

遂医保发〔2023〕52号

**遂宁市医疗保障局
关于做好2023年遂宁市医疗保障定点
医药机构服务协议管理工作的
通 知**

各县（市、区）医保局，市医保中心：

为进一步加强全市医保定点医药机构精细化、规范化管理，持续提升医保定点医药机构管理服务水平，切实保障参保人员合法权益，确保医保基金安全，根据《四川省医疗保障局关于进一步加强定点医药机构协议管理工作的通知》要求，结合我市实际，

市医保局对 2022 年《遂宁市医疗保障定点医疗机构服务协议(医院、社区卫生服务中心和乡镇卫生院)》《遂宁市医疗保障定点医疗机构服务协议(门诊部、诊所)》《遂宁市医疗保障定点零售药店服务协议》进行了修订、完善，形成了 2023 年医保定点医药机构服务协议（以下简称“2023 年医保协议”）。现就全面做好 2023 年医保协议管理工作提出如下要求，请认真抓好贯彻落实。

一、严格协议管理

2023 年医保协议是全市统一的协议文本，市医保中心、各县（市、区）医保局要进一步强化政治意识、规矩意识，增强规范意识、执行意识，全面做好相关协议的签订、执行工作，对协议内容不得随意增减和调整，对违反协议的行为要按照协议规定处理到位、落实到位，对医保定点医药机构的年度考核要实事求是、全面客观。

二、加强宣传培训

市医保中心、各县（市、区）医保局要及时组织医保定点医药机构开展宣传培训，对服务内容、双方权利义务、主要管理规定、违规违约处理、相关专业术语等要做好解释说明；要及时通报曝光全国、全省、全市医保系统查处的医保定点医药机构违规违约典型案例，进一步规范医保定点医药机构管理行为，提升服务水平；要充分听取医保定点医药机构对规范医保经办管理工作

的意见建议，不断提升各级医保经办机构的服务能力。

三、抓好协议签订

市医保中心、各县（市、区）医保局应于 2023 年 10 月 20 日前完成辖区内 2023 年医保协议签订工作。市本级、各县（市、区）2023 年医保协议签订情况应于 2023 年 10 月 25 日前书面报市医保局。2023 年医保协议签订、执行过程中遇到的其他重大情况、意见建议，请按程序及时报市医保局。

联系人：保障和指导科 孙惠；联系电话：22257609。

附件：1.遂宁市医疗保障定点医疗机构服务协议（医院、社区卫生服务中心和乡镇卫生院）（2023 年）
2.遂宁市医疗保障定点医疗机构服务协议（门诊部、诊所）（2023 年）
3.遂宁市医疗保障定点零售药店服务协议（2023 年）

遂宁市医疗保障局

2023 年 9 月 27 日

附件 1

遂宁市医疗保障定点医疗机构
服务协议
(医院、社区卫生服务中心和乡镇卫生院)
(2023 年)

甲 方：_____

法定代表人：_____

地 址：_____

邮政编码：_____

联系电话：_____

乙 方：_____

法定代表人：_____

地 址：_____

邮政编码：_____

联系电话：_____

遂宁市医疗保障事务中心制发

遂宁市医疗保障定点医疗机构服务协议

(医院、社区卫生服务中心和乡镇卫生院)

为进一步加强医保定点医疗机构规范化管理，保障参保人员合法权益，确保医保基金安全，根据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）、《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》（国令第735号）、《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）等相关法律法规和政策，甲乙双方自愿就医疗保障医疗服务有关事宜签订如下协议。

第一章 总 则

第一条【基本准则】

甲乙双方必须认真贯彻全国、全省和遂宁市有关医疗保障（含城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、生育保险、医疗救助、药品及医用耗材招标采购、医药价格收费等，以下简称“医疗保障”）、卫生健康、市场监管等法律、法规和政策规定。

第二条【服务对象】

乙方提供医疗服务的对象包括：遂宁市城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、生育保险参保人员和在我市就医的异地参保人员。

