

2023年定点零售药店服务协议(实用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。范文书写有哪些要求呢？我们怎样才能写好一篇范文呢？这里我整理了一些优秀的范文，希望对大家有所帮助，下面我们就来了解一下吧。

定点零售药店服务协议篇一

根据《省厅关于进一步做好桶井乡和营盘乡定点帮扶工作的通知》文件精神，我单位高度重视，按照2021年度定点帮扶要求，认真组织学习、深入一线调研、制定工作方案、逐项抓好落实，聚焦桶井乡扎实开展帮扶工作，现将相关情况报告如下：

一是及时传达省厅关于省文化和旅游扶贫暨定点帮扶工作推进会精神，并就贯彻落实相关精神作出安排部署。强调要进一步提高政治站位，高度重视定点帮扶工作，不折不扣做好分解的工作任务。二是深入帮扶点开展调研，详细了解桶井乡脱贫攻坚、文化艺术资源、文旅融合等相关情况，梳理群众需要解决的实事、难事，结合我单位特色和优势制定帮扶工作计划，形成具体帮扶方案。

结合调研情况，依托我单位在桶井乡春晖乡愁苑挂牌的“省乡村文化振兴（桶井）研创基地”，切实推进相关定点帮扶实事：

一是围绕脱贫攻坚感人事迹创作小戏小品。我单位充分发挥艺术创作专业优势，组织编剧骨干前往帮扶点收集素材，与桶井乡扶贫队员以及桶井乡群众广泛开展交流，进行深入访谈。围绕桶井乡脱贫攻坚先进事迹、精彩故事潜心创作讴歌脱贫攻坚感人精神、激发脱贫攻坚正能量的小戏剧本。

二是开展文化扶贫实践课题研究。立足我单位近年来开展应用对策研究的良好基础，组织业务骨干与驻村帮扶队员共同开展重点委托课题《桶井扶贫的实践探索》。通过聚焦桶井乡进行调研、采访、座谈，深度总结提炼桶井乡扶贫的成功经验和模式，针对存在问题，提出推进该乡扶贫的对策建议，为全乡和更大范围决战决胜脱贫攻坚提供参考借鉴，目前该课题研究报告已完成。

三是挖掘梳理桶井乡代表性民族民间文化艺术事象。结合我单位职能优势，抽调精干力量深入桶井乡帮助梳理代表性民族民间文化艺术事象。一方面进行民族民间文化艺术资源摸底，对地方文化艺术工作者、民间文化艺术爱好者进行田野调查方式方法的指导培训，并结合点上调查、深度访谈、交流座谈等形式，深入了解全乡民间故事、民间技艺(刺绣、傩戏)、民间音乐(乌江号子)等文化艺术资源情况。另一方面，展开民族民间文化艺术资源的收集整理。搭建了民间文学、传统音乐(傩戏、花灯、舞蹈等)、传统美术(传统工艺)三个工作组进行民族民间文化艺术资料的收集整理。目前相关资料已进入统稿阶段，后期拟成书出版。

四是指导拍摄桶井乡山水人文专题片。为推动桶井乡山水人文方面的宣传，提升桶井乡的知名度和美誉度，我单位抽调精干力量多次赴该乡指导专题片拍摄。积极协调搭建拍摄团队，帮助撰写拍摄提纲和专题片解说词，组织了新滩、望江亭、乡愁园、土家村寨等处的场景布置、景点拍摄及相关后勤工作。目前该专题片已完成后期剪辑制作，并在桶井乡举办的丰收节进行播放。

以脱贫攻坚为统揽，将扶贫工作和我单位业务及党建工作紧密结合，不断丰富帮扶形式。一是按照上级安排部署，先后派遣两名职工常驻桶井乡开展定点帮扶工作。二是结合党支部“不忘初心、牢记使命”主题教育，前往一线关心慰问扶贫队员，帮助解决困难和问题；深入桶井乡场坝村油家渡组入户慰问“结对帮扶”贫困户，参加“桶井乡脱贫攻坚募捐活

动”等。

定点零售药店服务协议篇二

第一章总则

第一条为加强和规范零售药店医疗保障定点管理，提高医疗保障基金使用效率，更好地保障广大参保人员权益，根据《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》及《中华人民共和国药品管理法》等法律法规，制定本办法。

第二条零售药店医疗保障定点管理应坚持以人民健康为中心，遵循保障基本、公平公正、权责明晰、动态平衡的原则，加强医疗保障精细化管理，发挥零售药店市场活力，为参保人员提供适宜的药品服务。

第三条医疗保障行政部门负责制定零售药店定点管理政策，在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等环节对医疗保障经办机构(以下简称“经办机构”)、定点零售药店进行监督。经办机构负责确定定点零售药店，并与定点零售药店签订医疗保障服务协议(以下简称“医保协议”)，提供经办服务，开展医保协议管理、考核等。定点零售药店应当遵守医疗保障法律、法规、规章及有关政策，按照规定向参保人员提供药品服务。

第二章定点零售药店的确定

第四条统筹地区医疗保障行政部门根据公众健康需求、管理服务需要、医疗保障基金收支、参保人员用药需求等确定本统筹地区定点零售药店的资源配置。

第五条取得药品经营许可证，并同时符合以下条件的零售药店均可申请医疗保障定点：

- (一)在注册地址正式经营至少3个月；
- (二)至少有1名取得执业药师资格证书或具有药学、临床药学、中药学专业技术资格证书的药师，且注册地在该零售药店所在地，药师须签订1年以上劳动合同且在合同期内；
- (三)至少有2名熟悉医疗保障法律法规和相关制度规定的

专(兼)职医保管理人员负责管理医保费用，并签订1年以上劳动合同且在合同期内；

(四)按药品经营质量管理规范要求，开展药品分类分区管理，并对所售药品设立明确的医保用药标识；

(五)具有符合医保协议管理要求的医保药品管理制度、财务管理制度、医保人员管理制度、统计信息管理制度和医保费用结算制度；

(六)具备符合医保协议管理要求的信息系统技术和接口标准，实现与医保信息系统有效对接，为参保人员提供直接联网结算，建立医保药品等基础数据库，按规定使用国家统一医保编码；

(七)符合法律法规和省级及以上医疗保障行政部门规定的其他条件。

第六条零售药店向统筹地区经办机构提出医疗保障定点申请，至少提供以下材料：

(一)定点零售药店申请表；

(二)药品经营许可证、营业执照和法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证复印件；

(三)执业药师资格证书或药学技术人员相关证书及其劳动合同复印件；

(四)医保专(兼)职管理人员的劳动合同复印件；

(五)与医疗保障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)省级医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。

第七条零售药店提出定点申请，统筹地区经办机构应即时受理。对申请材料内容不全的，经办机构自收到材料之日起5个工作日内一次性告知零售药店补充。

第八条统筹地区经办机构应组织评估小组或委托符合规定的第三方机构，以书面、现场等形式开展评估。评估小组成员由医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等专业人员构成。自受理申请材料之日起，评估时间不超过3个月，零售药店补充材料时间不计入评估期限。评估内容包括：

(一)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；

(二) 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；

(三) 核查医保专(兼)职管理人员的劳动合同；

(四) 核查与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度；

(五) 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；

(六) 核查医保药品标识。

评估结果包括合格和不合格。统筹地区经办机构应将评估结果报同级医疗保障行政部门备案。对于评估合格的，纳入拟签订医保协议的零售药店名单向社会公示。对于评估不合格的应告知其理由，提出整改建议。自结果告知送达之日起，整改3个月后可再次组织评估，评估仍不合格的，1年内不得再次申请。

