

附件 1

梅州市医疗机构医疗保障定点申请 及信息变更经办指引

一、关于定点医疗机构的申请及评估流程

（一）提出申请

医疗机构按照《关于转发广东省医疗机构医疗保障定点管理经办规程的通知》（梅市医保函〔2022〕69号）要求，通过线上方式向所在县（市、区）医保中心提出定点申请，提交《梅州市定点医疗机构申请表》（附件1），及医疗机构医疗保障定点管理申请材料（附件2）。

（二）申请受理

医疗机构提交申请后，各县（市、区）医保中心应当即时受理，并根据文件要求及梅州市新增定点医疗机构申请资料说明（附件3），对医疗机构是否符合申请条件、是否按要求提供申请资料等进行审核。

各县（市、区）医保中心应在收到申请之日起5个工作日内完成审核，并出具相应回执。

1. 审核通过的，出具《受理回执》（附件4）及《配合评估材料清单》（附件5）。

2. 需补充材料的，出具《补齐补正通知书》（附件6），并一次性告知需更正或补充的材料。申请机构应当在5个工

作日内补齐补正，逾期视为放弃当次申请。

3. 医疗机构存在不予受理情形的，应出具《不予受理回执》（附件 7）。

（三）组织评估

1. 评估时限。各县（市、区）医保中心自受理申请材料之日起，应当在 3 个月内完成对该医疗机构的评估，医疗机构补充材料时间不计入评估时限。

2. 信息系统评估。出具受理回执后，现场评估前，各县（市、区）医保中心应及时通知医疗机构与市医保中心信息技术工作人员联系，做好对医疗机构信息系统的评估和实际操作测试，评估测试结果将作为医疗机构医疗保障定点申请是否合格的重要指标之一。

3. 现场评估。各县（市、区）医保中心应当组织评估小组或委托第三方机构开展评估。评估小组成员可以由医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等专业人员构成。原则上对诊所、急救中心、安宁疗护中心、血液透析中心以及申请开展住院服务的医疗机构应当进行现场评估。现场评估应提前 3 个工作日通知被评估的医疗机构，按要求做好现场评估相关准备工作。主要评估流程如下：

①评估小组向被评估医疗机构发放《新增定点医疗机构工作纪律》、《梅州市新增定点医疗机构现场核查意见反馈表》（附件 8、附件 9），核查评估内容与实际是否相符。评估完成后，由现场评估人员集体填写《梅州市医疗保障新增定点医疗机构评估表》（附件 10），并请医疗机构负责人

签字确认。

②集体讨论。现场评估结束后，评估小组可以通过召集同级医疗保障行政部门相关业务股室、现场评估人员进行专题会议讨论等方式对评估结果集体研究确定。如达到定点资格条件的，可根据现场评估情况及结合辖区内医疗资源配置、基金收支情况等因素，一并对服务范围、服务内容、支付标准等协议内容进行讨论确定。

（四）结果公示

评估结果分为合格或不合格。

1. 对于评估合格的医疗机构，各县（市、区）医保中心应通过医疗保障局官网、官方微信公众号等形式向社会公示，公示期为7个工作日。公示期间未收到举报或收到举报但经核查不影响评估结果的，纳入拟签订医保协议医疗机构名单。公示结束后，发出《关于XX医院申请定点医疗机构的批复》（附件11），完成协议签订工作，并向同级医疗保障行政部门及梅州市医疗保障事业管理中心备案。

2. 对于评估不合格的医疗机构，各县（市、区）医保中心应当明确告知其理由，提出整改建议，发出《评估不合格告知书》（附件12）。自初次评估结果送达之日起，整改3个月后方可再次提交评估申请，经办机构按照前述程序再次组织评估；再次评估仍不合格的，1年内不得提出申请。

（五）完善系统配置

协议签订后，各县（市、区）医保中心应及时指导医疗机构于5个工作日内在国家医保业务编码标准数据库动态维

护平台维护本单位及人员的基础信息并申请赋码。国家医疗保障局审核后，医疗机构应当及时向经办机构反馈信息维护情况。各县（市、区）医保中心要及时维护医疗机构在国家医疗保障信息平台的相关配置，确保医疗机构可以正式上线结算。