第三条【服务类别】

乙方可开展的医疗保障服务类别为：_____共（ ）类

（一）城镇职工基本医疗保险普通门诊。

- (二) 城乡居民基本医疗保险门诊统筹。
- (三) 高血压、糖尿病“两病”认定服务。
- (四) 门诊高血压、糖尿病“两病”治疗服务。
- (五) 门诊慢性特殊疾病认定服务。
- (六) 门诊慢性特殊疾病治疗服务。
- (七) 门诊重症特殊疾病认定服务。
- (八) 门诊重症特殊疾病治疗服务。
- (九) 住院。
- (十) 城镇职工生育。
- (十一) 城乡居民生育。
- (十二) 日间手术。
- (十三) 异地就医。
- (十四) 单行支付药品认定服务。
- (十五) 高值药品事前审核服务。
- (十六) 单行支付药品和高值药品治疗使用服务。
- (十七) 经医保部门同意开展的其他服务。

乙方及乙方医务人员所提供的医疗服务必须符合卫生健康行政部门许可的诊疗科目、执业范围。乙方因违反本服务协议约定受到中止协议处理的，在已签订的服务协议年度内不能申请新增医疗保障服务类别。

第四条【共同约束】

甲乙双方必须依照全国、全省和遂宁市有关规定，正确行使权利和履行义务。甲乙双方有权监督对方执行有关规定和履行职责的情况，投诉对

方工作人员的违法违规行为，向对方提出合理化的建议。

第五条【甲方权利】

（一）甲方有权监督管理乙方纳入医疗保障支付范围的医疗服务行为和医疗费用，对乙方及其医务人员的医疗保障服务行为和医保基金支付情况进行监督检查，依法依规查处乙方在医疗保障领域的违法违规行为。

（二）甲方有权根据《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等相关规定，通过业务经办、统计、调查获取医疗保障服务所需的数据；有权掌握乙方的运行管理情况；有权从乙方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资料。

（三）甲方有权向社会公布参保人员在乙方就医发生的医疗保障费用结算情况。

（四）甲方有权委托具备资质的第三方机构对乙方所开展的医疗保障服务、医保业务收支等情况进行审计。

（五）甲方有权对乙方的违约行为进行查处，采取约谈、暂停拨付、不予结算、已经结算拨付的按违规费用总金额予以追回、要求支付违约金、中止协议或科室医保服务、解除协议等处理措施，确保医保基金安全，并依法向医疗保障行政部门和其他执纪执法机关移送乙方及其医务人员的违法违规违约问题。因乙方违约造成的损失，由乙方全部承担。

（六）甲方有权向上级医疗保障行政部门、上级医疗保障经办机构以及卫生健康部门、参保单位、参保人员和公众媒体等通报乙方执行医保政策、履行医保协议、违法违规违约情形、定期考核及医疗费用运行等相关情况。

第六条【乙方权利】

（一）乙方在没有违法违规违约的情况下，有权在规定时间内获得乙方已结算的参保人员医疗费用中应由医保基金支付的费用。

（二）乙方有权依法申请复核、评审和行政复议。

（三）乙方有权依法对完善医疗保障政策提出意见建议。

第七条【甲方义务】

（一）及时向乙方通报遂宁市医疗保障相关规定和管理制度、操作规程的变化情况，并接受乙方咨询。

（二）加强医保基金预算管理，完善付费方式及结算办法，及时审核并按规定向乙方拨付应当由医保基金支付的医疗费用。

（三）组织乙方有关人员培训。

（四）通过政府网站、服务场所、媒体等向社会开展医疗保障政策宣传。

（五）甲方及其工作人员对在工作中获取的参保人员基本信息、病历等应当严格履行信息保护相关规定。

第八条【乙方义务】

（一）乙方必须依法从事医疗服务活动，遵守医保、卫生健康、市场监管、税务等部门相关规定，为参保人员提供合法、合理、必要的医疗服务。

（二）乙方必须按照卫生健康行政部门规定配备相应人员和设施设备，规范医疗服务行为，加强医疗质量管理，提高医疗服务质量。

（三）乙方必须设置与经营规模相适应的专门医疗保障管理服务机构

和医保服务窗口，明确分管领导，配备足够的专（兼）职管理人员，配合甲方开展医疗保障管理工作。在相关科室和岗位配备医疗保障协管人员，负责及时处理参保人员在就医结算方面遇到的问题。

（四）乙方必须建立健全医保基金使用内部管理制度，加强内部科室与人员管理，严禁服务不足、过度医疗，保证医疗服务质量和参保人员权益。定期开展自查，自查应包含医疗保障管理情况、服务协议执行情况、医保基金使用情况等医疗保障服务全过程，自查相关资料存档备查。

