

最新医保协议管理有哪几个方面 保定市 医疗保险协议申请书(优秀5篇)

在日常学习、工作或生活中，大家总少不了接触作文或者范文吧，通过文章可以把我们那些零零散散的思想，聚集在一块。写范文的时候需要注意什么呢？有哪些格式需要注意呢？以下是我为大家搜集的优质范文，仅供参考，一起来看看吧

医保协议管理有哪几个方面篇一

深圳市社会保险基金管理局_分局：

我是_x系深圳市南山高新区居民，系本地生育医疗保险参保人，20_年x月x日登记结婚。因我家庭及工作单位地点目前均在_省_市，所以产前检查及住院分娩医院就近选择为_市_x院。我于20_年x月x日在_省_市_院异地就医剖腹生下一女，属于初婚初育，符合国家生育政策。

此致

敬礼

申请人： （签字）

申请时间：20_年x月x日

医保协议管理有哪几个方面篇二

乙方：定点零售药店

根据劳动和社会保障部、国家药品监督管理局颁发的

的有关规定，为保证零售药店更好地

为参保人员提供基本医疗保险范围内的用药服务，甲方确定乙方为基本医疗保险定点零售药店。经甲乙双方协商，签订协议如下：

第一条甲乙双方应严格遵守《中华人民共和国药品管理法》、《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》、《基本医疗保险定点零售药店管理暂行办法》、《城镇职工基本医疗保险实施方案》及相关法律、法规，严格执行国家、省、自治区、直辖市规定的药品价格政策。

第二条乙方根据国家有关法律、法规及本协议规定，为参保人员提供基本医疗保险用药处方外配服务，必须做到药品质量合格、安全有效。

乙方必须配备专(兼)职管理人员，并配备与基本医疗保险相配套的计算机硬件系统，相关的软件由甲方负责提供。

第三条甲方应及时向乙方通报基本医疗保险政策的信息和调整情况以及参保人员的变动情况。

第四条乙方应在药店的显要位置悬挂甲方统一制作的定点零售药店标牌，以方便患者辨认购药。

第五条参保人员持本人定点医疗机构医生开具的处方(以处称外配处方)到乙方调剂，乙方需要查验其基本医疗保险证件有关项目是否与所持处方相符，准确无误后才能予以调剂。

第六条参保人员持外配处方到乙方调剂，乙方要严格按照国家处方调剂的有关规定，给予认真调剂。如因调剂不当出现药事责任由乙方承担。

第七条乙方无正当理由，不能拒绝参保人员按外配处方调剂的请求，若认定外配处方配伍或剂量有疑义时，要告知参保人员，由原开处方的医生修改后再给予调剂。

第八条参保人员持外配处方到乙方调剂，乙方因各种原因不能完成处方调剂时，应告知参保人员并负责联系其他定点药店进行调剂。

第九条参保人员持定点医疗机构外配处方到乙方调剂药品时，乙方调剂完毕后，应开具收据并留存根以备核查。

若需要支付现金(药品需参保人员个人负担部分)或其个人账户已用完需用现金支付时，乙方要开具现金收据。

第十条乙方按规定(月、双月、季)将参保人员使用个人账户在乙方购药费清单交送给甲方以备核查(内容包括：参保人员姓名、保险证号、处方医疗机构、处方张数、药品品名、数量、药费等)。

第十一条乙方向甲方交送审核的药费中，有下列情况之一者由乙方负责：

(一)处方与基本医疗保险证明相关的资料项目不符，乙方仍予以受理；

(二)参保人员持用伪造、变造或外观上足以辨认为不实处方，乙方仍予受理；

(三)未依照处方调剂；

(四)调剂的处方不属于基本医疗保险给付范围；

(五)出售的药品中出现假药、劣药；

(六)违反国家物价政策，售出药品价格高于国家定价，其差价部分应予追回。

第十二条乙方有出售假药、劣药、以物代药等不依照处方调剂以及药店与医院合谋骗取医疗保险金等违规情况，相关费

用甲方不予支付。并视情节轻重，建议劳动保障部门责令其限期改正或取消其定点资格。

第十三条甲方如发现重复核付的药品费，应在下期支付款中扣除追回。

第十四条甲方应于乙方送达药品费申请之日起×日内办理暂付事宜，暂付款按审核后总额的90%按期支付给定点药店，其余10%留作保证金，根据年终考核审定情况最迟于次年×月×日前结算。

