附件1

忻州市医保定点医疗机构服务诚信承诺书

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | | | |
| 医疗机构地址 |  | | | |
| 机构固定电话 |  | 营业时间 |  | |
| 行政区划 |  | 邮政编码 |  | |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  | |
| 医保负责人 |  | 联系电话 |  | |
| 申请事项办理人 |  | 联系电话 |  | |
| 核定床位数 |  | 实际开放床位数 |  | |
| 建筑面积(平米) |  | 营业面积(平米) |  | |
| 单位性质 |  | 所有制形式 |  | |
| 医疗机构分类 |  | 医院机构具体类别 |  | |
| 医院等级 |  | 收费等级 |  | |
| 执业许可证号 |  | | | |
| 诊疗科目范围 |  | | | |
| 单位开户银行 |  | 单位开户银行账号 | |  |
| 营业执照注册号 |  | 成立日期 | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 经营范围 |  | | | | | | | |
| 医技人员构成 |  | | 总人数 | 高级职称 | | 中级职称 | | 初级职称 |
| 医生 | |  |  | |  | |  |
| 护士 | |  |  | |  | |  |
| 医技人员 | |  |  | |  | |  |
| 药学人员 | |  |  | |  | |  |
| 其他人员 |  | | | | | | | |
| 合计 |  | | | | | | | |
| 上年度医疗  服务情况 | 总收入( )万元，其中药品( )万元，医用材料( )万元，检査化验( )万元，治疗( )万元，其他( )万元。 | | | | | | | |
| 门诊人次 |  | | | 门诊均费用 | |  | |
| 住院人次 |  | | | 住院次均费用 | |  | |
| 平均住院日 |  | | | | | | |
| 申请意愿 |  | | | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 申请机构承诺 | 本单位自愿承担忻州市定点医保服务,申请成为忻州市医疗保险定点医疗机构,并对以下事项作出郑重承诺:  一、知晓申请定点的相关流程和要求，所提供的填报内容及申报材料真实、准确、完整、有效。若因提供虚假信息所产生的一切后果，愿承担一切法律责任。  二、能够按照智能监控管理要求，将医保智能监控系统、医疗结算系统和医疗机构HIS系统进行对接（在规定时间内未达到联网要求的，即视为自动放弃申报资格），保证数据的真实性、完整性。  三、签订医保服务协议后，严格执行国家及省、市有关医疗保险的相关规定，切实履行医保服务协议内容，规范医保服务行为。  四、如有违反以上规定行为或因违规、造成社会影响、被行业处罚的，自愿接受终止定点服务，且三年内不予申报定点资格的处理，并承担相应的法律责任。  承诺单位法定代表人:  单位（盖章）:  签字日期: 年 月 日 |