（五）乙方必须严格执行有关票据管理的规定，必须向参保患者开具专用票据，必须注明医保统筹基金支付金额、个人账户支付金额、其他支付金额、个人现金支付金额及个人自付金额。

（六）乙方必须在本机构显要位置悬挂全市统一的“遂宁市医疗保障定点医疗机构”牌匾、“医疗保障基金监督举报电话”标牌、医疗保障服务意见箱，及时公布所执行的药品耗材、医疗服务价格，通过宣传栏、电子屏、导医台等多种渠道宣传医疗保障主要政策、就医流程、医保电子凭证或医保码（社会保障卡）使用方法等内容，为参保人员提供查询医疗费和打印医疗费用清单、医疗保障结算单据等服务。

（七）乙方每年必须对全体职工定期开展不少于两次的医疗保障相关法律、法规、政策培训，医保法规和本协议应作为新职工入职培训的重点内容，相关资料存档备查。

（八）乙方必须向甲方提供与医疗保障有关的材料，实时传输参保人员就医、结算、出院情况及其他相关信息，保证提供的材料和信息的真实、准确、完整。因乙方提供不实资料、传输虚假数据所导致的经济和法律责

任由乙方全部承担。

（九）乙方必须贯彻执行《四川省医疗保障局网信办关于开展城镇职工医保个人账户共济业务信息化建设相关工作的通知》相关规定，切实保障参保人员及其家庭成员合法权益，并采取有效的保密措施，确保参保人员个人账户资金的安全使用。

（十）乙方必须为参保人员提供相关的咨询服务，做好政策解释，正向引导，不得误导宣传、错误解释和推诿病人、损害参保人员权益等。因乙方原因导致病人投诉、上访，乙方必须负责妥善处理到位，承担相关费用，并将处理情况及时报告甲方。乙方必须积极配合甲方开展投诉举报查处和参保人员信访回复工作。乙方造成群访、缠访或严重影响的，甲方提请有关部门追究乙方相关负责人责任。

（十一）乙方必须配合甲方调阅病历和向甲方全面提供 HIS 系统查询功能。

（十二）乙方通过自查发现的问题必须及时整改到位，涉及违规使用的医保基金必须主动退回甲方指定账户，并向甲方提交正式书面报告。

第九条【集中采购】

乙方为公立医疗机构的，所使用的药品、医用耗材应当按医疗保障行政部门规定在四川省药械集中采购及医药价格监管平台上按政策要求和工作部署开展线上采购和结算。乙方为参加药品、医用耗材集中带量采购定点医疗机构的，应严格执行药品、医用耗材集中带量采购政策，据实填报采购需求量、及时完成约定采购量，不得以任何理由拒绝采购和使用中选产品，不得以“一品双规”等用药规定阻止中选产品入院，并按期足额归

还甲方预付的货款。甲方有权对乙方药品、医用耗材集中带量采购和使用情况进行监督和考核。

第十条【财务管理】

乙方必须严格执行国家制定的医院财务制度和医院会计制度，规范财务管理，按规定保存财务账目、会计凭证，确保会计核算资料的真实性和完整性。不得伪造、变造、隐匿、涂改、销毁会计凭证。乙方必须设立专门的财务机构，并配备具有会计从业资格的人员担任会计、出纳工作。不具备条件的，必须委托经批准设立从事会计代理记账业务的中介机构代理记账。

第十一条【进销存台账管理】

（一）乙方购进药品、医用耗材的发票和随货同行单应符合市场监管、税务部门要求。购进发票不能全部列明品种等信息的必须附加盖供货单位发票专用章的销售货物或者应税劳务清单，注明税票号码，发票上的购、销单位名称及金额、品名应当与付款流向及金额、品名一致，并与财务账目内容相对应。发票按有关规定保存。

（二）乙方购入的药品及医用耗材，必须建立进销存登记制度，建立相应进销存台账（包括科室领取使用台账，下同）及进销存管理信息系统，保存真实完整的购销记录，并留存购销发票和凭证。

（三）乙方药品购销记录必须注明药品的通用名称、生产厂家（中药材标明产地）、剂型、规格、批号、购（销）数量、购（销）价格、购（销）金额、购（销）单位、生产日期、购进日期、有效期、批准文号及市场监管部门规定的其他内容。

