玉 溪 市 医 疗 保 险

定点医疗机构申请表

申 请 单 位：

申 请 时 间：

玉溪市医疗保险中心制

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 机构代码 |  | 法定代表人 |  |
| 所有制形式 |  | 机构类别 |  |
| 医院等级 |  | 邮政编码 |  |
| 单位地址 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 执业许可证号 |  |
| 单位开户银行及账号 |  |
| 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 |  |  |  |  |
| 药师 |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科室设置及病床数 | 科室 | 床位数 | 科室 | 床位数 | 科室 | 床位数 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 备注：本机构万元以上仪器设备有CT 台，MRI 台，彩超 台黑白B超 台，X光机 台，生化仪 台，TCT 台，ECT 台，碎石机 台，透射仪 台。

玉 溪 市 医 疗 保 险

定点零售药店申请表

申请单位：

申请时间：

玉溪市医疗保险中心制

|  |  |
| --- | --- |
| 药店名称 |  |
| 上级主管部门 |  |
| 营业执照号 |  | 法定代表人 |  |
| 所有制形式 |  | 邮政编码 |  |
| 单位地址 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 药品经营许可证号 |  |
| 单位开户银行及账号 |  |
| 人员构成 | 药学技术人员数 | 其中：执业药师 药师 药士  |
| 营业人员数 |  |
| 其他人员数 |  |
| 合 计 |  |
| 评估小组评估意见 |   (签字)  年 月 日  |

玉溪市医疗保险医疗机构申请定点评估表

评估时间：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 评估内容 | 核查情况（合格或不合格） | 备注 |
| 1 | 服务资质 | 核查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 |  |  |
| 2 | 专业技术人员执业信息 | 核查医师、护士、药学及医技等专业技术人员执业信息和医师第一注册地信息 |  |  |
| 3 | 基础设施和仪器设备 | 核查与服务功能相适应的诊断、治疗、手术、住院、药品贮存及发放、检查检验放射等基础设施和仪器设备 |  |  |
| 4 | 内部管理制度 | 核查与医保政策对应的内部管理制度和财务制度，卫生健康部门医疗机构评审的结果 |  |  |
| 5 | 信息系统 | 核查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 |  |  |
| 评估小组签字 |   |
| 医疗机构签章 |  |
| 存在主要问题 |  |
| 评估结果 |  |

玉溪市医疗保险零售药店申请定点评估表

评估时间：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 评估内容 | 评估结果（合格或不合格） | 备注 |
| 1 | 服务资质 | 核查药品经营许可证、营业执照和法定代表人、企业负责人或实际控制人身份证 |  |  |
| 2 | 专业技术人员执业信息 | 核查执业药师资格证书或药学技术人员资格证书及劳动合同 |  |  |
| 3 | 医保专职管理 | 核查医保专(兼）职管理人员的劳动合同 |  |  |
| 4 | 内部管理制度 | 核查与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度 |  |  |
| 5 | 信息系统 | 核查与医保有关的信息系统是否具备开展直接联网结算的条件 |  |  |
| 6 | 药品管理 | 核查医保药品标识 |  |  |
| 评估小组签字 |   |
| 零售药店签章 |  |
| 存在主要问题 |  |
| 评估结果 |  |