需要开通异地联网结算的，各县（市、区）医保中心应通知医疗机构在5个工作日内与市医保中心负责异地联网结算的工作人员联系，完成异地联网结算相关配置。配置完成后，各县（市、区）医保中心要及时在国家医疗保障信息平台维护该医疗机构的异地联网结算的相关标识。

（六）信息公开

各县（市、区）医保中心应当定期向社会公布新签订医保协议的定点医疗机构信息包括名称、地址等，供参保人员选择。

二、关于定点医疗机构的信息变更流程

（一）重大信息变更

定点医疗机构的名称、法定代表人、主要负责人或实际控制人、注册地址、银行账户、诊疗科目、机构规模、机构性质、等级和类别等重大信息变更时，主要流程如下：

1. 定点医疗机构应当自有关部门批准之日起30个工作日内向所在地区医保经办机构提交变更申请表、信息变更资料等材料。

2. 各县（市、区）医保中心在收齐材料后，需在15个工作日内完成对定点医疗机构变更内容的资料审核确认，必

要时组织现场考察。

3. 各县（市、区）医保中心将审核情况中涉及医保结算范围、结算标准等变化内容报同级医疗保障行政部门审批。审批通过的，需要向梅州市医疗保障事业管理中心备案。

4. 医疗机构在经办机构审核通过后及时在信息系统进行变更相关信息。

（二）其他一般信息变更

其他一般信息变更应当及时告知。流程如下：

1. 定点医疗机构自信息发生变化之日起 10 个工作日内将有关信息变更情况书面告知各县（市、区）医保中心。

2. 各县（市、区）医保中心将信息变更情况及时向同级医疗保障行政部门及梅州市医疗保障事业管理中心备案。

（三）变更所需材料

变更定点医疗机构的名称、法定代表人、主要负责人或实际控制人、注册地址、诊疗科目、机构规模、机构性质、等级和类别等应提供以下材料：

1. 《梅州市定点医疗机构信息变更申请表》（附件 13）；
2. 医疗机构执业许可证、中医诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证复印件。
3. 卫生健康部门出具的医疗机构级别等级批复文件（等级变更时提供）。

变更银行账户时应提交以下材料：

1. 《梅州市定点医疗机构信息变更申请表》；
2. 银行开户许可证复印件。

三、协议变更与解除

定点医疗机构请求中止、解除医保协议或不再续签医保协议的，应当提前 3 个月向经办机构提出申请并提交《梅州市定点医疗机构协议状态变更申请表》(附件 14)。公立医疗机构不得主动提出中止或解除医保协议。

- 附件：
1. 梅州市定点医疗机构申请表
 2. 医疗机构医疗保障定点管理申请材料清单
 3. 梅州市新增定点医疗机构申请资料说明
 4. 梅州市定点医疗机构受理回执
 5. 配合评估材料清单
 6. 梅州市定点医疗机构申请材料补齐补正通知书
 7. 梅州市定点医疗机构不予受理回执
 8. 新增定点医疗机构工作纪律
 9. 梅州市新增定点医疗机构现场核查意见反馈表
 10. 梅州市医疗保障新增定点医疗机构评估表
 11. 关于 XX 医院申请定点医疗机构的批复
 12. 梅州市新增定点医疗机构评估不合格告知书
 13. 梅州市定点医疗机构信息变更申请表
 14. 梅州市定点医疗机构协议状态变更申请表

附件 1

梅州市定点医疗机构申请表

机构名称		所在区	
机构地址		邮政编码	
注册面积		建筑面积	
机构级别		机构类别	
经营类别		申报服务范围	
执业许可证登记号		统一社会信用代码	
许可证发证日期		许可证有效期限	
法定代表人(身份证号)		联系电话	
主要负责人(身份证号)		联系电话	
实际控制人(身份证号)		联系电话	
业务联系人		联系电话	
诊疗科目		机构开户名称	
编制床位数		实际开放床位数	
机构开户银行		机构开户账号	
是否配有专(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	
是否具有符合医保协 议管理要求的信息系统		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	高级职称	中级职称	初级职称
医生			
护士			
药师			
医技			
合计			
<p>本机构自愿承担基本医疗保险服务，申请成为医疗保险定点机构，并承诺不存在《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》等文件有关规定的不予受理定点申请的情形，且所提交资料全部真实有效，如有虚假成分，愿意承担一切相应的法律责任；如因本机构原因，医疗机构地址等重要信息在提交申请至签订协议期间如发生变更，自愿放弃当次申请。</p>			
申请承诺			
<p>法定代表人(签名):</p> <p>主要负责人(签名):</p> <p>实际控制人(签名):</p> <p>(单位盖章)</p> <p>申请日期: 年 月 日</p>			