（四）乙方医用耗材进销存记录参照药品进销存记录执行。按规定可单独收费的医用耗材，其购进记录必须注明相关明细信息。

（五）乙方药品、医用耗材应做到账实相符，医保基金结算的申报数量不得大于其销售数量，且不得大于其购进数量。

第十二条【结算账户与现金管理】

乙方的各项收支必须遵守《人民币银行结算账户管理办法》《现金管理暂行条例》及实施细则的要求。

（一）乙方必须按照中国人民银行的规定选择一家银行的一个营业机构开立一个基本存款户，用于办理日常转账结算和现金收付。乙方不得将以个人名义开设的银行储蓄账户用于本单位的转账结算和现金收付。

（二）乙方现金的使用，必须按照《现金管理暂行条例》的规定范围使用，现金使用范围外的收支都应通过银行账户进行转账支付。纳入医保支付范围内的药品、医用耗材购置款项的结算应使用对公账户转账。

第十三条【变更备案管理】

乙方的名称、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、机构等级、机构类别等重大信息变更时，必须自有关部门批准同意变更之日起30个工作日内向甲方提出变更申请。其他一般信息变更也应及时书面告知。

第十四条【医保医师管理】

（一）甲乙双方必须加强对医保医师等医务人员管理。甲方按照中省市相关要求，依法推进医保医师管理，建立健全医保医师基础信息库，实行动态管理。甲方有权拒付乙方被停止医保结算资格的医师、被注销医保

医师备案信息的医师为参保人员诊治产生的相关费用。

（二）乙方医师经注册后，必须按照注册的执业地点、执业类别、执业范围执业，从事相应的医疗、预防、保健业务。

（三）乙方必须严格执行《医师执业注册管理办法》，将医保医师在国家医保信息编码标准数据库进行动态维护，由甲方按规定纳入管理。医保医师必须严格执行医疗保障政策规定，自觉规范诊疗行为，诚信履行职责。

第十五条【谈判机制】

甲方与乙方通过建立协商谈判机制，依据乙方执业范围、服务能力、服务质量和医疗保障政策执行情况等确定乙方的医疗保障服务类别、服务内容、付费方式、支付标准等。

第十六条【举报投诉】

甲乙双方必须明确并公布参保人员的投诉渠道，对参保人员维护合法权益、医疗服务质量等方面的投诉必须及时核实情况并予以处理。

第二章 诊疗服务

第十七条【就医原则】

（一）乙方必须严格遵循卫生健康行政部门有关规定，按照有关质量控制标准规范操作，合理检查、合理治疗、合理用药，采取有效措施控制医疗费用的不合理增长，减轻参保人员个人负担；乙方不得过度检查、过度治疗、过度用药，不得将应当由医保基金支付的医疗费用转嫁给参保人员自费。

（二）甲方可建立参保人员满意度评价制度，对乙方的服务态度、服务水平 and 医疗费用控制等进行综合评价。甲方可委托第三方机构对乙方开展参保人员满意度评价。

第十八条【身份识别】

乙方必须严格执行实名就医和购药管理规定。参保人员就诊时（包括挂号、记账收费、出入院和转诊转院等），乙方必须核实其有效医疗保障凭证（医保电子凭证或医保码或社会保障卡），做到人证相符；实行医保基金智能场景监控的医保定点医疗机构必须严格执行对参保人员掌静脉、面部等生物识别信息采集和床头卡绑定登记等相关要求，在病区“床头卡”上作出“医保”标识。乙方发现参保人员证件无效、人证不符的，不得进行医疗保障结算；发现有骗保嫌疑的，必须及时报告甲方。乙方不得以任何理由收集或保管参保人员医保电子凭证或医保码、社会保障卡。

第十九条【入院出院】

（一）乙方必须严格执行入、出院标准和重症监护病房收治标准，不得推诿和拒绝符合住院条件的参保人员住院治疗；不得将不符合入院标准的参保人员住院治疗；不得将已达到出院标准的病人滞留住院；不得以甲方结算方式调整（含定额标准调整）或医保协议指标考核为由，将未达到出院标准的病人办理出院。