第十五条乙方向甲方申请支付参保人员调剂处方药品费，应定期向甲方申报药品费清单申请核付。

第十六条甲方为了审查医疗保险给付需要，请乙方提供说明，或派人赴乙方查询或调用调剂记录、处方、帐单、收据及有关文件资料，乙方应详细说明并提供有关文件及资料，不得拒绝。

第十七条在协议期内，乙方地址、名称变更应事先通知甲方，并终止协议，同时持变更登记相关证件到甲方重新办理申报手续。如乙方被吊销《药品经营企业许可证》、《药品经营企业合格证》和《营业执照》，自吊销之日起终止协议。乙方变更法人代表者，自药品主管机关核定之日起，视同特约主体变更，甲乙双方应改签协议或终止原协议。

第十八条双方无论以何种理由终止协议，必须提前×日通知对方。

第十九条甲乙双方在药品费结算或遇违约出现争议时，可按照《中华人民共和国行政复议法》和《中华人民共和国行政诉讼法》的有关规定，向同级劳动保障行政部门申请行政复议或向人民法院提起行政诉讼。

第二十条如乙方违反国家有关法律、法规，则按有关规定处理。

第二十一条本协议未尽事宜，甲乙双方可以换文形式进行补充，效力与本协议相同。

第二十二条本协议有效期1年，自××年×月×日起至××年×月×日止。

第二十三条协议期满，经双方协商，可以在协议期满前1个月内续签。

第二十四条本协议一式两份，甲乙双方各执一份，具有同等效力。

甲方：统筹地区社会乙方：定点零售药店

保险经办机构

法人代表：法人代表：

年月日年月日

医保协议管理有哪几个方面篇三

乙方：定点医疗机构

为保证广大城镇参保人员享受基本医疗服务，促进社会保障及卫生事业的发展，按照劳动和社会保障部、卫生部、国家中医药管理局颁发的《关于印发城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理暂行办法的通知》（劳社部发〔1999〕14号）、《城镇职工基本医疗保险实施方案》的有关规定，甲方确定乙方为基本医疗保险定点医疗机构，签订如下协议。

第一章 总则

第一条 甲乙双方应认真贯彻国家的有关规定及统筹地区政府颁布的城镇职工基本医疗保险管理办法及各项配套规定。

第二条 甲乙双方应教育参保人员和医务工作者自觉遵守医疗保险的各项规定;甲乙双方有权向对方提出合理化建议;有权检举和投诉对方工作人员的违规行为。

第三条 乙方依据国家有关法律、法规及本协议为参保人员提供基本医疗服务,加强内部管理,制定执行基本医疗保险政策法规的相应措施,为参保人员就医提供方便;乙方必须有一名院级领导负责基本医疗保险工作,并配备专(兼)职管理人员,与社会保险经办机构共同做好定点医疗服务管理工作;乙方有责任为甲方提供与基本医疗保险有关的材料和数据;甲方如需查看参保人员病历及有关资料、询问当事人等,乙方应予以合作。

第四条 甲方应及时向乙方提供与乙方有关的参保人员名单及相关资料,按规定向乙方拨付应由甲方提供的医疗费用,及时向乙方通报基本医疗保险政策及管理制度、操作规程的变化情况。

第五条 本协议签订后,乙方在本单位显要位置悬挂甲方统一制作的定点医疗机构标牌,设置“基本医疗保险政策宣传栏”和“基本医疗保险投诉箱”,将基本医疗保险的主要政策规定和本协议的重点内容向参保人员公布。

第六条 乙方所使用的有关基本医疗保险的管理软件,应与甲方的管理软件相匹配,并留有同甲方管理系统相连接的接口,能够满足甲方的信息统计要求(甲方与乙方间的计算机通讯费用(网络费用)由甲乙双方协商解决)。甲方负责组织与基本医疗保险计算机管理有关的人员培训。

第二章 就诊

第七条 乙方诊疗过程中应严格执行首诊负责制和因病施治的原则，合理检查、合理治疗、合理用药，不断提高医疗质量。

第八条 乙方应坚持“以病人为中心”的服务准则，热心为参保人员服务；参保人员投诉乙方工作人员态度恶劣的，乙方应认真查实，如情况属实，按照有关规定严肃处理。

第九条 参保人员在乙方就诊发生医疗事故时，乙方应事故发生之日起×日内(具体期限由各统筹地区规定)通知甲方。乙方多次发生医疗责任事故并造成严重后果的，甲方可单方面解除协议。