附件2

医疗机构医疗保障定点管理申请材料清单

序号	资料名称	原件/复印件	备注
1	梅州市医疗保障定点医疗机构申请表	原件	
2	医疗机构执业许可证(中医诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证)	复印件	
3	医师、护士、药学及医技等技术人员执业证	复印件	
4	与医疗保障政策相应的内部管理制度	复印件	包括医疗管理制度及医保相关制度
5	与医疗保障政策相应的财务制度	复印件	财务账册及相关统计表
6	信息系统相关材料(与医保信息系统有关)	复印件	证明有条件接入医保系统
7	基金预测性分析报告	原件	
8	在职职工花名册	复印件	(包括退休返聘人员名单)
9	在职人员身份证复印件	复印件	
10	劳动聘用合同	复印件	
11	社保局出具的缴交养老保险的佐证材料	原件	
12	近三个月职工工资表	复印件	
13	税收完税证明	原件	
14	大型医疗设备清单	原件	
15	科室设置清单	原件	
16	医保专(兼)职工作人员证明	原件	由申请单位出具的医保人员证明
17	医院核定级别证明	复印件	
18	审批住院床位数佐证材料	复印件	
19	岗位职责表	复印件	
20	医保政策学习会议记录	复印件	
21	办公用地佐证材料	复印件	
22	医药、耗材购、销、存台账	复印件	自营业开始

注：所有提交的材料均需加盖公章，复印件应备原件供现场核查。

附件3

梅州市新增定点医疗机构申请资料说明

序号	申请资料名称	资料有效性判断要点	备注
1	定点医疗机构申请表	有法定代表人、主要负责人及实际控制人签名。	收取加盖申请机构公章的原件
2	医疗机构执业许可证正、副本或中医诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证	应当在有效期内，正式运营按取得医疗机构执业许可证之日起计算，申请定点日期距有效期开始日期至少3个月，定点医疗机构申请新增院区的，按其医疗机构执业许可证变更注册地址的发证日期计算正式运营时间。副本含变更记录，按规定办理校验且结果为合格。	收取加盖申请机构公章的复印件
3	与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本	至少包括医保管理制度、财务制度、统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度等符合基本要求的管理制度。	收取加盖申请机构公章的复印件
4	与医保有关的信息系统相关材料	1. HIS系统开发商资质（软件著作权书等）； 2. 与HIS系统开发商签证的合同（要有医保接口开发需求）； 3. HIS系统开发商的医保接口开发成功案例（与已经签订协议的医保单位的合同）； 4. 系统硬件建设情况（机房、服务器等的照片，现场提供）； 5. 网络建设情况（提供是否专网运行证明）。	收取加盖申请机构公章的复印件
5	纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告	至少含四个部分内容：1. 医疗机构基本情况； 2. 近3个月运营状况：医疗服务总量、总费用及人次情况（含医疗美容、辅助生殖、生活照护、种植牙的服务量、费用及人次情况），门急诊及住院病人平均费用情况； 3. 预测分析纳入定点后医保基金使用情况； 4. 医保基金安全风险防范预案及措施。	收取加盖申请机构公章的原件
6	补充材料	根据需要补充。	收取加盖申请机构公章的复印件

附件4

梅州市定点医疗机构受理回执

回执编号	
机构名称	
机构地址	
办理事项	医疗机构申请定点协议管理/医疗机构申请信息变更
备注	你单位申请已受理，请按《配合评估材料清单》备齐相应材料，做好评估准备工作。如未按约定时间配合完成评估，视为自愿放弃当次申请。 评估时间： 评估方式：现场评估、书面评估； 评估地点：

(本回执一式两份，一份送达申请机构，一份经办机构留存。)

签收人：

联系电话：

签收时间：

经办机构(盖章)

