附件1-1

梅州市“双通道”管理定点医疗机构申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 | |  | | |
| 医疗机构代码 | |  | 机构类别和等级 |  |
| 经办人 | |  | 联系电话 |  |
| 基本情况 | 需求因素分析说明及需求药品：  其他：  （需求所涉及诊疗科目、责任医师配备、处方管理流程等）  申请单位法人： （签章） （公章）  年 月 日 年 月 日 | | | |
| 附属材料清单 | 1.医疗机构执业许可证副本复印件  2.“双通道”管理责任医师信息表  3.承诺书  …… | | | |
| 医保经办机构意见 |  | | | |
| 备 注 |  | | | |

填表说明：1.如本表设置栏目不能满足填报需求，可增加附表形式填报；

2.医疗机构和医师代码按国家医保业务标准编码填写。**本表和附表需提供电子版本拷贝。**

“双通道”管理责任医师信息表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 医师代码 | 姓名 | 职称 | 专业方向（科室） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

责任医师信息变更的，定点医疗机构应按规定向医保经办机构备案。

承 诺 书

本单位承诺所提交的申请材料真实、合法、有效；承诺遵守社会保险法等相关法律，无套骗医保基金行为。承诺严格执行梅州市国家医保谈判药品“双通道”定点医疗机构管理相关政策规定，如在国家医保谈判药品“双通道”定点医疗服务过程中，发现违规违约行为，由医保部门按医保管理服务协议或《医疗保障基金使用监督管理条例》处理。

单位名称：(公章)

法人代表签字：

日期：