第十条 乙方在参保人员就诊时应认真进行身份和证件识别。

(二)乙方在参保人员就诊时应进行身份识别，发现就诊者与所持医疗保险证身份不符时应拒绝记帐并扣留医疗保险证件，并及时通知甲方。

第十一条 乙方应为参保人员建立门诊及住院病历，就诊记录应清晰、准确、完整，并妥善保存备查；门诊处方和病历至少应保存2年，住院病历至少应保存15年。

第十二条 乙方应使用由甲方规定的基本医疗保险专用处方笺、专用收据和结算单等。

第十三条 乙方必须保证为在本医疗机构就医的参保人员提供符合基本医疗服务范围的住院床位。

第十四条 乙方应严格掌握住院标准，如将不符合住院条件的参保人员收入院，其医疗费用甲方不予支付；乙方如拒收符合住院条件的参保人员，有关责任由乙方承担。

第十五条 乙方应及时为符合出院条件的参保人员办理出院手续，故意拖延住院时间所增加的医疗费用甲方不予支付；参保人员拒绝出院的，乙方应自通知其出院之日起，停止记帐，按自费病人处理，并及时将有关情况通知甲方。

第十六条 乙方因限于技术和设备条件不能诊治的疾病，应按有关规定及时为参保人员办理转诊手续，对符合转诊条件，乙方未及时转诊造成参保人员损害的，乙方应承担相应的责任。

乙方将有能力诊治的病人转出，转出后的医疗费用由乙方支付(病情已过危险期，经甲方及参保人员同意，转入级别较低的定点医疗机构的情况除外)；实行按病种付费的疾病，转出后的医疗费用由乙方负责支付。

第十七条 实行按病种付费的疾病，15日内因同一疾病重复住院的，只按住院一次结算费用，参保人员对出院决定有异议时，可向甲方提出，费用暂行自付。

第十八条 乙方向参保人员提供超出基本医疗保险支付范围的医疗服务，需由参保人员承担费用时，应征得参保人员或其家属同意(应签文字协议)。

第三章 诊疗项目管理

第十九条 乙方应严格执行国家、省、自治区、直辖市及统筹地区关于诊疗项目管理的有关规定。

第二十条 参保人员在甲方其他定点医疗机构所做检查的结果，乙方应充分利用，避免不必要的重复检查。

第二十一条 医生为参保人员进行检查治疗的收入不得与医生及医生所在科室收入直接挂钩，甲方查实乙方违反本条规定的，可拒付相关费用，并将相关项目排除在约定项目外，

情节严重的，甲方可单方面中止协议。

第二十二条 在本协议签订后，乙方新开展超出协议规定的诊疗项目，如该项目在劳动保障部门规定的基本医疗保险诊疗项目内，按以下原则处理：

(一)乙方向甲方提出增加诊疗项目的申请；

(三)甲方接到乙方申请后应在20个工作日内完成审查过程(不含乙方因资料不齐补报的时间)，如不同意申请，应通知乙方，并说明理由；如同意申请，应同时确定给付标准，及时通知乙方；如甲方超时限未答复视为同意。

第四章 药品管理

第二十三条 乙方应严格执行本省、自治区、直辖市基本医疗保险用药范围的规定，超出的部分甲方不予支付。

第二十四条 乙方应按照急性疾病3天量，慢性疾病7天量，最长不超过24天量的原则给药。

第二十五条 乙方应允许参保人员持本医疗机构医生所开处方到定点零售药店外购药品，不得干涉参保人员的购药行为，外购药品的处方应书写规范，使用汉字，字迹工整，并加盖乙方门诊专用章。

第二十六条 乙方提供的药品应有小包装，符合基本医疗保险关于剂量的规定。

第二十七条 乙方使用本院生产的、并列入当地基本医疗保险用药范围的医院制剂，其费用甲方按照规定给予支付；乙方新生产的医院制剂如申请进入基本医疗保险用药范围可参照本协议第二十二条的规定办理申报手续。

第二十八条 报销范围内同类药品(通用名相同, 商品名不同)有若干选择时, 在质量标准相同(如符合gmp标准)的情况下, 乙方应选择疗效好、价格较低的品种。

第二十九条 乙方违反物价政策, 所售药品价格高于国家或省级物价部门定价的, 差额部分甲方不予支付。

第三十条 乙方为参保人员提供的药品中出现假药、劣药时, 药品费及因此而发生的相关的医疗费用甲方不予给付, 并向药品监督管理部门反映;乙方或其工作人员非法收取药品回扣的, 一经查实, 甲方应扣除该种药品的全部费用。