省级医疗保障行政部门可以在本办法基础上，根据实际情况，制定具体评估细则。

第九条统筹地区经办机构与评估合格的零售药店协商谈判，达成一致的，双方自愿签订医保协议。原则上由地市级及以上的统筹地区经办机构与零售药店签订医保协议并向同级医疗保障行政部门备案。医保协议应明确双方的权利、义务和责任。签订医保协议的双方应当严格执行医保协议约定。医保协议期限一般为1年。

第十条统筹地区经办机构向社会公布签订医保协议的定点零售药店信息，包括名称、地址等，供参保人员选择。

第十一条零售药店有下列情形之一的，不予受理定点申请：

(一) 未依法履行行政处罚责任的；

(二) 以弄虚作假等不正当手段申请定点，自发现之日起未满3年的；

(三) 因违法违规被解除医保协议未满3年或已满3年但未完全履行行政处罚法律责任的；

(四) 因严重违反医保协议约定而被解除医保协议未满1年或已满1年但未完全履行违约责任的；

(五) 法定代表人、企业负责人或实际控制人曾因严重违法违规导致原定点零售药店被解除医保协议，未满5年的；

(六)法定代表人、企业负责人或实际控制人被列入失信人名单的；

(七)法律法规规定的其他不予受理的情形。

第三章 定点零售药店运行管理

第十二条 定点零售药店具有为参保人员提供药品服务后获得医保结算费用，对经办机构履约情况进行监督，对完善医疗保障政策提出意见建议等权利。

第十三条 定点零售药店应当为参保人员提供药品咨询、用药安全、医保药品销售、医保费用结算等服务。符合规定条件的定点零售药店可以申请纳入门诊慢性病、特殊病购药定点机构，相关规定由统筹地区医疗保障部门另行制定。

经办机构不予支付的费用、定点零售药店按医保协议约定被扣除的质量保证金及其支付的违约金等，定点零售药店不得作为医保欠费处理。

第十四条 定点零售药店应当严格执行医保支付政策。鼓励在医疗保障行政部门规定的平台上采购药品，并真实记录“进、销、存”情况。

第十五条 定点零售药店要按照公平、合理、诚实信用和质价相符的原则制定价格，遵守医疗保障行政部门制定的药品价格政策。

第十六条 定点零售药店应当凭处方销售医保目录内处方药，药师应当对方进行审核、签字后调剂配发药品。外配处方必须由定点医疗机构医师开具，有医师签章。定点零售药店可凭定点医疗机构开具的电子外配处方销售药品。

第十七条 定点零售药店应当组织医保管理人员参加由医疗保障行政部门或经办机构组织的宣传和培训。

定点零售药店应当组织开展医疗保障基金相关制度、政策的培训，定期检查本单位医疗保障基金使用情况，及时纠正医疗保障基金使用不规范的行为。

第十八条 定点零售药店在显著位置悬挂统一格式的定点零售药店标识。

第十九条 定点零售药店应按要求及时如实向统筹地区经办机构上传参保人员购买药品的品种、规格、价格及费用信息，定期向经办机构上报医保目录内药品的“进、销、存”数据，

并对其真实性负责。

第二十条定点零售药店应当配合经办机构开展医保费用审核、稽核检查、绩效考核等工作，接受医疗保障行政部门的监督检查，并按规定提供相关材料。

第二十一条定点零售药店提供药品服务时应核对参保人员有效身份凭证，做到人证相符。特殊情况下为他人代购药品的应出示本人和被代购人身份证。为参保人员提供医保药品费用直接结算单据和相关资料，参保人员或购药人应在购药清单上签字确认。凭外配处方购药的，应核验处方使用人与参保人员身份是否一致。

第二十二条定点零售药店应将参保人员医保目录内药品外配处方、购药清单等保存2年，以备医疗保障部门核查。

第二十三条定点零售药店应做好与医保有关的信息系统安全保障工作，遵守数据安全有关制度，保护参保人员隐私。定点零售药店重新安装信息系统时，应当保持信息系统技术接口标准与医保信息系统有效对接，并按规定及时全面准确向医保信息系统传送医保结算和审核所需的有关数据。

第四章 经办管理服务

第二十四条经办机构有权掌握定点零售药店的运行管理情况，从定点零售药店获得医保费用稽查审核、绩效考核和财务记账等所需要的信息数据等资料。

第二十五条经办机构应当完善定点申请、组织评估、协议签订、协议履行、协议变更和解除等流程管理，制定经办规程，为定点零售药店和参保人员提供优质高效的经办服务。

第二十六条经办机构应做好对定点零售药店医疗保障政策、管理制度、支付政策、操作流程的宣传培训，提供医疗保障咨询、查询服务。

第二十七条经办机构应当落实医保支付政策，加强医疗保障基金管理。

第二十八条经办机构应当建立完善的内部控制制度，明确对定点零售药店医保费用的审核、结算、拨付、稽核等岗位责任及风险防控机制。完善重大医保药品费用支出集体决策制度。

第二十九条经办机构应当加强医疗保障基金支出管理，通过

智能审核、实时监控、现场检查等方式及时审核医保药品费用。对定点零售药店进行定期和不定期稽查审核，按医保协议约定及时足额向定点零售药店拨付医保费用。原则上，应当在定点零售药店申报后30个工作日内拨付符合规定的医保费用。

第三十条定点零售药店经审查核实的违规医保费用，经办机构不予支付。

第三十一条经办机构应当依法依规支付参保人员在定点零售药店发生的药品费用。

参保人员应凭本人参保有效身份凭证在定点零售药店购药。不得出租(借)本人有效身份凭证给他人，不得套取医疗保障基金。在非定点零售药店发生的药品费用，医疗保障基金不予支付。

第三十二条经办机构向社会公开医保信息系统数据集和接口标准。定点零售药店自主选择与医保对接的有关信息系统的运行和维护供应商。经办机构不得以任何名义收取任何费用及指定供应商。

第三十三条经办机构应遵守数据安全有关制度，保护参保人员隐私，确保医疗保障基金安全。

第三十四条经办机构或其委托的第三方机构，对定点零售药店开展绩效考核，建立动态管理机制。考核结果与年终清算、质量保证金退还、医保协议续签等挂钩。绩效考核办法由国家医疗保障部门制定，省级医疗保障部门可制定具体考核细则，经办机构负责组织实施。

第三十五条经办机构发现定点零售药店存在违反医保协议约定情形的，可按医保协议约定相应采取以下处理方式：

- (一)约谈法定代表人、主要负责人或实际控制人；
- (二)暂停结算、不予支付或追回已支付的医保费用；
- (三)要求定点零售药店按照医保协议约定支付违约金；
- (四)中止或解除医保协议。

第三十六条经办机构违反医保协议的，定点零售药店有权要求纠正或者提请医疗保障行政部门协调处理、督促整改，也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

医疗保障行政部门发现经办机构存在违反医保协议约定的，

可视情节相应采取以下处理方式：约谈主要负责人、限期整改、通报批评，对相关责任人员依法依规给予处分。

医疗保障行政部门发现经办机构违反相关法律法规和规章的，依法依规进行处理。

第五章 定点零售药店的动态管理

第三十七条 定点零售药店的名称、法定代表人、企业负责人、实际控制人、注册地址和药品经营范围等重要信息发生变更的，应自有关部门批准之日起30个工作日内向统筹地区经办机构提出变更申请，其他一般信息变更应及时书面告知。

第三十八条 续签应由定点零售药店于医保协议期满前3个月向经办机构提出申请或由经办机构统一组织。统筹地区经办机构和定点零售药店就医保协议续签事宜进行协商谈判，双方根据医保协议履行情况和绩效考核情况等决定是否续签。协商一致的，可续签医保协议；未达成一致的，医保协议解除。