联系电话：

经办日期：

附件5

配合评估材料清单

一、医疗机构需准备的材料

(一) 申请材料

1. 定点医疗机构申请表原件(法定代表人、主要负责人、实际控制人签名并加盖单位公章);
2. 医疗机构执业许可证正、副本或中医诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证照原件及复印件(加盖单位公章);
3. 与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本复印件(加盖单位公章);
4. 与医保有关的信息系统相关材料(加盖单位公章);
5. 纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告原件(加盖单位公章)。

(二) 评估材料

6. 医师及护士的执业证原件, 药学及医技等专业技术人员资格证或职称证原件, 其中医师执业证应当为第一注册地;
7. 开设的与服务功能相适应的诊断、治疗、手术、住院、药品贮存及发放、检查检验放射等科室及主要仪器设备列表加盖单位公章的原件及PDF扫描件;
8. 各科室全景照片及各科室主要仪器设备照片电子件(书面评估需提供);

9. 卫生健康部门医疗机构评审的结果原件、加盖单位公章的复印件及PDF扫描件；

10. 近三个月医疗服务(含基本医疗服务以及医疗美容、辅助生殖、生活照护、种植牙等非基本医疗服务)总量及发生的医疗费用明细原件及数据电子件；

11. 申请生育保险的需提供：母婴保健技术服务执业许可证正、副本原件、加盖单位公章复印件及PDF扫描件，《母婴保健技术考核合格证书》原件；

12. 事业单位法人证书或民办非企业单位登记证书或营业执照正、副本原件及PDF扫描件；其他无事业单位法人证书或民办非企业单位登记证书提供其设立机构的事业单位法人证书或民办非企业单位登记证书；

13. 法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证原件PDF扫描件；

14. 其他医疗保障部门相关文件规定的材料。

附件6

梅州市定点医疗机构申请材料补齐补正通知书

回执编号	
机构名称	
机构地址	
补齐补正材料	
备注	申请机构应当在5个工作日内补齐补正，逾期视为放弃当次申请

(本回执一式两份，一份送达机构领取，一份经办机构留存。)

签收人：

联系电话：

签收时间：

经办机构(盖章)

联系电话：

经办日期：

附件7

梅州市定点医疗机构不予受理回执

回执编号	
机构名称	
机构地址	
受理事项	医疗机构申请定点协议管理/医疗机构申请信息变更
不予受理原因	
备注	

(本回执一式两份，一份送达机构领取，一份经办机构留存。)

签收人：

联系电话：

签收时间：

经办机构(盖章)

联系电话：

经办日期：

附件 8

新增定点医疗机构工作纪律

根据上级和市医保部门廉政纪律有关要求，检查组在新增定点医药机构申请工作将严格遵守以下工作纪律：

（一）坚持依法办事，决不滥用权力，不准单独外出对管理对象实施现场核查，不得利用工作名义或个人职权关系，向被核查单位谋取个人非法私利。

（二）不准由被核查单位支付或补贴餐费、交通费，因特殊情况确需在被核查单位用餐的，费用自理，据实支付。不准参加被核查单位安排的宴请、旅游、娱乐和联欢等活动。

（三）不得利用核查工作时间看病购药，或打招呼带亲属朋友看病购药。不得私自使用被核查单位的交通工具。

（四）不准接受医药机构的任何纪念品、礼品、礼金、消费卡和有价证券。

（五）不得以打招呼等任何方式影响或干扰核查业务的开展，不得参与、庇护违规骗保行为，不得泄露与核查业务有关的工作秘密或信息。

（六）不得故意摆“架子”、找茬，刁难被核查单位，不得故意制造障碍和拖延核查时间。

（七）不准向被核查单位推销商品或介绍业务。

（八）不准向被核查单位提出任何与核查工作无关的要求。

工作人员进行现场核查前须申明医保部门《加强监督检

查纪律的八项规定》，并请被核查对象对医保部门工作人员进行监督，填写《梅州市新增定点医疗机构现场核查意见反馈表》及时寄回医保纪检部门。

****医疗保障经办机构纪检监督电话：****

地址：****，邮编：****

**县（市、区）医疗保障事业管理中心

年 月 日

附件9

梅州市新增定点医疗机构现场核查意见反馈表

单位名称			单位地址		
被核查单位 负责人姓名		被核查单位 联系电话		核查时间	
核查小组人 数和成员				是否按照检 查纪律开展 现场核查	
对现场核查 组执行核查 工作纪律情 况的意见	一、执行监督检查纪律情况： ◇是否遵守现场核查工作纪律；（ ） ◇如果违反现场核查工作纪律，是违反第（ ）条； 二、其他情况：				
对现场核查 工作的意见 和建议					