第五章 费用给付

第三十一条 甲乙双方应严格执行统筹地区制定的基本医疗保险费用结算办法的有关规定。

第三十二条 乙方应在每月×日前, 将参保人员上月费用及清单报甲方, 由甲方进行审核。

第三十三条 甲方定期对门诊及外购药品处方进行随机抽查, 抽查比例不低于处方总量的5%, 对违反规定的费用按比例放大后在给付时扣除。

第三十四条 参保人员在乙方就诊发生医疗事故的, 按照医疗事故管理办法处理, 由于医疗事故及后遗症所增加的医疗费用甲方不予支付。

第三十五条 参保人员投诉乙方违反规定不合理收费, 甲方查实后, 乙方应负责退还。

第三十六条 甲方查实乙方违反本协议规定虚报费用或医护人员串通参保人员骗取医疗保险基金的, 应在偿付时扣除违约金额, 并报有关行政部门处理;触犯刑律的, 甲方应向司法

机关举报。

第三十七条 乙方负责收取应由参保人员个人负担的医疗费用，并使用专用收据。

第三十八条 实行按病种付费的疾病按统筹地区费用结算的有关规定给付。

第三十九条 甲方应在接到乙方费用申报×天内向乙方拨付合理医疗费用的90%，其余10%留作保证金，根据年终考核审定结果最迟于次年×月×日前结清。

第六章 争议处理

第四十条 本协议执行过程中如发生争议，乙方可按照《中华人民共和国行政复议法》和《中华人民共和国行政诉讼法》的有关规定，向同级劳动保障行政部门申请行政复议或向人民法院提起行政诉讼。

第七章 附则

第四十一条 本协议有效期自××年×月×日起至××年×月×日止(1年)。

第四十二条 协议执行期间，国家法律、法规有调整的，甲乙双方按照新规定修改本协议，如无法达成协议，双方可终止协议；协议执行期间，乙方的注册资金、服务条件、服务内容、法人代表等发生变化时应及时通知甲方。

第四十三条 甲乙双方无论以何种理由终止协议，必须提前×日通知对方。

第四十四条 协议期满前1个月内，甲乙双方可以续签本协议。

第四十五条 本协议未尽事宜，甲乙双方可以换文形式进行

补充，效力与本协议相同。

第四十六条 本协议一式两份，甲乙双方各执一份，具有同等效力。

甲方：统筹地区社会 乙方：定点医疗机构

保险经办机构

法人代表： 法人代表：

年 月 日 年 月 日

医保协议管理有哪几个方面篇四

亳州市基本医疗保险定点医药机构协议管理办法是如何实施的么?下文是小编收集的亳州市基本医疗保险定点医药机构协议管理办法，欢迎阅读！

第一条 为完善基本医疗保险经办机构与医药机构的协议管理，加强基本医疗保险基金监管，促进医疗机构规范提供医疗服务，更好地满足参保人员的基本医疗需求，根据省人力资源和社会保障厅《关于完善基本医疗保险协议管理的实施意见》(皖人社发〔20xx〕11号)有关精神，结合我市实际，制定本办法。

第二条 基本医疗保险经办机构要按照规定的条件、程序和规则，结合基本医疗保险制度与管理的要求，选择医药机构签订基本医疗保险服务协议，实行协议管理。

第三条 协议管理准入遵循公开透明、公平规范、有序竞争的原则。

公开透明：协议管理医药机构的条件及时向社会公开，评估规则和程序公开透明，结果公正合理。全程接收纪检监察及社会监督。

公平规范：依法设立的各种所有制性质、级别和类别的医药机构自愿申请，公平参与竞争。协议管理的条件、评估流程和规则对所有申请医药机构一视同仁、平等对待。

有序竞争：引入参保人和社会多方参与的评估和谈判方式，通过竞争建立激励约束机制，实行协议管理的动态调整。

第四条 定点医药机构包括定点零售药店和定点医疗机构，其中，定点医疗机构包括定点门诊医疗机构和定点住院医疗机构。

(一) 定点零售药店：通过我市《药品经营质量管理规范》认证的零售药店，愿意承担医疗保险购药服务，在与医疗保险经办机构签订服务协议后，开展社会保障卡购药即时结算服务。

