附件1

长期护理保险服务的机构申请定点材料

符合条件并愿意承担长期护理保险服务的机构可自愿向所属区县（自治县）医保经办机构提出书面申请，并如实提供以下材料：

（一）《重庆市长期护理保险长护护理机构申请表》（见附件1）；

（二）护理服务项目及收费标准；

（三）养老机构提供《养老机构设立许可证》正、副本复印件或《设置养老机构备案回执》复印件；医疗机构提供《医疗机构执业许可证》正、副本复印件；

（四）非营利性机构提供《事业单位法人证书》或《民办非企业法人登记证书》正、副本原件及加盖公章的复印件，营利机构提供《营业执照》正、副本原件及加盖公章的复印件；

（五）主要护理服务设备清单（见附件2）；

（六）照护专区的医生、护士、护理员、护工人员花名册（见附件3）。医生、护士需提供资格证书和执业证书原件及复印件，护理员需要提供规范化培训证书原件及复印件；

（七）重庆市医药机构申请定点管理联网登记表（见附件4）；

（八）业务用房产权证明或租赁合同原件及复印件，业务用房的有效使用期限自提供时起算不少于2年；

（九）法律法规规章规范性文件及市医疗保障局要求的其他有关资料。

附件2

重庆市长期护理保险

协议护理机构申请表

申 请 单 位:

申 请 时 间 : 年 月 日

重庆市医疗保障局印制

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | | | | | |
| 单位地址 |  | | | | | | | | |
| 法定代表人 |  | | 身份证号 | |  | | | | |
| 所有制性质 | 公立□民营□ | | | | 经营性质 | | | 营利□非营利□ | |
| 申请服务类型 | 机构护理□ 居家护理□ 机构和居家护理□ 日间照护□ | | | | | | | | |
| 服务场所情况 | 服务场所性质 | | | | 服务场所面积 | | | | |
| 自有□租赁□ | | | | 建筑面积 | | |  | |
| 租期 | |  | | 营业面积 | | |  | |
| 机构护理 | 床位设置 | | | | | | | | |
| 核定床位： 张；实际开发床位：张；其中专护床位：张 | | | | | | | | |
| 业务管理部门 | 负责人 |  | | | | 联系电话（手机） | | |  |
| 业务联系人 |  | | | | 联系电话（手机） | | |  |
| 信息管理部门 | 负责人 |  | | | | 联系电话（手机） | | |  |
| 业务联系人 |  | | | | 联系电话（手机） | | |  |
| 人员构成 | 职工总人数 | 社保参保人数 | | 劳动合同  签订人数 | | 劳务派遣人数 | 退休返聘人数 | | 其他 |
|  |  | |  | |  |  | |  |
| 注册护士 | 共 人，其中：高级职称 人；中级职称：人；初级职称 人 | | | | | | | |
|  | 康复治疗师 | 共 人，其中：高级职称 人；中级职称： 人；初级职称 人 | | | | | | | |
| 健康管理师 | 共 人，其中：高级职称 人；中级职称： 人；初级职称 人 | | | | | | | |
| 其他工作人员 | 共 人 | | | | | | | |
| 申请单位意见 | 法人代表签字（申请单位印章）：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 医保经办机构审核意见 | 年 月 日 | | | | | | | | |

附件3

护理设施设备清单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **护理设施设备清单** | | | |
| 品种 | 型号及数量 | 购买年月 | 有效期 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

附件4

长期护理保险协议护理申请机构

工作人员花名册

机构名称（签章）：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 岗 位 | 社会保障卡  卡号 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

法人代表签字: 年 月 日

附件4

重庆市医药机构申请定点管理联网登记表

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 定点医药机构名称(加盖公章) |  | | | | | 等级 |  | |
| 详细地址 |  | | | | | 邮编 |  | |
| 医保负责人 |  | | | 手机 |  | 办公电话 |  | |
| 信息负责人 |  | | | 手机 |  | 办公电话 |  | |
| 医药机构代码 |  | | | | 批准文号 |  | | |
| 开通项目 | 医药定点  管理 |  | | 生育保险  定点管理 |  | 长护保险  定点管理 |  | |
| 连接医保专线 链路情况 | 网络营运商 |  | | 带宽 |  | 安装时间 |  | |
| IP地址  （统一规划） |  | |
|
| 医保接口情况 | 医保接口  服务商 |  | | 联系电话 |  | 项目负责人 |  | |
| HI软件商情况 | HIS商 |  | | 联系电话 |  | 项目负责人 |  | |
| 医保目录 对照情况 | 医药机构目录对照完成时间 |  | | 区县经办机构意见 |  | 审核人（签字） |  | |
|
| 医保接口与HIS  软件测试 | 医药机构HIS软件版本 |  | | 安装时间 |  | 测试时间 |  | |
| 接口版本 |  | | 安装时间 |  | 测试时间 |  | |
| 测试结果 |  | | | 测试人员签字 |  | | |
| 异地就医软件测试情况 | 测试时间 |  | 测试结果 | |  | 测试人员签字 | |  |
| 协议签订情况 | 签订时间 |  | | | 区县经办机构  (签章) |  | | |
| 市医保局医疗保障事务中心意见 | 经办人： |  | | | 组长： |  | | |
|
| 市医保局信息化工作组意见 | 经办人： |  | | | 组长： |  | | |
|
| 医药机构开通  情况 | 开通时间 |  | | | 经办人： |  | | |