被核查单位负责人签名(盖章):

_____年____月____日

备注：请被核查单位按照医保部门《新增定点医疗机构工作纪律》对工作人员进行监督，请填写《梅州市新增定点医疗机构现场核查意见反馈表》。

附件10

梅州市医疗保障新增定点医疗机构评估表

医疗机构名称					机构类型	
医疗机构地址					邮政编码	
申请定点险种		<input type="checkbox"/> 医疗保险 <input type="checkbox"/> 生育保险	申请服务范围 <input type="checkbox"/> 门诊 <input type="checkbox"/> 门诊及住院	服务对象	社会 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/>	
评估方式		<input type="checkbox"/> 现场评估 <input type="checkbox"/> 书面评估	联系人	联系电话		
评估项目	序号	评估细目及要求			评估方法	评估记录
证照制度情况	1	医疗机构执业许可证正、副本或中医诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证按规定办理校验手续，并在有效期内。			查看证照	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
	2	*开展住院服务的，查看并记录卫健部门医疗机构评审结果。			查阅文件	级别： ____级 等级： ____等
	3	*开展放射诊疗服务的，是否已取得《放射诊疗许可证》，并按规定办理校验手续，且在有效期内。			查看证照	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
	4	*开展生育保险服务的，是否已取得《母婴保健技术服务执业许可证》，准予开展助产技术、终止妊娠手术、结扎手术项目，并按规定办理校验手续，且证照在有效期内。			查看证照	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
	5	是否有与医保政策对应的内部管理制度(至少含医保管理制度、财务制度、统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度)。			查阅文件	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>

专业技术人员情况	6	开设的每个住院科室是否有 3 名及以上执业医师，只开展门诊业务是否有 1 名及以上执业医师，且第一执业地点为申请医疗机构。实际执业医师___名(以第一执业点的执业医师数量计)。	查看证照	是口 否口
	7	*执业护士持有执业地点为申请医疗机构的《护士执业证书》。	查看证照	是口 否口
	8	*药房(药库)配备相应的药学技术人员，持有(中)药士或(中)药师或主管(中)药师职称证或执业药师资格证。	查看证照	是口 否口
	9	*检验科室配备相应的技术人员，持有检验技士或技师或主管技师职称证。	查看证照	是口 否口
	10	*放射科室配备相应的技术人员，持有医学放射技士或技师或主管技师职称证。	查看证照	是口 否口
	11	*申请生育保险定点的，须配备持有《母婴保健技术考核合格证书》的卫生技术人员。	查看证照	是口 否口
	12	所开设科室的人员设备符合医疗机构基本标准。	书面或现场查看	是口 否口
项目	序号	评估细目及要求	评估方法	评估记录
科室设备情况	13	是否开设与服务功能相适应的科室，临床科室_____个(门诊科室_____个，住院科室_____个)，辅助科室_____个。	书面或现场查看	是口 否口
	14	所开设科室的基础设施和仪器设备符合医疗机构基本标准。	书面或现场查看	是口 否口
	15	近三个月非基本医疗服务费用/总医疗费用小于 50%，且非基本医疗服务服务人次/总医疗服务服务人次小于 50%。	书面或现场查看	是口 否口
	16	基本医疗服务是否执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策的、未超诊疗科目开展医疗服务项目。	现场查看及承诺制	是口 否口
	17	*开展生育保险服务的，应当设有隔离分娩室。	书面或现场查看	是口 否口

信息系统情况	18	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。	根据实际情况审核材料	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
其他	19	其他医疗保障部门相关文件规定的材料。		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
存在问题反馈 (现场核查填写)				
		医疗机构负责人签名:		年 月 日

医疗机构意见

以上检查结果情况属实。

医疗机构负责人签名：

盖章：

年 月 日

评估小组签名

评估小组成员签名：

年 月 日

- 备注：1. 符合的勾选“是”，不符合的勾选“否”，并将不符合情况在存在问题反馈一栏汇总填写；
2. 带“*”号的为非必填项，根据机构的申请及实际情况进行选填，不需评估的项目划“-”；
3. 必须评估项目如有一项为“否”，则评估不合格；
4. 评估表如有涂改，须在涂改处由医疗机构负责人及现场检查人员共同签字确认。

