

枣庄市医疗保险事业中心

关于进一步优化定点医药机构协议管理 经办流程的通知

各区（市）医疗保险经办机构：

为进一步优化全市新增定点医疗机构协议管理经办流程，提升新增医药机构申请便捷度，按照省医保局《关于印发〈山东省医疗保障经办政务服务事项清单（2024版）〉的通知》（鲁医保函〔2024〕2号）、省医保中心《关于进一步规范“互联网+”医疗服务医保协议管理工作的通知》等相关要求，结合我市工作实际，现就有关事项通知如下：

一、优化业务经办流程

全市新增医药机构按照自愿原则，就近向所在区（市）经办机构提出申请，各区（市）经办机构按照属地管理原则受理医药机构申请，并根据要求开展评估、协商谈判以及协议签订。市级经办机构根据区（市）评估结果和协议签订情况统一进行公示及公布。

二、简化申请相关材料

（一）医疗机构

- 《医疗保险协议定点医疗机构申请表》1份；
- 《医疗机构从业人员名册》1份；
- 医疗机构设置批复文件，执业医师、护士的执业证书，经营场所的房产证明或租赁协议，大型医疗仪器设备清单及配置许可证原件及复印件1份。

（二）零售药店

- 1、《医疗保险协议定点零售药店申请表》1份；
- 2、《药店从业人员名册》1份；
- 3、《药品经营许可证》副本，《营业执照》副本，执业药师注册证书，经营场所的房产证明或租赁协议原件及复印件1份。

（三）申请表格

医药机构申请表格统一按照山东省医疗保障经办政务服务事项清单（2024版）要求执行（详见附件1和附件2）。

三、做好互联网定点医院准入工作

各经办机构要按照省、市相关文件要求，遵循应纳尽纳原则，按规定做好互联网医院定点评估、协议签订、系统验收等工作。评估内容主要包括卫健部门批复的互联网服务资质材料；具备完善的信息系统，有能力按照医保要求进行系统对接；建立药品、诊疗、疾病数据库，使用国家统一的医保编码；电子病历、电子处方、视频问诊的信息全留存、可追溯、可调阅等。同时为进一步简化办理时限，提升工作效率，将互联网定点医院公示时间由7个工作日调整为5个工作日。

- 附件 1、定点医疗机构申请表
2、定点零售药店申请表

枣庄市医疗保险事业中心

2024年2月20日



附件 1

定点医疗机构申请表

申请单位：_____

申请时间： 年 月 日

填写说明

- 一、本表采用打印版，要求内容真实。
- 二、“申请业务内容”一栏是指开展“门诊”“住院”。
- 三、“医保职能部门”一栏是指医疗机构内部设立或指定的负责医疗保障业务管理的部门。

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		经营面积			
基本账户开户 银行及账号		医疗机构等级			
法定代表人	姓名:	联系电话:			
	身份证号码:				
实际控制人 (主要负责人)	姓名:	联系电话:			
	身份证号码:				
主管医保工作 负责人		联系电话			
医保职能部门 联系人		联系电话			
在职职工人数		在本单位缴纳社保、 医保人数			
申请业务内容	住院 <input type="checkbox"/> 门诊 <input type="checkbox"/>				
卫技人员汇总 情况(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				
	医技				
	药师				
	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	<p>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。</p> <p>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）申请定点相关要求，无第十二条不予受理情形；已认真阅读 xxx 医疗保障定点医疗机构协议管理要求，承诺在申请纳入协议管理后严格遵守协议管理的各项要求。</p> <p style="text-align: center;"> 法定代表人签字： （单位盖章） 年 月 日 </p>			
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

定点零售药店申请表

申请单位： _____

申请时间： 年 月 日

填写说明

- 一、本表采用打印版，要求内容真实。
- 二、劳动合同有效时限填写劳动合同签订日期及合同期限。

定点零售药店申请表

药店名称		药店地址						
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 <input type="checkbox"/> 加盟 <input type="checkbox"/> 单体 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>					
药店许可经营范围								
营业面积 (平方米)		基本账户 开户银行及账号						
上级公司名称		上级公司地址						
法定代表人	姓名:	联系电话:						
	身份证号码:							
是否独立法人	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>							
企业负责人	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:							
药师配置情况	姓名	性别	年龄	技术资格	发证日期	证书编号	注册地	劳动合同有效时限
医保管理工作负责人			联系电话					
医保管理工作专职人数			医保管理工作兼职人数					
医保管理人员	姓名	身份证号码	专(兼)职		劳动合同有效时限			

申 请 承 诺	<p> 本单位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。 </p> <p> 本机构已认真阅读《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第3号）申请定点相关要求，无第十一条不予受理情形；已认真阅读 xxx 医疗保障定点零售药店协议管理要求，承诺在申请纳入协议管理后严格遵守协议管理的各项要求。 </p> <p style="text-align: center;"> 法定代表人签字： _____ (单位公章) </p> <p style="text-align: right;"> _____ 年 月 日 </p>		
联系人		联系电话	

风险提示：申请定点的零售药店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。