（二）乙方应当为符合出院标准的参保人员及时办理出院手续，参保人员拒绝出院的，应当自有效通知其出院之日起，停止其医疗保障费用结算。

（三）乙方为参保人员办理入、出院手续时，必须严格按医保信息系

统要求上传相关信息（包括是否转院、是否特殊病种、是否死亡等）。因乙方上传入、出院信息错误导致参保人员经济损失的，由乙方负责承担解决。

（四）乙方应严格按照卫生健康部门规定的医疗服务质量要求把握入出院标准，不得降低收住院病人的标准；不得诱导病人住院和手术；不得推诿病人，严禁“挂床住院”“分解住院”。

（五）乙方应严格按照疾病诊断入组，不得将低权重病例分入高权重病组。

第二十条【在床情况】

乙方为参保人员提供住院医疗服务时，应确保参保人员实际在床。甲方可通过现场检查或医保基金智能场景监控等方式对参保人员实际在床住院情况进行监督。

第二十一条【就诊记录】

（一）乙方必须按《病历书写基本规范》《处方管理办法》等规定书写医疗文书，并按规定归档保存备查。门诊与住院病历的诊疗记录必须真实、准确、完整、清晰。辅助检查、用药和治疗等必须在诊疗记录中有说明，必须有结果分析。

（二）乙方必须做到医嘱、病程记录、处方、辅助检查结果（含原始电子数据记录、影像图文记录等，下同）、治疗记录（含医嘱执行记录、手术记录、理疗记录等，下同）、票据和费用清单“七吻合”，并与参保人员实际使用情况相符合。不得伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医疗文书。

（三）乙方必须严格规范高值耗材，使用前必须与患者签署《知情同

意书》，除紧急抢救治疗外，必须具体说明使用的产品名称、规格、型号、生产企业和金额。医保医师必须认真记录手术操作过程，详细记录病变部位、使用高值耗材的名称、规格、型号和数量，并将使用的高值耗材产品条形码留存在住院病历和耗材使用登记单中备查，做到《知情同意书》、手术操作记录和耗材使用登记单上的耗材使用信息一致。

（四）乙方收治外伤参保人员住院时，首诊医生必须如实书写医疗文书，详细记录参保人员受伤时间、地点、原因、部位、经过等情况，在病历中如实详尽记录，有急救出诊记录的附急救出诊记录。并在 72 小时内组织病人（或家属）填报《遂宁市医疗保障意外伤害登记表》，对支付责任进行界定后按规定及时上传医保部门。

第二十二条【中医诊疗】

住院治疗周期内，参保人员使用中医诊疗项目，医保基金支付原则上每天不超过3项，同一项目原则上每天不超过2次。

第二十三条【检查互用】

乙方必须充分利用参保人员在其他医疗机构所做的辅助检查结果，避免不必要的重复检查。

第二十四条【知情同意】

（一）乙方必须保证参保人员知情同意权，向参保人员提供门诊、住院费用结算清单和住院每日费用清单（含门特），住院费用清单必须有患者或患者家属签字认可，为患者提供医疗费用查询服务及承担相关费用解释责任。

（二）乙方必须建立并执行自费项目参保人员知情确认制度，自费项

目必须经患者或患者家属同意并签字（无民事行为能力人、限制民事行为能力人等患者必须经其监护人签字确认）。

（三）乙方不得强制要求住院参保人员到门诊缴费或药店购药，不得将应在该院产生的住院医疗费用（本院有相关检查、药品、治疗项目的费用）分解到门诊缴费或院外自费。

第二十五条【转诊转院】

（一）乙方必须建立健全转诊转院制度，按相关规定及时为符合条件的参保人员办理转诊转院手续。

（二）参保人员进行转科治疗的，乙方必须及时传递患者病历与相关信息，为患者提供连续医疗服务，不得中途办理出院结算手续，也不得分解住院（因病情重、住院时间长、医疗费用高，经患者或患者家属自愿申请办理在院结算费用、减轻垫付压力，并签定知情同意书报甲方备案的除外，下同）。因乙方分解住院给参保人员造成的经济损失的，由乙方负责承担解决。

第二十六条【新增院区】

乙方新增院区需纳入本协议管理的，新增院区必须具备相应条件、由乙方提出申请并提供卫生健康行政部门的批文，经甲方审核同意后，方可将其纳入医保服务协议管理。在甲方审核同意前，乙方新增院区不得开展涉及医保基金结算有关业务。