第三十九条 医保协议中止是指经办机构与定点零售药店暂停履行医保协议约定，中止期间发生的医保费用不予结算。中止期结束，未超过医保协议有效期的，医保协议可继续履行；超过医保协议有效期的，医保协议终止。

定点零售药店可提出中止医保协议申请，经经办机构同意，可以中止医保协议但中止时间原则上不得超过180日，定点零售药店在医保协议中止超过180日仍未提出继续履行医保协议申请的，原则上医保协议自动终止。定点零售药店有下列情形之一的，经办机构应中止医保协议：

(一) 根据日常检查和绩效考核，发现对医疗保障基金安全和参保人员权益可能造成重大风险的；

(二) 未按规定向医疗保障行政部门及经办机构提供有关数据或提供数据不真实的；

(三) 根据医保协议约定应当中止医保协议的；

(四) 法律法规和规章规定的应当中止的其他情形。

第四十条 医保协议解除是指经办机构与定点零售药店之间的医保协议解除，协议关系不再存续，医保协议解除后产生的医药费用，医疗保障基金不再结算。定点零售药店有下列情形之一的，经办机构应解除医保协议，并向社会公布解除医保协议的零售药店名单：

- (一) 医保协议有效期内累计2次及以上被中止医保协议或中止医保协议期间未按要求整改或整改不到位的；
- (二) 发生重大药品质量安全事件的；
- (三) 以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的；
- (四) 以伪造、变造医保药品“进、销、存”票据和账目、伪造处方或参保人员费用清单等方式，骗取医疗保障基金的；
- (五) 将非医保药品或其他商品串换成医保药品，倒卖医保药品或套取医疗保障基金的；
- (六) 为非定点零售药店、中止医保协议期间的定点零售药店或其他机构进行医保费用结算的；
- (七) 将医保结算设备转借或赠与他人，改变使用场地的；
- (八) 拒绝、阻挠或不配合经办机构开展智能审核、绩效考核等，情节恶劣的；
- (九) 被发现重大信息发生变更但未办理变更的；
- (十) 医疗保障行政部门或有关执法机构在行政执法中，发现定点零售药店存在重大违法违规行为且可能造成医疗保障基金重大损失的；
- (十一) 被吊销、注销药品经营许可证或营业执照的；
- (十二) 未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的；
- (十三) 法定代表人、企业负责人或实际控制人不能履行医保协议约定，或有违法失信行为的；
- (十四) 因定点零售药店连锁经营企业总部法定代表人、企业负责人或实际控制人违法违规导致连锁零售药店其中一家分支零售药店被解除医保协议的，相同法定代表人、企业负责人或实际控制人的其他分支零售药店同时解除医保协议；
- (十五) 定点零售药店主动提出解除医保协议且经经办机构同意的；
- (十六) 根据医保协议约定应当解除协议的；
- (十七) 法律法规和规章规定的其他应当解除的情形。

第四十一条 定点零售药店主动提出中止医保协议、解除医保协议或不再续签的，应提前3个月向经办机构提出申请。地市级及以上的统筹地区经办机构与定点零售药店中止或解除医保协议，该零售药店在其他统筹区的医保协议也同时中止或解除。

第四十二条定点零售药店与统筹地区经办机构就医保协议签订、履行、变更和解除发生争议的，可以自行协商解决或者请求同级医疗保障行政部门协调处理，也可提起行政复议或行政诉讼。

第六章定点零售药店的监督

第四十三条医疗保障行政部门对定点申请、申请受理、专业评估、协议订立、协议履行和解除等进行监督，对经办机构的内部控制制度建设、医保费用的审核和拨付等进行指导和监督。

医疗保障行政部门依法依规通过实地检查、抽查、智能监控、大数据分析等方式对定点零售药店的医保协议履行情况、医疗保障基金使用情况、药品服务等进行监督。

第四十四条医疗保障行政部门和经办机构应拓宽监督途径、创新监督方式，通过满意度调查、第三方评价、聘请社会监督员等方式对定点零售药店进行社会监督，畅通举报投诉渠道，及时发现问题并进行处理。

第四十五条医疗保障行政部门发现定点零售药店存在违约情形的，应当及时责令经办机构按照医保协议处理。定点零售药店违反法律法规规定的，依法依规处理。

第四十六条经办机构发现违约行为，应当及时按照医保协议处理。

经办机构作出中止或解除医保协议处理时，要及时报告同级医疗保障行政部门。

医疗保障行政部门发现定点零售药店存在违约情形的，应当及时责令经办机构按照医保协议处理，经办机构应当及时按照协议处理。

医疗保障行政部门依法查处违法违规行为时，认为经办机构移交相关违法线索事实不清的，可组织补充调查或要求经办机构补充材料。

第七章附则

第四十七条职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、生育保险、医疗救助、居民大病保险等医疗保障定点管理工作按照本办法执行。

第四十八条本办法中的经办机构是具有法定授权，实施医疗

保障管理服务的职能机构，是医疗保障经办的主体。
零售药店是符合《中华人民共和国药品管理法》规定，领取药品经营许可证的药品零售企业。
定点零售药店是指自愿与统筹地区经办机构签订医保协议，为参保人员提供药品服务的实体零售药店。
医保协议是指由经办机构与零售药店经协商谈判而签订的，用于规范双方权利、义务及责任等内容的协议。
第四十九条国务院医疗保障行政部门制作并定期修订医保协议范本，国家医疗保障经办机构制定经办规程并指导各地加强和完善协议管理。地市级及以上的医疗保障行政部门及经办机构在此基础上，可根据实际情况分别细化制定本地区的协议范本及经办规程。协议内容应根据法律、法规、规章和医疗保障政策调整变化相一致，医疗保障行政部门予以调整医保协议内容时，应征求相关定点零售药店意见。
第五十条本办法由国务院医疗保障行政部门负责解释，自2021年2月1日起施行。

定点零售药店服务协议篇三

甲方(送修方):

乙方(承修方):

一、为规范机动车辆维修工作，经甲乙双方友好协商，依据《中华人民共和国合同法》及相关法律法规订立本协议，以便共同遵守。

二、甲方责任及义务

1、甲方选定乙方作为其所选车辆的定点维修单位。

2、甲方车辆需在乙方维修时，凭甲方公司授权人签字或盖章的“维修单”（授权人如有变化，请立即通知乙方进行更改并备案）。准确向乙方申报维修项目，积极配合乙方对送修车辆进

行检测。

3、按照国家交通部制订的汽车维修保养周期，定期到乙方进行检测。

4、定点车辆驾驶员应正常操作规范驾驶，行驶中发现异常，如水温高和油警告灯亮等，应立即停车，通知乙方处理。

5、接受乙方定期质量跟踪回访。

三、乙方责任及义务

1、为甲方车辆建立详细的车辆档案及维修档案。

2、为甲方的维修车辆提供原厂配件，保证所有零配件是符合国家标准。在不影响行驶安全的情况下，经甲方同意，乙方可以使用原厂之外其它专业厂家生产的配件或拆车件。

3、对送修车辆应保证质量，按时完工，在维修过程中如发现其它故障需增加维修项目而延长维修期限时，应及时通知甲方，征得甲方同意后方可作业。

4、守法经营，按章办事，遵循诚实守信原则，认真做好车辆维修任务，杜绝不良行为、维护甲方的权益。

5、甲方车辆在市区内抛锚，乙方必须及时派人作急诊流动服务及道路救援等服务。

6、乙方提供上门接送报修车服务。

四、甲方的权利

1、甲方有权对乙方的生产情况进行监督。

2、对竣工车辆，甲方如发现不合格，有权要求乙方无偿及

时返工。

五、乙方的权利

- 1、乙方有权拒绝甲方提出的除维修服务及乙方承诺外的其他要求。
- 2、如因甲方拖欠维修费而造成的维修项目不按时完工，其责任由甲方负责。

六、服务范围

车辆大修、各级维护、小修、中修、车辆年检和其他有关汽车维修的服务项目及交通事故车辆维修。

七、送修手续

1送修车辆时，甲方经办人必须按照要求填写“车辆维修申请单”（以下简称“维修单”）。维修单上应填写清楚送修车辆的型号、车辆牌照号、累计行驶里程、维修项目，经甲方经办人签字后交乙方，乙方凭此单确认项目的接修。