(二) 定点门诊医疗机构：依法设立并取得相关证照的医院、门诊部(诊所)、社区卫生服务中心(站)，主要诊疗科目属于基本医疗保险范围，愿意承担医疗保险门诊就医服务的医疗机构，在与医疗保险经办机构签订服务协议后，开展社会保障卡门诊即时结算服务。

(三) 定点住院医疗机构：提供住院就医服务的上述医疗机构，主要诊疗科目属于基本医疗保险范围，愿意承担医疗保险住院就医服务，在与医疗保险经办机构签订服务协议后，开展社会保障卡住院即时结算服务。

第五条 协议管理医药机构准入的基本条件：

(六) 建立计算机管理信息系统，实行电子病历管理，具备同

医保信息系统联网结算条件，愿意接受医保经办机构实时监控等精细化管理的要求。

第六条 申请定点零售药店需向医疗保险经办机构提供下列材料：

- (一)《零售药店协议管理备案登记表》；
- (二)《药品经营许可证》和《营业执照》的副本(原件和复印件)；
- (三)药师以上药学技术人员的职称证书(原件和复印件)；
- (四)药品经营品种清单及上一年度业务收支情况和财务账目(新开业的可不提供)；
- (五)店内从业人员(含药师)劳动合同、社会保险费缴纳税票；
- (六)零售药店医保服务承诺书□

第七条 申请定点医疗机构需向医疗保险经办机构提供下列材料：

- (一)《医疗机构协议管理备案登记表》；
- (二)《医疗机构执业许可证》和《营业执照》的副本(原件和复印件)；
- (三)服务范围、规模质量、诊疗项目、收费标准及科室设置情况有关材料；
- (四)具有医师以上医学技术人员的职称证书(原件和复印件)；
- (七)从业人员劳动合同、社会保险费缴纳税票；

(八) 医疗机构医保服务承诺书。

第八条 医疗保险经办机构要对医药机构提交的申请材料进行初审、核实。符合申报要求的零售药店和门诊医疗机构，医疗保险经办机构可与之进行协商签约。对申请定点的住院医疗机构，除符合申报要求所需的材料外，医疗保险经办机构还要组织第三方进行评估，根据评估结果进行协商签约，确定定点住院医疗机构。

第九条 医疗保险经办机构负责组织对申请定点的住院医疗机构进行第三方评估。医疗保险经办机构根据医疗机构的申请情况，分别在每年4月和10月组织进行评估。第三方评估过程公开透明，接受有关部门监督。

(一)评估人员组成。评估人员为同级人力资源社会保障、卫生计生、食品药品监管、物价、财政等行政部门代表和社会保险经办机构、医疗机构代表、参保人员代表及相关医疗专家组成。

(二)评估组织程序。医疗保险经办机构抽取不少于7名人员组成评估小组，根据《住院医疗机构资质申请评估表》，进行现场集中评估打分，评估表需由参与评估的全体人员签字确认。评估过程由纪检监察部门全程监督。

(三)评估结论应用。经第三方机构评估得分在80分(含)以上的住院医疗机构，可与医疗保险经办机构协商签订服务协议，开展社会保障卡住院即时结算服务。评估得分在80分以下的，暂缓签订服务协议。

第十条 基本医疗保险服务协议在双方自愿协商的基础上签订，明确双方权利、义务和责任。协议内容应包括：

(一)定点医药机构的服务人群、服务范围、服务内容、服务水平和质量；

(二) 定点医药机构费用结算方式、结算时间、支付标准、结算范围和程序；

(四) 协议期限及违约责任及处理等。

第十一条 基本医疗保险经办机构与定点医药机构签订服务协议后，报同级社会保险行政部门备案，及时向社会公开，供参保人员就医购药时选择。

第十二条 协议管理的期限包括长期(2-5年)协议和短期(按年度)协议。根据医保政策和管理需要及时补充完善协议内容。本办法实施前的定点医药机构，在协议期内的，定点资格和签订的服务协议继续有效，医疗保险经办机构要根据新的协议管理内容，与其签订补充协议；协议期满后按新的协议管理办法执行。

第十四条 医疗保险经办机构和协议管理医药机构双方要严格认真履行协议。

医疗保险经办机构要加强对协议管理医药机构的监管，实施医疗保险精细化管理，要利用信息化监控手段，实现对具体医疗服务行为的实时监控，对监管中发现的不符合规定的医疗费用，基本医疗保险基金不予支付。