关于 XX 医院申请定点医疗机构的批复

*****（医疗机构名称）：

根据贵单位提交的基本医疗保险定点协议申请，现批复贵单位为梅州市基本医疗保险定点协议机构。协议起始时间为：****年**月**日。协议签约机构为：*****。

协议开始之日起，按____级医疗机构执行医保报销和医疗服务价格管理政策。按病种分值付费结算权重系数____，按床日结算标准____。

*****（医保经办机构名称）

（公章）

****年**月**日

附件12

梅州市新增定点医疗机构评估不合格告知书

告知书编号	(受理号)
机构名称	
办理事项	医疗机构定点申请
评估结果	初次评估不合格/再次评估不合格。
不合格理由	经评估，不符合《广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第 条第 款的有关规定。
整改建议	1. 2. 3.
查询方式	电话：
备注	1. 本告知书一式两份，一份送达申请机构，一份由经办机构留存； 2. 申请单位如有疑问，可以联系医保部门进行查询； 3. 自初次评估结果送达起，整改3个月后可以再次申请评估；再次评估仍不合格的，1年内不得再次申请。

签收人：

联系电话：

签收日期：

经办机构(盖章)

联系电话：

经办日期：

附件13

梅州市定点医疗机构信息变更申请表

机构名称		所在区	
机构地址		邮政编码	
所有制形式		经营等级	
经营类别		服务对象	
执业许可证 登记号		统一社会 信用代码	
法定代表人 (身份证号)		联系电话	
主要负责人 (身份证号)		联系电话	
床位数		诊疗科目及 大型诊疗项目	
变更项目	变更前	变更后	
变更承诺	<p>本机构自愿按照政策规定及相关要求，提交有关资料，申请梅州市医疗保障定点医疗机构信息变更，并郑重承诺：本机构不存在《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》等法律、法规、规章及上级文件有关规定的不予受理定点变更申请的情形，且所提交资料全部真实有效，如有虚假成分，愿意承担一切相应的法律责任。</p>		
	<p>法定代表人(签名):</p> <p style="text-align: right;">(申请单位盖章)</p>		
	<p>主要负责人(签名):</p>		
	<p>实际控制人(签名):</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>		

说明:

1. 定点医疗机构的名称、法定代表人、企业负责人等重要信息发生变更的,应当自有关部门批准之日起30个工作日内填写本表,提交相关材料申请变更。其他一般信息变更应当及时书面告知。

2. 变更定点医疗机构的名称、法定代表人、主要负责人或实际控制人、注册地址、诊疗科目、机构规模、机构性质、等级和类别时应当提交以下材料:《梅州市定点医疗机构信息变更申请表》;医疗机构执业许可证、中医诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证复印件;卫生健康部门出具的医疗机构级别等级批复文件(等级变更时提供)。

3. 变更银行账户时应当提交以下材料:《梅州市定点医疗机构信息变更申请表》和银行开户许可证复印件。

附件14

梅州市定点医疗机构协议状态变更申请表

医疗机构名称		机构级别	
地址		机构等级	
所在区县		邮政编码	
机构类别		经营类别	
所有制形式		床位	
统一社会信用代码 证照名称		统一社会信用代码	
执业许可证登记号		注册类型	
法定代表人 (身份证号)		主要负责人 (身份证号)	
许可证有效期限	年 月 日	申请定点险种	
诊疗科目		申请理由	
申请事项	中止医保协议 <input type="checkbox"/> 解除医保协议 <input type="checkbox"/> 不再续签医保协议 <input type="checkbox"/>		
<p>本机构自愿按照政策规定及相关要求，提交有关资料，申请梅州市医疗保障定点医疗机构协议解除，暂停时间从 开始，并郑重承诺：</p> <p>本机构不存在违反《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》等法律、法规、规章及上级文件有关规定的行为，且所提交资料全部真实有效，如有虚假成分，愿意承担一切相应的法律责任。</p> <p style="text-align: right;"> 法定代表人(签名): 主要负责人(签名): 实际控制人(签名): (单位盖章) </p> <p style="text-align: right;">申请日期: 年 月 日</p>			