2乙方在维修过程中发现其他（维修计划以外）的故障，必须及时将情况反映给甲方，在取得甲方同意后方可继续修理。

3对甲方车辆乙方应以修复为主，能不更换的零部件尽量不予更换，确实不能修复或修复不经济的零部件，在征得甲方同意后方可更换。

八、维修费用

1维修费用应包括：工时费、材料费和税金。

2工时费包括小修、大修项目收取工时费的标准。

3材料费即材料价格，在乙方开具的正式维修发票中须单独列出。

九、竣工车辆交接手续

1乙方维修车辆结束后，须填写“车辆维修结算单”（以下简称“结算清单”），认真填写车辆维修的具体部位和消耗的材料、部件、计价情况、工时费及质量保证期，交甲方经办人审核签字。此单多联复写备查。

2甲方应仔细检查竣工车辆，如维修结果符合送修要求、维修费计算合理，甲方经办人应在“结算清单”上签字认可；如果修理结果不符合送修要求、维修费用计算不合理，或发现使用不符合要求的配件材料，甲方应以书面形式向乙方提出存在的问题，如乙方不能给予令人信服的答复，甲方可报请法定检验机构进行检验。

3修车更换下来的旧件应退还甲方。

4乙方在向甲方交接竣工车辆时，应将“结算清单”联和维修竣工出厂合格证明一同交甲方。

十、结算方式

1本合同以人民币结算。

2乙方凭下列单据与甲方直接结算：

(1) 正式发票；

(2) 有甲方验收人员签章的“结算清单”。

13付款。

13.1、每月30日为当月截止日期，乙方应于次月5日前将全部

结算清单(并打印总报表)和汽车维修专用发票交由甲方经办人核对后签名, 后由甲方财务部门审核后办理付款手续。

13.2或者经双方协商金额达到一定数额后统一开发票经甲方经办人核对后签名, 后由甲方财务部门审核后办理付款手续。

十一、质量保证

1在甲、乙双方约定的质量保证里程和时间内, 因维修质量造成的机械事故和经济损失, 由乙方全部负责。

2乙方应对维修合格出厂的车辆提供质量保证。

3乙方应保证维修所用材料是未使用过的原厂生产的合格正品(如确需使用付厂产品或旧拆车件的, 须经甲方同意后方可使用), 并完全符合合同规定的质量和性能的要求。乙方应保证使用的配件材料在正确安装、正常使用和保养条件下, 在其使用寿命期内具有满意的性能。维修车辆移交甲方后, 在质量保证期内, 乙方应对由于维修技术、工艺或配件材料的缺陷以及其他由于乙方的原因而发生的任何不足或故障负责, 费用由乙方负担。根据法定检验机构的检验结果或在质量保证期内, 如果证明维修是有缺陷的, 包括潜在的缺陷或使用不符合要求的配件材料等, 甲方将以书面形式向乙方提出本保证下的索赔。

4如果乙方在收到索赔通知后, 在合同中所附服务承诺约定的时间内没有采取措施, 甲方可采取必要的补救措施, 但风险和费用将由乙方承担。

十二、索赔

1甲方有权根据法定检验机构出具的车辆维修质量检验报告向乙方提出索赔。2在合同规定的质量保证期内, 如果乙方对甲方提出的索赔负有责任, 乙方应按照甲方同意的下列任一种

或多种方式解决索赔事宜：

(1) 乙方同意免收该次维修的维修费用，并承担由此发生的一些损失和费用。

(2) 乙方必须用符合合同规定的规格、质量和性能要求的全新的原装合格品免费予以更换。同时，乙方应按合同规定，对修补或更换件相应延长质量保证期。

(3) 质量保证期内，车辆如发生故障时，甲方车辆驾驶员应及时进行补救，避免损失扩大，如未采取措施，乙方可以仅对初步损失进行赔偿。

3如果在甲方发出索赔通知后5天内，乙方未作答复，上述索赔应视为已被乙方接受。如乙方未能在甲方发出索赔通知后10天内，按照合同规定的任何一种方法解决索赔事宜，甲方将从乙方的履约保证金中扣回索赔金额(不足部分乙方需用现金补足)或用法律手段解决索赔事宜。

十四、争议解决

1在本合同执行过程中，甲方将定期或不定期对乙方执行合同的情况进行检查，如有下列情况发生，甲方可向乙方发出终止合同的书面通知书：

(1) 经乙方维修出厂的车辆存在质量问题达5次的；

(2) 未经甲方同意，乙方将送修车辆交由其他维修厂家修理的；

(3) 未经甲方同意，乙方擅自使用非原厂生产的零部件用于送修车辆的；

(4) 无论在任何情况下，乙方以旧件换取送修车辆零部件的；

(5)因乙方维修质量问题，导致送修车辆出现事故造成重大损失的；

2乙方在任何情况下都不得向甲方经办人提供任何形式的回扣，一经发现，甲方可立即全面终止合同，同时提请有关部门追究有关当事人的责任。

3甲方未按规定与乙方结算的，乙方有权单方面终止合同，并向甲方追究经济赔偿。

十九、. 合同的有效期

本合同的有效期为自年月日至年月日。

二十、 合同生效及其他

1合同应在甲乙双方代表签字并加盖公章后生效。

2本合同一式四份，甲乙双方各执二份。

3如需修改或补充合同内容，应经甲方、乙方协商，共同签署书面修改或补充协议。该协议将作为本合同不可分割的一部分。

4除甲方事先书面同意外，乙方不得部分转让或全部转让其应履行的合同义务。甲方(单位盖章)： 乙方(单位盖章)：

代表人： _____ 代表人： _____

地址： _____ 开户银行： _____

邮编： _____ 帐号： _____

_____年____月____日_____年____月____日

定点零售药店服务协议篇四

第一条 为加强和规范零售药店医疗保障定点管理，提高医疗保障基金使用效率，更好地保障广大参保人员权益，根据《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》及《中华人民共和国药品管理法》等法律法规，制定本办法。

第二条 零售药店医疗保障定点管理应坚持以人民健康为中心，遵循保障基本、公平公正、权责明晰、动态平衡的原则，加强医疗保障精细化管理，发挥零售药店市场活力，为参保人员提供适宜的药品服务。

第三条 医疗保障行政部门负责制定零售药店定点管理政策，在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等环节对医疗保障经办机构(以下简称“经办机构”)、定点零售药店进行监督。经办机构负责确定定点零售药店，并与定点零售药店签订医疗保障服务协议(以下简称“医保协议”)，提供经办服务，开展医保协议管理、考核等。定点零售药店应当遵守医疗保障法律、法规、规章及有关政策，按照规定向参保人员提供药品服务。