协议管理医药机构要建立健全内部管理制度，重点强化对医疗服务、医疗收费的内审制度和监控机制，根据协议内容严格执行基本医疗保险相关规定。

第十五条 定点医药机构涉及经营服务有重大变更事项的，要及时告知医疗保险经办机构。

(一) 定点医药机构进行合并、分离、法定代表人发生变更的，需重新申请医保定点备案手续、签订服务协议。

(二) 定点医药机构的负责人、医保专管员、经营地址、名称、账户等发生变更的，应在30日内到医疗保险经办机构办理备案，不按时告知的，医保经办机构可以解除服务协议。

(三) 定点医药机构暂停营业的，应在15日内书面告知医保经办机构，不按时告知的，医保经办机构可以解除服务协议。

第十六条 医疗保险经办机构要建立健全各项管理制度，规范定点医药机构服务行为，完善退出机制，对有违规行为的协议医药机构按照协议进行追责处理。

(一) 对协议管理医药机构违规行为的认定及处理，按照《亳州市城镇基本医疗保险定点零售药店医保服务规范》和《亳州市城镇基本医疗保险定点医疗机构医保服务规范》执行。

(二) 医药机构以提供虚构、篡改等不正当手段报送申请资料的，从医疗保险经办机构查实之日起，三年内不再签订服务协议。已签订服务协议的，终止服务协议。

(三) 对违反协议约定被解除基本医疗保险协议管理的医药机构，同一法人或合伙人三年内不得重新申请基本医疗保险协议管理。

第十七条 社会保险行政部门根据社会保险法等相关法律法规的规定，可通过调查、抽查等多种方式对经办机构和协议管理医药机构执行医疗保险政策法规、履行服务协议情况进行监督检查。发现违法违规行为的，应提出整改意见，并依法作出行政处罚决定。涉及其他行政部门职责的，移交相关部门；涉嫌犯罪的，移送司法机关依法处理。

第十八条 人力资源和社会保障部门要加强与卫生计生、食品药品监管、物价、财政等相关部门协调配合，共同做好基本医疗保险协议管理工作。创新监管方式，探索通过参保人员满意度调查、引入第三方评价、聘请社会监督员等方式，动

员社会各界参与医疗保险监督。畅通举报投诉渠道，及时发现问题并进行处理。

第十九条 市社会保险事业管理局负责市属基本医疗保险服务协议의签订，各县区医疗保险经办机构负责各自辖区内基本医疗保险服务协议의签订。

第二十条 工伤保险和生育保险医药服务机构协议管理办法参照本意见执行。

第二十一条 本办法由亳州市人力资源和社会保障局负责解释。

第二十二条 本办法自下发之日起施行，之前有关规定与本办法不一致的，按照本办法相关规定执行。

基本医疗保险定点医疗机构是指经统筹地区劳动保障行政部门审查获得定点医疗机构资格，并经社会保险经办机构确定且与之签订了有关协议的，为统筹地区城镇职工基本医疗保险参保人员提供医疗服务并承担相应责任的医疗机构。基本医疗保险定点医疗机构是指经统筹地区劳动保障行政部门审查获得定点医疗机构资格，并经社会保险经办机构确定且与之签订了有关协议的，为统筹地区城镇职工基本医疗保险参保人员提供医疗服务并承担相应责任的医疗机构。

医保协议管理有哪几个方面篇五

甲方：

乙方：

为保证广大城镇参保人员享受基本医疗服务，促进社会保障及卫生事业的发展，按照劳动和社会保障部、卫生部、国家中医药管理局颁发的《关于印发城镇职工基本医疗保险定点

医疗机构管理暂行办法的通知》(劳社部发〔1999〕14号)、《__城镇职工基本医疗保险实施方案》的有关规定,甲方确定乙方为基本医疗保险定点医疗机构,签订如下协议。