第二十七条【异地就医】

（一）乙方必须加强异地就医参保人员就医管理服务，明确就医管理流程，严格进行身份识别，为就医人员提供合理的医疗服务和费用结

算。

(二)乙方开通异地就医联网结算服务的,无正当理由不得拒绝异地参保人员直接结算费用。

(三)乙方必须在异地就医参保人员的出院相关资料注明乙方合法有效的联系方式,配合异地医疗保障经办机构核实医疗费用有关情况。

(四)甲方将乙方为异地就医参保人员医疗服务情况纳入监管考核范围。乙方违反异地就医相关规定的行为和查处适用于本协议。

第二十八条【单行支付药品和高值药品】

单行支付药品和高值药品认定机构、治疗机构必须认真履行相关职能职责,严格按照政策规定,做好认定(审核)、治疗方案申请工作,并建立真实、完善、准确的购销台账,实现与医保经办信息系统对接,并及时录入信息上传至医保经办信息系统,纸质资料留存备查。

第三章 目录管理

第二十九条【目录内容】

乙方必须严格执行《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》《四川省基本医疗保险诊疗项目目录》《四川省基本医疗保险医疗服务设施项目范围》和四川省医用耗材、民族药、中药饮片、医院制剂等目录。

乙方应严格执行《四川省医疗服务项目价格汇编》以及遂宁市医疗服务价格,不得自行修改项目编码、名称、项目内涵、除外内容、说明、计价单位等项目要素。

第三十条【药品目录】

（一）乙方必须根据开展医疗保障服务的需要，调整药品供应结构，确保目录内药品的供应。

（二）乙方必须优先和合理使用药品目录甲类药品，严格控制住院费用中药品费用占总费用比例和自费药品占药品总费用比例。

（三）乙方应当建立院内药品配备与医保药品目录调整联动机制，自新版国家医保药品目录公布后三个月内，及时召开专题药事会，并按照国家规定和本机构功能定位、临床需求、诊疗能力等，对国家医保谈判药品、高值药品、罕见病用药等应及时配备，应尽应配。

第三十一条【用药管理】

（一）乙方对参保人员用药必须遵循合理用药原则，准确掌握目录内特殊限定药品的使用范围并留存用药依据便于甲方核查。甲方鼓励乙方使用基本药物目录内的药物品种。

（二）乙方在治疗疾病过程中必须使用国家或省市药品集中招标采购范围内的药品，并执行相关规定。

第三十二条【医疗机构制剂】

乙方的医院制剂经医保等部门批准和核定价格后，按相关规定申请进入医疗保障用药范围，其费用甲方按规定予以支付。

第三十三条【处方管理】

乙方医生开具西药处方必须符合西医疾病诊治原则，开具中成药、中药饮片处方必须遵循中医辨证施治原则和理法方药。乙方必须采取措施鼓励按照“先甲类后乙类、先口服制剂后注射制剂、先常释剂型后缓（控）

释剂型”等原则选择药品；鼓励药师在调配药品时首先选择相同品种剂型中质优价廉的药品；药品目录中最小分类下的同类药品不宜叠加使用。

第三十四条【处方外配】

乙方必须执行门诊处方外配制度，参保人员要求到院外其他医药机构购药的，乙方不得拒绝。应无条件使用四川省电子处方流转平台流转处方，暂不具备使用电子处方流转条件的应出具符合卫健部门处方管理要求且加盖乙方专用章的纸质处方。

第三十五条【处方用量】

（一）乙方医保医师必须严格按照《处方管理办法》的规定开具处方。开具急诊处方一般不得超过3日用量，门诊处方和出院带药一般不得超过7日用量。对部分患慢性病、老年病的参保人员或遇特殊情况，处方用量可适当延长，并在处方上注明理由。

（二）乙方在为患有门诊特殊疾病的参保人员提供医疗服务时，必须严格执行遂宁市特殊疾病管理规定，必须单独开具治疗所患门诊特殊疾病的药品处方并按治疗同一疾病的药品不超过两种、每次处方药量原则上不超过12周执行。

第三十六条【辅助检查】

（一）乙方必须准确掌握各项辅助检查的适应症和禁忌症，不得将大型仪器检查项目（如彩超、CT、MRI等）列为常规检查。

（二）乙方出具的医学影像检查报告（包括CT、MRI、彩超、B超、DR、X片等），必须由注册地为乙方的执业医师或在乙方多点执业的医师签名或加盖其印章。

(三)乙方必须向参保人员提供符合国家相关法律、法规要求的检查、诊疗设备和设施，并按国家相关规定进行校验，不得使用不符合标准的检查、诊疗设备和设施，不得使用未校验或过期设施设备。