第二章 定点零售药店的确定

第四条 统筹地区医疗保障行政部门根据公众健康需求、管理服务需要、医疗保障基金收支、参保人员用药需求等确定本统筹地区定点零售药店的资源配置。

第五条 取得药品经营许可证，并同时符合以下条件的零售药店均可申请医疗保障定点：

(一) 在注册地址正式经营至少3个月；

(七) 符合法律法规和省级及以上医疗保障行政部门规定的其

他条件。

第六条 零售药店向统筹地区经办机构提出医疗保障定点申请，至少提供以下材料：

(一) 定点零售药店申请表；

(二) 药品经营许可证、营业执照和法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证复印件；

(三) 执业药师资格证书或药学技术人员相关证书及其劳动合同复印件；

(四) 医保专(兼)职管理人员的劳动合同复印件；

(五) 与医疗保障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) 省级医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。

第七条 零售药店提出定点申请，统筹地区经办机构应即时受理。对申请材料内容不全的，经办机构自收到材料之日起5个工作日内一次性告知零售药店补充。

第八条 统筹地区经办机构应组织评估小组或委托符合规定的第三方机构，以书面、现场等形式开展评估。评估小组成员由医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等专业人员构成。自受理申请材料之日起，评估时间不超过3个月，零售药店补充材料时间不计入评估期限。评估内容包括：

(一) 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；

(二) 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；

(三) 核查医保专(兼)职管理人员的劳动合同；

(四) 核查与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度；

(五) 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；

(六) 核查医保药品标识。

评估结果包括合格和不合格。统筹地区经办机构应将评估结果报同级医疗保障行政部门备案。对于评估合格的，纳入拟签订医保协议的零售药店名单向社会公示。对于评估不合格的应告知其理由，提出整改建议。自结果告知送达之日起，整改3个月后可再次组织评估，评估仍不合格的，1年内不得再次申请。

省级医疗保障行政部门可以在本办法基础上，根据实际情况，制定具体评估细则。

第九条 统筹地区经办机构与评估合格的零售药店协商谈判，达成一致的，双方自愿签订医保协议。原则上由地市级及以上的统筹地区经办机构与零售药店签订医保协议并向同级医疗保障行政部门备案。医保协议应明确双方的权利、义务和责任。签订医保协议的双方应当严格执行医保协议约定。医保协议期限一般为1年。

第十条 统筹地区经办机构向社会公布签订医保协议的定点零售药店信息，包括名称、地址等，供参保人员选择。

第十一条 零售药店有下列情形之一的，不予受理定点申请：

(一) 未依法履行行政处罚责任的；

(二) 以弄虚作假等不正当手段申请定点，自发现之日起未满3年的；

(三) 因违法违规被解除医保协议未满3年或已满3年但未完全履行行政处罚法律责任的；

(六) 法定代表人、企业负责人或实际控制人被列入失信人名单的；

(七) 法律法规规定的其他不予受理的情形。

第三章 定点零售药店运行管理

第十二条 定点零售药店具有为参保人员提供药品服务后获得医保结算费用，对经办机构履约情况进行监督，对完善医疗保障政策提出意见建议等权利。

第十三条 定点零售药店应当为参保人员提供药品咨询、用药安全、医保药品销售、医保费用结算等服务。符合规定条件的定点零售药店可以申请纳入门诊慢性病、特殊病购药定点机构，相关规定由统筹地区医疗保障部门另行制定。

经办机构不予支付的费用、定点零售药店按医保协议约定被扣除的质量保证金及其支付的违约金等，定点零售药店不得作为医保欠费处理。

第十四条 定点零售药店应当严格执行医保支付政策。鼓励在医疗保障行政部门规定的平台上采购药品，并真实记录“进、销、存”情况。

第十五条 定点零售药店要按照公平、合理、诚实信用和质价相符的原则制定价格，遵守医疗保障行政部门制定的药品价

格政策。

第十六条 定点零售药店应当凭处方销售医保目录内处方药，药师应当对处方进行审核、签字后调剂配发药品。外配处方必须由定点医疗机构医师开具，有医师签章。定点零售药店可凭定点医疗机构开具的电子外配处方销售药品。

第十七条 定点零售药店应当组织医保管理人员参加由医疗保障行政部门或经办机构组织的宣传和培训。

定点零售药店应当组织开展医疗保障基金相关制度、政策的培训，定期检查本单位医疗保障基金使用情况，及时纠正医疗保障基金使用不规范的行为。

第十八条 定点零售药店在显著位置悬挂统一格式的定点零售药店标识。

第十九条 定点零售药店应按要求及时如实向统筹地区经办机构上传参保人员购买药品的品种、规格、价格及费用信息，定期向经办机构上报医保目录内药品的“进、销、存”数据，并对其真实性负责。

第二十条 定点零售药店应当配合经办机构开展医保费用审核、稽核检查、绩效考核等工作，接受医疗保障行政部门的监督检查，并按规定提供相关材料。

第二十一条 定点零售药店提供药品服务时应核对参保人员有效身份凭证，做到人证相符。特殊情况下为他人代购药品的应出示本人和被代购人身份证。为参保人员提供医保药品费用直接结算单据和相关资料，参保人员或购药人应在购药清单上签字确认。凭外配处方购药的，应核验处方使用人与参保人员身份是否一致。

第二十二条 定点零售药店应将参保人员医保目录内药品外配

处方、购药清单等保存2年，以备医疗保障部门核查。

第二十三条 定点零售药店应做好与医保有关的信息系统安全保障工作，遵守数据安全有关制度，保护参保人员隐私。定点零售药店重新安装信息系统时，应当保持信息系统技术接口标准与医保信息系统有效对接，并按规定及时全面准确向医保信息系统传送医保结算和审核所需的有关数据。

第四章 经办管理服务

第二十四条 经办机构有权掌握定点零售药店的运行管理情况，从定点零售药店获得医保费用稽查审核、绩效考核和财务记账等所需要的信息数据等资料。

第二十五条 经办机构应当完善定点申请、组织评估、协议签订、协议履行、协议变更和解除等流程管理，制定经办规程，为定点零售药店和参保人员提供优质高效的经办服务。

第二十六条 经办机构应做好对定点零售药店医疗保障政策、管理制度、支付政策、操作流程的宣传培训，提供医疗保障咨询、查询服务。

第二十七条 经办机构应当落实医保支付政策，加强医疗保障基金管理。

第二十八条 经办机构应当建立完善的内部控制制度，明确对定点零售药店医保费用的审核、结算、拨付、稽核等岗位职责及风险防控机制。完善重大医保药品费用支出集体决策制度。

第二十九条 经办机构应当加强医疗保障基金支出管理，通过智能审核、实时监控、现场检查等方式及时审核医保药品费用。对定点零售药店进行定期和不定期稽查审核，按医保协议约定及时足额向定点零售药店拨付医保费用。原则上，应

当在定点零售药店申报后30个工作日内拨付符合规定的医保费用。

第三十条 定点零售药店经审查核实的违规医保费用，经办机构不予支付。

第三十一条 经办机构应当依法依规支付参保人员在定点零售药店发生的药品费用。

参保人员应凭本人参保有效身份凭证在定点零售药店购药。不得出租(借)本人有效身份凭证给他人，不得套取医疗保障基金。在非定点零售药店发生的药品费用，医疗保障基金不予支付。

第三十二条 经办机构向社会公开医保信息系统数据集和接口标准。定点零售药店自主选择与医保对接的有关信息系统的运行和维护供应商。经办机构不得以任何名义收取任何费用及指定供应商。

第三十三条 经办机构应遵守数据安全有关制度，保护参保人员隐私，确保医疗保障基金安全。

第三十四条 经办机构或其委托的第三方机构，对定点零售药店开展绩效考核，建立动态管理机制。考核结果与年终清算、质量保证金退还、医保协议续签等挂钩。绩效考核办法由国家医疗保障部门制定，省级医疗保障部门可制定具体考核细则，经办机构负责组织实施。

