、三级、社区卫生服务中心、社区卫生服务站、诊所等。

六、“申请内容”一栏由医疗机构选择填写申请定点的意向。

七、申请者按照蚌医保〔2017〕11号文件的要求提交材料，材料复印件均需加盖单位公章，用A4纸打印或复印，按顺序装订。

八、此表一式两份，社会保险经办机构和协议管理医疗机构各留存一份。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称（盖章） | |  | | | | | |
| 机构地址 | |  | | | | | |
| 医疗执业许可证号 | |  | | 机构代码 | |  | |
| 医疗收费许可证号 | |  | | 所有制形式 | |  | |
| 是否独立法人 | |  | | 经营性质 | |  | |
| 医院等级 | |  | | 邮政编码 | |  | |
| 法人代表人 | |  | | 联系电话 | |  | |
| 主管负责人 | |  | | 联系电话 | |  | |
| 医保办负责人 | |  | | 联系电话 | |  | |
| 业务用房面积 | |  | | 开业时间 | |  | |
| 卫  生  技  术  人  员  构  成 |  | 总人数 | 高级职称 | | 中级职称 | | 初级职称 |
| 医 生 |  |  | |  | |  |
| 护 士 |  |  | |  | |  |
| 医技人员 |  |  | |  | |  |
| 其他人员 |  |  | |  | |  |
| 合 计 |  |  | |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 临床科室总数 | |  | | 编制病床总数 | |  | |
| 临 床  科 室  设 置  及 病  床 数 | 科 室 | | 病床数 | | 科 室 | | 病床数 |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
| 申请内容 | （申请单位印章）  法人代表签字： 年 月 日 | | | | | | |
| 受理人 | 签字： 年 月 日 | | | | | | |
| 社会保险经办机构审核意见 | （印 章）  年 月 日 | | | | | | |

申请协议管理医疗机构

需提交的书面材料

请在已提供的材料前划“√”

□ 1.协议管理医疗机构申请书;

□ 2.本单位基本情况和服务能力简介；

□ 3.《医疗机构执业许可证》副本原件及复印件和单位注册登记证书的副本原件及复印析，其中社区卫生服务机构须提供卫生行政部门的许可证明(批文)；营利性医疗机构还需取得《营业执照》；

□ 4. 大型医疗仪器设备清单、使用证书及配置许可证；

□ 5. 申请前12个月（开业未满12个月的，提供自营业之日起到申请前）的业务收支情况和门诊、住院诊疗服务量（包括门诊诊疗人次、门诊病人次均医疗费用，住院检查和化验费用占总费用的比例、住院药占比等），以及可承担医疗保险服务能力的有关材料；

□ 6. 职工花名册纸质版和电子版(劳动合同书原件及复印件、社会保险参保证明)、卫生技术人员花名册，医师执业证书、护士执业证书原件及复印件；

□ 7. 财务、会计、药品、收费、软件系统等内部管理制度建立和执行情况材料；

□ 8. 房产证明和房屋租赁合同原件及复印件；

□ 9. 申报单位所处地理位置图。

表一

大型医疗仪器设备清单

医疗机构名称：（印章） 年  　月　  日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 设备名称 | 购入价格  （万元） | 数量 | 收费标准  （元/人次） |  | 设备名称 | 购入价格  （万元） | 数量 | 收费标准  （元/人次） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

负责人： 填表人：

注：1、本表所称大型医疗仪器设备是指购入价格1万元以上的设备

2、收费标准是指经物价部门批准的每人次收费标准价格。

表二

 　　　　 年度业务收支表

医疗机构名称：（印章）　　　　　　　 年　 月　 日　　　　　　 金额单位：万元

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 总收入 | | | | | | | | | | | | | | 总支出 | |
| 合计 | 门诊收入 | | | | | 住院收入 | | | | | | 财政拨款 | 其他收入 | 合计 | 其中： |
| 小计 | 挂号费 | 药费 | 检查费 | 治疗费 | 小计 | 住院费 | 药费 | 手术费 | 检查费 | 治疗费 | 药品  支出 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

负责人： 填表人：

表三

 　　　  年门诊、住院诊疗服务量一览表

医疗机构名称：（印章）　　　　　　　　 　  　　　　　年　  月　  日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目 | 门诊诊疗人次 | 平均每一诊疗人次医疗费 | 每百门诊的入院人数 | 住院人数 | 出院者平均住院日 | 平均每一出院者住院医疗费 | 出院者平均每天住院医疗费 | 年转院人次 |
| 数量 |  |  |  |  |  |  |  |  |

负责人： 填表人：

表四

计算机使用情况调查表

医疗机构名称：（印章）　 　　　　　 　　年 　  月　  日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 计算机使用范围 | 数量 | 备注 |
| 门诊划价 |  |  |
| 门诊收费 |  |  |
| 住院管理 |  |  |
| 其他 |  |  |
| 合计 |  |  |

负责人： 填表人：

注：1、是否将每笔住院费用及收费项目名称都录入计算机管理　  （是、否）

1. 是否能够打印住院费用一日清单　　　　　　　　　　　  （是、否）