第一章总则

第一条甲乙双方应认真贯彻国家的有关规定及统筹地区政府颁布的城镇职工基本医疗保险管理办法及各项配套规定。

第二条甲乙双方应教育参保人员和医务工作者自觉遵守医疗保险的各项规定;甲乙双方有权向对方提出合理化建议;有权检举和投诉对方工作人员的违规行为。

第三条乙方依据国家有关法律、法规及本协议为参保人员提供基本医疗服务,加强内部管理,制定执行基本医疗保险政策法规的相应措施,为参保人员就医提供方便;乙方必须有一名院级领导负责基本医疗保险工作,并配备专(兼)职管理人员,与社会保险经办机构共同做好定点医疗服务管理工作;乙方有责任为甲方提供与基本医疗保险有关的材料和数据;甲方如需查看参保人员病历及有关资料、询问当事人等,乙方应予以合作。

第四条甲方应及时向乙方提供与乙方有关的参保人员名单及相关资料,按规定向乙方拨付应由甲方提供的医疗费用,及时向乙方通报基本医疗保险政策及管理制度、操作规程的变化情况。

第五条本协议签订后,乙方在本单位显要位置悬挂甲方统一制作的定点医疗机构标牌,设置“基本医疗保险政策宣传栏”和“基本医疗保险投诉箱”,将基本医疗保险的主要政策规定和本协议的重点内容向参保人员公布。

第六条乙方所使用的有关基本医疗保险的管理软件,应与甲方的管理软件相匹配,并留有同甲方管理系统相连接的接口,

能够满足甲方的信息统计要求(甲方与乙方间的计算机通讯费用(网络费用)由甲乙双方协商解决)。

甲方负责组织与基本医疗保险计算机管理有关的人员培训。

第二章就诊

第七条乙方诊疗过程中应严格执行首诊负责制和因病施治的原则，合理检查、合理治疗、合理用药，不断提高医疗质量。

第八条乙方应坚持“以病人为中心”的服务准则，热心为参保人员服务;参保人员投诉乙方工作人员态度恶劣的，乙方应认真查实，如情况属实，按照有关规定严肃处理。

第九条参保人员在乙方就诊发生医疗事故时，乙方应事故发生之日起_日内(具体期限由各统筹地区规定)通知甲方。

乙方多次发生医疗责任事故并造成严重后果的，甲方可单方面解除协议。

第十条乙方在参保人员就诊时应认真进行身份和证件识别。

(二)乙方在参保人员就诊时应进行身份识别，发现就诊者与所持医疗保险证身份不符时应拒绝记帐并扣留医疗保险证件，并及时通知甲方。

第十一条乙方应为参保人员建立门诊及住院病历，就诊记录应清晰、准确、完整，并妥善保存备查;门诊处方和病历至少应保存2年，住院病历至少应保存15年。

第十二条乙方应使用由甲方规定的基本医疗保险专用处方笺、专用收据和结算单等。

第十三条乙方必须保证为在本医疗机构就医的参保人员提供符合基本医疗服务范围的住院床位。

第十四条乙方应严格掌握住院标准，如将不符合住院条件的参保人员收入院，其医疗费用甲方不予支付；乙方如拒收符合住院条件的参保人员，有关责任由乙方承担。

第十五条乙方应及时为符合出院条件的参保人员办理出院手续，故意拖延住院时间所增加的医疗费用甲方不予支付；参保人员拒绝出院的，乙方应自通知其出院之日起，停止记帐，按自费病人处理，并及时将有关情况通知甲方。

第十六条乙方因限于技术和设备条件不能诊治的疾病，应按有关规定及时为参保人员办理转诊手续，对符合转诊条件，乙方未及时转诊造成参保人员损害的，乙方应承担相应的责任。

乙方将有能力诊治的病人转出，转出后的医疗费用由乙方支付(病情已过危险期，经甲方及参保人员同意，转入级别较低的定点医疗机构的情况除外)；实行按病种付费的疾病，转出后的医疗费用由乙方负责支付。

第十七条实行按病种付费的疾病，15日内因同一疾病重复住院的，只按住院一次结算费用，参保人员对出院决定有异议时，可向甲方提出，费用暂行自付。

第十八条乙方向参保人员提供超出基本医疗保险支付范围的医疗服务，需由参保人员承担费用时，应征得参保人员或其家属同意(应签文字协议)。

第三章诊疗项目管理

第十九条乙方应严格执行国家、省、自治区、直辖市及统筹地区关于诊疗项目管理的有关规定。

第二十条参保人员在甲方其他定点医疗机构所做检查的结果，乙方应充分利用，避免不必要的重复检查。

第二十一条医生为参保人员进行检查治疗的收入不得与医生及医生所在科室收入直接挂钩，甲方查实乙方违反本条规定的，可拒付相关费用，并将相关项目排除在约定项目外，情节严重的，甲方可单方面中止协议。