第三十五条 经办机构发现定点零售药店存在违反医保协议约定情形的，可按医保协议约定相应采取以下处理方式：

(一)约谈法定代表人、主要负责人或实际控制人；

(二)暂停结算、不予支付或追回已支付的医保费用；

(三) 要求定点零售药店按照医保协议约定支付违约金；

(四) 中止或解除医保协议。

第三十六条 经办机构违反医保协议的，定点零售药店有权要求纠正或者提请医疗保障行政部门协调处理、督促整改，也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

医疗保障行政部门发现经办机构存在违反医保协议约定的，可视情节相应采取以下处理方式：约谈主要负责人、限期整改、通报批评，对相关责任人员依法依规给予处分。

医疗保障行政部门发现经办机构违反相关法律法规和规章的，依法依规进行处理。

第五章 定点零售药店的动态管理

第三十七条 定点零售药店的名称、法定代表人、企业负责人、实际控制人、注册地址和药品经营范围等重要信息发生变更的，应自有关部门批准之日起30个工作日内向统筹地区经办机构提出变更申请，其他一般信息变更应及时书面告知。

第三十八条 续签应由定点零售药店于医保协议期满前3个月向经办机构提出申请或由经办机构统一组织。统筹地区经办机构和定点零售药店就医保协议续签事宜进行协商谈判，双方根据医保协议履行情况和绩效考核情况等决定是否续签。协商一致的，可续签医保协议；未达成一致的，医保协议解除。

第三十九条 医保协议中止是指经办机构与定点零售药店暂停履行医保协议约定，中止期间发生的医保费用不予结算。中止期结束，未超过医保协议有效期的，医保协议可继续履行；超过医保协议有效期的，医保协议终止。

定点零售药店可提出中止医保协议申请，经经办机构同意，

可以中止医保协议但中止时间原则上不得超过180日，定点零售药店在医保协议中止超过180日仍未提出继续履行医保协议申请的，原则上医保协议自动终止。定点零售药店有下列情形之一的，经办机构应中止医保协议：

(二)未按规定向医疗保障行政部门及经办机构提供有关数据或提供数据不真实的；

(三)根据医保协议约定应当中止医保协议的；

(四)法律法规和规章规定的应当中止的其他情形。

第四十条 医保协议解除是指经办机构与定点零售药店之间的医保协议解除，协议关系不再存续，医保协议解除后产生的医药费用，医疗保障基金不再结算。定点零售药店有下列情形之一的，经办机构应解除医保协议，并向社会公布解除医保协议的零售药店名单：

(二)发生重大药品质量安全事件的；

(三)以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的；

(五)将非医保药品或其他商品串换成医保药品，倒卖医保药品或套取医疗保障基金的；

(七)将医保结算设备转借或赠与他人，改变使用场地的；

(八)拒绝、阻挠或不配合经办机构开展智能审核、绩效考核等，情节恶劣的；

(九)被发现重大信息发生变更但未办理变更的；

(十一)被吊销、注销药品经营许可证或营业执照的；

(十二)未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的；

(十五) 定点零售药店主动提出解除医保协议且经经办机构同意的;

(十六) 根据医保协议约定应当解除协议的;

(十七) 法律法规和规章规定的其他应当解除的情形。

第四十一条 定点零售药店主动提出中止医保协议、解除医保协议或不再续签的，应提前3个月向经办机构提出申请。地市级及以上的统筹地区经办机构与定点零售药店中止或解除医保协议，该零售药店在其他统筹区的医保协议也同时中止或解除。

第四十二条 定点零售药店与统筹地区经办机构就医保协议签订、履行、变更和解除发生争议的，可以自行协商解决或者请求同级医疗保障行政部门协调处理，也可提起行政复议或行政诉讼。

第六章 定点零售药店的监督

第四十三条 医疗保障行政部门对定点申请、申请受理、专业评估、协议订立、协议履行和解除等进行监督，对经办机构的内部控制制度建设、医保费用的审核和拨付等进行指导和监督。

医疗保障行政部门依法依规通过实地检查、抽查、智能监控、大数据分析等方式对定点零售药店的医保协议履行情况、医疗保障基金使用情况、药品服务等进行监督。

第四十四条 医疗保障行政部门和经办机构应拓宽监督途径、创新监督方式，通过满意度调查、第三方评价、聘请社会监督员等方式对定点零售药店进行社会监督，畅通举报投诉渠道，及时发现问题并进行处理。

第四十五条 医疗保障行政部门发现定点零售药店存在违约情形的，应当及时责令经办机构按照医保协议处理。定点零售药店违反法律法规规定的，依法依规处理。

第四十六条 经办机构发现违约行为，应当及时按照医保协议处理。

经办机构作出中止或解除医保协议处理时，要及时报告同级医疗保障行政部门。

医疗保障行政部门发现定点零售药店存在违约情形的，应当及时责令经办机构按照医保协议处理，经办机构应当及时按照协议处理。

医疗保障行政部门依法查处违法违规行为时，认为经办机构移交相关违法线索事实不清的，可组织补充调查或要求经办机构补充材料。

第七章 附 则

第四十七条 职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、生育保险、医疗救助、居民大病保险等医疗保障定点管理工作按照本办法执行。

第四十八条 本办法中的经办机构是具有法定授权，实施医疗保障管理服务的职能机构，是医疗保障经办的主体。

零售药店是符合《中华人民共和国药品管理法》规定，领取药品经营许可证的药品零售企业。

定点零售药店是指自愿与统筹地区经办机构签订医保协议，为参保人员提供药品服务的实体零售药店。

医保协议是指由经办机构与零售药店经协商谈判而签订的，

用于规范双方权利、义务及责任等内容的协议。

第四十九条 国务院医疗保障行政部门制作并定期修订医保协议范本，国家医疗保障经办机构制定经办规程并指导各地加强和完善协议管理。地市级及以上的医疗保障行政部门及经办机构在此基础上，可根据实际情况分别细化制定本地区的协议范本及经办规程。协议内容应根据法律、法规、规章和医疗保障政策调整变化相一致，医疗保障行政部门予以调整医保协议内容时，应征求相关定点零售药店意见。

第五十条 本办法由国务院医疗保障行政部门负责解释，自2021年2月1日起施行。

定点零售药店服务协议篇五

第一条 为加强和规范医疗机构医疗保障定点管理，提高医疗保障基金使用效率，更好地保障广大参保人员权益，根据《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》及《医疗机构管理条例》等法律法规，制定本办法。

第二条 医疗机构医疗保障定点管理应坚持以人民健康为中心，遵循保障基本、公平公正、权责明晰、动态平衡的原则，加强医保精细化管理，促进医疗机构供给侧改革，为参保人员提供适宜的医疗服务。

第三条 医疗保障行政部门负责制定医疗机构定点管理政策，在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等环节对医疗保障经办机构（以下简称“经办机构”）、定点医疗机构进行监督。经办机构负责确定定点医疗机构，并与定点医疗机构签订医疗保障服务协议（以下简称“医保协议”），提供经办服务，开展医保协议管理、考核等。定点医疗机构应当遵守医疗保障法律、法规、规章及有关政策，按照规定向参保人员提供医疗服务。

第二章 定点医疗机构的确定

第四条 统筹地区医疗保障行政部门根据公众健康需求、管理服务需要、医保基金收支、区域卫生规划、医疗机构设置规划等确定本统筹地区定点医疗服务的资源配置。

第五条 以下取得医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的医疗机构，以及经军队主管部门批准有为民服务资质的军队医疗机构可申请医保定点：

