附件1：

大理州医疗保障定点医疗机构

申

请

表

所属地区名称

申请单位

申请时间

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 机构代码 |  | 法定代表人 |  |
| 实际负责人 |  |
| 所有制形式（公立、民营） |  | 机构类别（营利性、非营利性） |  |
| 医院等级 |  | 邮政编码 |  |
| 运营时间（最少3个月） |  |
| 单位地址 |  |
| 医疗保障基金管理部门 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 医疗机构执业许可证号或中医诊所备案证号或军队医疗机构为民服务许可证号 |  |
| 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 |  |  |  |  |
| 其他人员 |  |  |  |  |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

医疗机构情况表

|  |
| --- |
| 州 (县／市) 乡(镇) 医院(门诊部／卫生院／所／室)  |
| 机构代码： |
| **1．基本情况调查：** |
| 1．1．职工总数其中：医师： 护士： 药师： 医技： 康复理疗等： 管理人员： 工勤人员：  |
| 1．2．床位数： 其中：床位设置： 床间 档 张； 床间 档 张；床间 档 张；特需病床 张。  |
| 1．3．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清单： |
| 1．4．固定资产额(万元)： |

**2．医疗工作情况：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  年 度 项 目 | 年  | 年  | 年  |
| 2.1 年门诊人次： 门诊人均费用(元)： |  |  |  |
|  |  |  |
| 2.2 年住院人次： 人均住院费用(元)： 人均床日费用(元)： 人均住院天数: |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 2.3 年手术人次： |  |  |  |
| 2.4 床位使用率： |  |  |  |

**3．经营情况：**  单位：万元

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   年 度项 目  | 年  | 年  | 年  |
| 3.1 年收入总计 |  |  |  |
|  | 其中：预算经费 |  |  |  |
| 专项经费 |  |  |  |
| 业务收入 |  |  |  |
| 3.2 年业务收入中 |  |  |  |
|  | A：门诊收入 |  |  |  |
|  其中：药品费 |  |  |  |
|  检查化验费 |  |  |  |
|  其它费 |  |  |  |
| B：住院收入 |  |  |  |
|  其中：药品费 |  |  |  |
|  检查化验费 |  |  |  |
|  手术费 |  |  |  |
|  其它费用 |  |  |  |
| C：制剂收入 |  |  |  |
| D：其它收入 |  |  |  |
| 现场核查情况 | 核查人： 日期： 年 月 日 |
| 评估小组意见 | 日期： 年 月 日 |
| 医保经办机构意见 | （印章） 日期： 年 月 日 |

填 表 说 明

一、该表用钢笔填写，要求字迹工整清楚，内容真实。

二、最后两栏由医疗保障医保经办机构负责填写。

三、提交本申请表时，要附以下材料并加盖公章：

（一）《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、《营业执照》、《药品经营许可证》的正、副本复印件；

（二）法定代表人、主要负责人身份证复印件；

（三）医师、护士、药学、医技及康复理疗等专业技术人员执业信息和第一注册地信息统计表以及资格证书复印件；

（四）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清单；

（五）与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本；

（六）与医保有关的医疗机构信息系统相关材料；

（七）纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

（八）卫生健康部门医疗机构评审的结果；

（九）省级医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他资料。

（十）遵守国家、省、州有关医疗服务、药品经营及价格管理的政策法规的承诺书。