第二十二条在本协议签订后，乙方新开展超出协议规定的诊疗项目，如该项目在劳动保障部门规定的基本医疗保险诊疗项目内，按以下原则处理：

(一)乙方向甲方提出增加诊疗项目的申请；

(三)甲方接到乙方申请后应在20个工作日内完成审查过程(不含乙方因资料不齐补报的时间)，如不同意申请，应通知乙方，并说明理由；如同意申请，应同时确定给付标准，及时通知乙方；如甲方超时限未答复视为同意。

第四章药品管理

第二十三条乙方应严格执行本省、自治区、直辖市基本医疗保险用药范围的规定，超出的部分甲方不予支付。

第二十四条乙方应按照急性疾病3天量，慢性疾病7天量，最长不超过24天量的原则给药。

第二十五条乙方应允许参保人员持本医疗机构医生所开处方到定点零售药店外购药品，不得干涉参保人员的购药行为，外购药品的处方应书写规范，使用汉字，字迹工整，并加盖乙方门诊专用章。

第二十六条乙方提供的药品应有小包装，符合基本医疗保险关于剂量的规定。

第二十七条乙方使用本院生产的、并列入当地基本医疗保险用药范围的医院制剂，其费用甲方按照规定给予支付；乙方新

生产的医院制剂如申请进入基本医疗保险用药范围可参照本协议第二十二条的规定办理申报手续。

第二十八条报销范围内同类药品(通用名相同，商品名不同)有若干选择时，在质量标准相同(如符合gmp标准)的情况下，乙方应选择疗效好、价格较低的品种。

第二十九条乙方违反物价政策，所售药品价格高于国家或省级物价部门定价的，差额部分甲方不予支付。

第三十条乙方为参保人员提供的药品中出现假药、劣药时，药品费及因此而发生的相关的医疗费用甲方不予给付，并向药品监督管理部门反映;乙方或其工作人员非法收取药品回扣的，一经查实，甲方应扣除该种药品的全部费用。

第五章费用给付

第三十一条甲乙双方应严格执行统筹地区制定的基本医疗保险费用结算办法的有关规定。

第三十二条乙方应在每月_日前，将参保人员上月费用及清单报甲方，由甲方进行审核。

第三十三条甲方定期对门诊及外购药品处方进行随机抽查，抽查比例不低于处方总量的5%，对违反规定的费用按比例放大后在给付时扣除。

第三十四条参保人员在乙方就诊发生医疗事故的，按照医疗事故管理办法处理，由于医疗事故及后遗症所增加的医疗费用甲方不予支付。

第三十五条参保人员投诉乙方违反规定不合理收费，甲方查实后，乙方应负责退还。

第三十六条甲方查实乙方违反本协议规定虚报费用或医护人员串通参保人员骗取医疗保险基金的，应在偿付时扣除违约金额，并报有关行政部门处理；触犯刑律的，甲方应向司法机关举报。

第三十七条乙方负责收取应由参保人员个人负担的医疗费用，并使用专用收据。

第三十八条实行按病种付费的疾病按统筹地区费用结算的有关规定给付。

第三十九条甲方应在接到乙方费用申报_天内向乙方拨付合理医疗费用的90%，其余10%留作保证金，根据年终考核审定结果最迟于次年_月_日前结清。

第六章争议处理

第四十条本协议执行过程中如发生争议，乙方可按照《中华人民共和国行政复议法》和《中华人民共和国行政诉讼法》的有关规定，向同级劳动保障行政部门申请行政复议或向人民法院提起行政诉讼。

第七章附则

第四十一条本协议有效期自__年_月_日起至__年_月_日止(1年)。

第四十二条协议执行期间，国家法律、法规有调整的，甲乙双方按照新规定修改本协议，如无法达成协议，双方可终止协议；协议执行期间，乙方的注册资金、服务条件、服务内容、法人代表等发生变化时应及时通知甲方。

第四十三条甲乙双方无论以何种理由终止协议，必须提前_日通知对方。

第四十四条协议期满前1个月内，甲乙双方可以续签本协议。

第四十五条本协议未尽事宜，甲乙双方可以换文形式进行补充，效力与本协议相同。

第四十六条本协议一式两份，甲乙双方各执一份，具有同等效力。

甲方：

乙方：

保险经办机构

法人代表：

法人代表：

年月日年月日