（一）综合医院、中医医院、中西医结合医院、民族医医院、专科医院、康复医院；

（二）专科疾病防治院（所、站）、妇幼保健院；

（四）独立设置的急救中心；

（五）安宁疗护中心、血液透析中心、护理院；

（六）养老机构内设的医疗机构。

互联网医院可依托其实体医疗机构申请签订补充协议，其提供的医疗服务所产生的符合医保支付范围的相关费用，由统筹地区经办机构与其所依托的实体医疗机构按规定进行结算。

第六条 申请医保定点的医疗机构应当同时具备以下基本条件：

（一）正式运营至少3个月；

（六）符合法律法规和省级及以上医疗保障行政部门规定的其他条件。

第七条 医疗机构向统筹地区经办机构提出医保定点申请，至少提供以下材料：

- （一）定点医疗机构申请表；
- （二）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照复印件；
- （三）与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本；
- （四）与医保有关的医疗机构信息系统相关材料；
- （五）纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告□
- （六）省级医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。

第八条 医疗机构提出定点申请，统筹地区经办机构应即时受理。对申请材料内容不全的，经办机构自收到材料之日起5个工作日内一次性告知医疗机构补充。

第九条 统筹地区经办机构应组织评估小组或委托第三方机构，以书面、现场等形式开展评估。评估小组成员由医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等专业人员构成。自受理申请材料之日起，评估时间不超过3个月，医疗机构补充材料时间不计入评估期限。评估内容包括：

- （一）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；
- （二）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；
- （五）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。

评估结果分为合格和不合格。统筹地区经办机构应将评估结

果报同级医疗保障行政部门备案。对于评估合格的，应将其纳入拟签订协议医疗机构名单，并向社会公示。对于评估不合格的，应告知其理由，提出整改建议。自结果告知送达之日起，整改3个月后可再次组织评估，评估仍不合格的，1年内不得再次申请。

省级医疗保障行政部门可以在本办法基础上，根据实际情况，制定具体评估细则。

第十条 统筹地区经办机构与评估合格的医疗机构协商谈判，达成一致的，双方自愿签订医保协议。原则上，由地市级及以上的统筹地区经办机构与医疗机构签订医保协议并向同级医疗保障行政部门备案。医保协议应明确双方权利、义务和责任。签订医保协议的双方应当严格执行协议约定。协议期限一般为1年。

第十一条 统筹地区经办机构应向社会公布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。

第十二条 医疗机构有下列情形之一的，不予受理定点申请：

（一）以医疗美容、辅助生殖、生活照护、种植牙等非基本医疗服务为主要执业范围的；

（二）基本医疗服务未执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策的；

（三）未依法履行行政处罚责任的；

（四）以弄虚作假等不正当手段申请定点，自发现之日起未
满3年的；

（五）因违法违规被解除医保协议未满3年或已满3年但未完

全履行行政处罚法律责任的；

（八）法定代表人、主要负责人或实际控制人被列入失信人名单的；

（九）法律法规规定的其他不予受理的情形。

第三章 定点医疗机构运行管理

第十三条 定点医疗机构具有依法依规为参保人员提供医疗服务后获得医保结算费用，对经办机构履约情况进行监督，对完善医保政策提出意见建议等权利。

第十四条 定点医疗机构应当严格执行医保协议，合理诊疗、合理收费，严格执行医保药品、医用耗材和医疗服务项目等目录，优先配备使用医保目录药品，控制患者自费比例，提高医疗保障基金使用效率。定点医疗机构不得为非定点医疗机构提供医保结算。

经办机构不予支付的费用、定点医疗机构按医保协议约定被扣除的质量保证金及其支付的违约金等，定点医疗机构不得作为医保欠费处理。

第十五条 定点医疗机构及其工作人员应当执行实名就医和购药管理规定，核验参保人员有效身份凭证，按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务，向参保人员如实出具费用单据和相关资料，不得分解住院、挂床住院，不得违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药，不得重复收费、超标准收费、分解项目收费，不得串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施，不得诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药。

定点医疗机构应当确保医疗保障基金支付的费用符合规定的支付范围；除急诊、抢救等特殊情形外，提供医疗保障基金

支付范围以外的医药服务的，应当经参保人员或者其近亲属、监护人同意。

第十六条 定点医疗机构应当制定相应的内部管理措施，严格掌握出入院指征。按照协议执行医保总额预算指标，执行按项目、按病种、按疾病诊断相关分组、按床日、按人头等支付方式。不得以医保支付政策为由拒收患者。

第十七条 定点医疗机构按有关规定执行集中采购政策，优先使用集中采购中选的药品和耗材。医保支付的药品、耗材应当按规定在医疗保障行政部门规定的平台上采购，并真实记录“进、销、存”等情况。

第十八条 定点医疗机构应当严格执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策。

第十九条 定点医疗机构应当参加由医疗保障行政部门或经办机构组织的宣传和培训。

定点医疗机构应当组织开展医疗保障基金相关制度、政策的培训，定期检查本单位医疗保障基金使用情况，及时纠正医疗保障基金使用不规范的行为。

第二十条 定点医疗机构在显著位置悬挂统一样式的定点医疗机构标识。

第二十一条 定点医疗机构应按要求及时向统筹地区经办机构报送医疗保障基金结算清单等信息，包括疾病诊断及手术操作，药品、医用耗材、医疗服务项目费用结算明细，医师、护士等信息，并对其真实性负责。定点医疗机构应当按要求如实向统筹地区经办机构报送药品、耗材的采购价格和数量。

定点医疗机构应向医疗保障部门报告医疗保障基金使用监督

管理及协议管理所需信息，向社会公开医药费用、费用结构等信息。

第二十二条 定点医疗机构应当配合经办机构开展医保费用审核、稽核检查、绩效考核等工作，接受医疗保障行政部门的监督检查，并按规定提供相关材料。

第二十三条 定点医疗机构应当优化医保结算流程，为参保人员提供便捷的医疗服务，按规定进行医保费用直接结算，提供费用结算单据和相关资料。为符合规定的参保人员提供转诊转院服务。参保人员根据有关规定可以在定点医疗机构购药或凭处方到定点零售药店购药。

第二十四条 定点医疗机构应当做好与医保有关的信息系统安全保障工作，遵守数据安全有关制度，保护参保人员隐私。定点医疗机构重新安装信息系统时，应当保持信息系统技术接口标准与医保信息系统有效对接，并按规定及时全面准确向医保信息系统传送医保结算和审核所需的有关数据。

第四章 经办管理服务

第二十五条 经办机构有权掌握定点医疗机构运行管理情况，从定点医疗机构获得医保费用稽查审核、绩效考核和财务记账等所需要的信息数据等资料。定点医疗机构实行属地管理，经办机构对属地定点医疗机构为本地和异地参保人员提供的医疗服务承担管理服务职责。

第二十六条 经办机构应当完善定点申请、组织评估和协议签订、协议履行、协议变更和解除等管理流程，制定经办规程，为定点医疗机构和参保人员提供优质高效的经办服务。

第二十七条 经办机构应做好对定点医疗机构医保政策、管理制度、支付政策、操作流程的宣传培训，提供医疗保障咨询、查询服务。

第二十八条 经办机构应当落实医保支付政策，加强医疗保障基金管理。

第二十九条 经办机构应当建立完善的内部控制制度，明确对定点医疗机构申报费用的审核、结算、拨付、稽核等岗位职责及风险防控机制。完善重大医保费用支出集体决策制度。

第三十条 经办机构应当加强医疗保障基金支出管理，通过智能审核、实时监控、现场检查等方式及时审核医疗费用。对定点医疗机构进行定期和不定期稽查审核。按协议约定及时足额向定点医疗机构拨付医保费用，原则上应当在定点医疗机构申报后30个工作日内拨付符合规定的医保费用。

第三十一条 有条件的统筹地区经办机构可以按国家规定向定点医疗机构预付一部分医保资金，缓解其资金运行压力。在突发疫情等紧急情况时，可以按国家规定预拨专项资金。

第三十二条 定点医疗机构违规申报费用，经审查核实的，经办机构不予支付。

第三十三条 经办机构应当依法依规支付参保人员在定点医疗机构发生的医疗费用，为参保人员提供医保政策咨询。除急诊和抢救外，参保人员在非定点医疗机构就医发生的费用医疗保障基金不予支付。

第三十四条 经办机构向社会公开医保信息系统数据集和接口标准。定点医疗机构自主选择与医保对接的有关信息系统的运行和维护供应商。经办机构不得以任何名义收取任何费用及指定供应商。

第三十五条 经办机构应遵守数据安全有关制度，保护参保人员隐私，确保医疗保障基金安全。

第三十六条 经办机构或其委托符合规定的第三方机构，对定点医疗机构开展绩效考核，建立动态管理机制。考核结果与年终清算、质量保证金退还、协议续签等挂钩。绩效考核办法由国家医疗保障部门制定，省级医疗保障部门可制定具体考核细则，经办机构负责组织实施。

第三十七条 对于定点医疗机构结算周期内未超过总额控制指标的医疗费用，经办机构应根据协议按时足额拨付。对定点医疗机构因参保人员就医数量大幅增加等形成的合理超支给予适当补偿。

第三十八条 经办机构发现定点医疗机构存在违反协议约定情形的，可按协议约定相应采取以下处理方式：

- （一）约谈医疗机构法定代表人、主要负责人或实际控制人；
- （二）暂停或不予拨付费用；
- （三）不予支付或追回已支付的医保费用；
- （四）要求定点医疗机构按照协议约定支付违约金；
- （五）中止相关责任人员或者所在部门涉及医疗保障基金使用的医疗服务；
- （六）中止或解除医保协议。

第三十九条 经办机构违反医保协议的，定点医疗机构有权要求纠正或者提请医疗保障行政部门协调处理、督促整改，也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

医疗保障行政部门发现经办机构存在违反医保协议的，可视情节相应采取以下处理方式：约谈主要负责人、限期整改、通报批评，对相关责任人员依法依规给予处分。

医疗保障行政部门发现经办机构违反相关法律法规和规章的，依法依规进行处理。

第五章 定点医疗机构的动态管理

第四十条 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，应自有关部门批准之日起30个工作日内向统筹地区经办机构提出变更申请。其他一般信息变更应及时书面告知。

第四十一条 续签应由定点医疗机构于医保协议期满前3个月向经办机构提出申请或由经办机构统一组织。统筹地区经办机构与定点医疗机构就医保协议续签事宜进行协商谈判，双方根据医保协议履行情况和绩效考核情况等决定是否续签。协商一致的，可续签医保协议；未达成一致的，医保协议到期后自动终止。

对于绩效考核结果好的定点医疗机构可以采取固定医保协议和年度医保协议相结合的方式，固定医保协议相对不变，年度医保协议每年根据具体情况调整，简化签约手续。

第四十二条 医保协议中止是指经办机构与定点医疗机构暂停履行医保协议约定，中止期间发生的医保费用不予结算。中止期结束，未超过医保协议有效期的，医保协议可继续履行；超过医保协议有效期的，医保协议终止。

定点医疗机构可提出中止医保协议申请，经经办机构同意，可以中止医保协议但中止时间原则上不得超过180日，定点医疗机构在医保协议中止超过180日仍未提出继续履行医保协议申请的，原则上医保协议自动终止。定点医疗机构有下列情形之一的，经办机构应中止医保协议：

（二）未按规定向经办机构及医疗保障行政部门提供有关数

据或提供数据不真实的；

（三）根据医保协议约定应当中止医保协议的；

（四）法律法规和规章规定的应当中止的其他情形。

第四十三条 医保协议解除是指经办机构与定点医疗机构之间的医保协议解除，协议关系不再存续，协议解除后产生的医药费用，医疗保障基金不再结算。定点医疗机构有下列情形之一的，经办机构应解除医保协议，并向社会公布解除医保协议的医疗机构名单：

（二）以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的；

（三）经医疗保障部门和其他有关部门查实有欺诈骗保行为的；

（四）为非定点医疗机构或处于中止医保协议期间的医疗机构提供医保费用结算的；

（六）被发现重大信息发生变更但未办理重大信息变更的；

（七）定点医疗机构停业或歇业后未按规定向经办机构报告的；

（九）被吊销、注销医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的；

（十一）未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的；

（十二）定点医疗机构主动提出解除医保协议且经办机构同意的；

（十三）根据医保协议约定应当解除医保协议的；

（十四）法律法规和规章规定的应当解除的其他情形。

第四十四条 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，应提前3个月向经办机构提出申请。公立医疗机构不得主动提出中止或解除医保协议。

医疗机构所在地的地市级及以上统筹地区经办机构与定点医疗机构中止或解除医保协议，该医疗机构在其他统筹区的医保协议也同时中止或解除。

第四十五条 定点医疗机构的部分人员或科室有违反协议管理要求的，可对该人员或科室中止或终止医保结算。

第四十六条 医疗机构与统筹地区经办机构就医保协议签订、履行、变更和解除发生争议的，可以自行协商解决或者请求同级医疗保障行政部门协调处理，也可以依法提起行政复议或行政诉讼。

第六章 定点医疗机构的监督

第四十七条 医疗保障行政部门对定点申请、申请受理、专业评估、协议订立、协议履行和解除等进行监督，对经办机构的内部控制制度建设、医保费用的审核和拨付等进行指导和监督。

医疗保障行政部门依法依规通过实地检查、抽查、智能监控、大数据分析等方式对定点医疗机构的协议履行情况、医疗保障基金使用情况、医疗服务行为、购买涉及医疗保障基金使用的第三方服务等进行监督。

第四十八条 医疗保障行政部门和经办机构应拓宽监督途径、创新监督方式，通过满意度调查、第三方评价、聘请社会监督员等方式对定点医疗机构进行社会监督，畅通举报投诉渠道，及时发现问题并进行处理。

第四十九条 经办机构发现违约行为，应当及时按照协议处理。

经办机构作出中止相关责任人员或者所在部门涉及医疗保障基金使用的医药服务、中止和解除医保协议等处理时，要及时报告同级医疗保障行政部门。

医疗保障行政部门发现定点医疗机构存在违约情形的，应当及时责令经办机构按照医保协议处理，经办机构应当及时按照医保协议处理。

医疗保障行政部门依法查处违法违规行为时，认为经办机构移交相关违法线索事实不清的，可组织补充调查或要求经办机构补充材料。

第七章 附 则

第五十条 职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、生育保险、医疗救助、居民大病保险等医疗保障定点管理工作按照本办法执行。

第五十一条 本办法中的经办机构是具有法定授权，实施医疗保障管理服务的职能机构，是医疗保障经办的主体。

定点医疗机构是指自愿与统筹地区经办机构签订医保协议，为参保人员提供医疗服务的医疗机构。

医保协议是指由经办机构与医疗机构经协商谈判而签订的，用于规范医疗服务行为以及明确双方权利、义务及责任等内容的协议。

第五十二条 国务院医疗保障行政部门制作并定期修订医保协议范本，国家医疗保障经办机构制定经办规程并指导各地加强和完善医保协议管理。地市级及以上的医疗保障行

政部门及经办机构在此基础上，可根据实际情况分别细化制定本地区的医保协议范本及经办规程。医保协议内容应与法律、法规、规章和医疗保障政策调整变化相一致，医疗保障行政部门调整医保协议内容时，应征求相关定点医疗机构意见。

第五十三条 本办法由国务院医疗保障行政部门负责解释，自2021年2月1日起施行。