(四)乙方应当按照《医疗机构检查检验结果互认管理办法》合理利用参保人在其他医疗机构所做的检查检验结果，避免因不必要的重复检查而增加参保人负担和医保基金支出。

第三十七条【植入器材使用记录】

乙方必须建立植入类医疗器械和材料使用内部申请、审核及登记制度，按规定保存相关资料（植入类医疗器械和材料的条型码、标签、增值税发票等）并向参保人员提供使用记录查询服务。

第四章 信息系统

第三十八条【信息管理】

(一)乙方必须严格按照遂宁市医疗保障医保定点医疗机构信息化建设规范及相关要求，做好本单位信息系统建设工作。乙方必须指定部门及专人负责医疗保障信息管理，明确工作职责，合理设置管理权限，并将相关人员名单报甲方备案。甲方根据医疗保障管理需要，适时组织乙方信息管理相关人员进行业务培训。

(二)乙方必须严格按照基本医疗保障诊疗项目、药品目录、医用材料目录等管理的相关规定进行对码、申报、维护工作。乙方必须实时更新目录库，负责核对本机构目录库编码，并向院内医务人员和收费人员提供目录库和对码情况的查询渠道。乙方必须督促 HIS 软件服务商按照甲方

信息化建设规范及相关要求提供技术支撑和服务。乙方不按要求对码或对码错误的，甲方对相关医疗费用不予支付（已支付予以追回），并按本协议约定进行处理。因乙方信息维护不及时、对应不正确，导致相关医疗费用不纳入医保基金支付，造成参保人损失的，由乙方承担。

（三）乙方必须加强本单位信息系统建设工作，按照甲方要求开展医保信息骨干网络、四川省医疗保障信息平台、DRG、智能场景监控、医保移动支付、国家医保服务平台 APP 接入、四川医保 APP 接入等医保信息化建设。乙方建立的信息系统应支持实现参保人员使用医保电子凭证或医保码进行线上、线下就诊服务全流程，包含挂号、就诊、支付、检验、检查、取药、取报告等多种应用场景，设置的自助缴费机应具备使用医保电子凭证或医保码支付的功能；支持使用具有金融功能的社会保障卡实现挂号、支付等就医场景，乙方必须引导参保人员优先激活使用医保电子凭证或医保码，确保使用医保电子凭证或医保码进行联网直接结算的业务量占总业务量的50%及以上，医保电子凭证或医保码结算业务量纳入医保定点医疗机构考核。

（四）乙方不得伪造、变造、隐匿、涂改、销毁电子信息。

第三十九条【技术要求】

（一）乙方必须按照遂宁市医疗保障信息系统的技术和接口标准，实现与医疗保障信息系统及时、有效对接，配备相关医疗保障联网设施设备，保证乙方的网络与互联网物理隔离，与其他外部网络联网采用有效的安全隔离措施。

（二）乙方在新增刷卡机具时，须主动联系甲方进行刷卡机具注册，

并按照甲方的要求，做好机具管理。

（三）乙方不得随意改变刷卡机具使用场地，不得将刷卡机具出租、出借或赠与非医保定点医药机构从事医保基金使用活动。改变刷卡机具使用场地时，需联系甲方重新注册。

（四）甲方解除或终止本协议时，乙方必须妥善处置刷卡机具。

第四十条【信息安全】

（一）甲乙双方必须遵守遂宁市医疗保障信息安全管理规范，制定信息安全管理制度并有效执行；保证参保人员隐私，确保就医、结算等信息的安全，严格执行信息保密制度。

（二）乙方必须确保向甲方传输的参保人员就医、结算及其他相关信息均由信息系统自动生成，按甲方要求规范填写并与实际情况相符，严禁人为篡改、弄虚作假。

第四十一条【信息传输】

乙方必须严格按照遂宁市医疗保障定点医疗机构信息化建设规范及甲方要求，实时传输参保人员就医、结算、出院诊断、出院时间、出院状况（康复、转院、死亡、其他等）、医疗费用申报信息、药品及医用耗材购销存信息及各科医生挂号信息等相关数据指标项目（不可抗力因素除外），确保数据的准确、真实、规范，并做好数据备份。

第四十二条【联网结算】

乙方必须按照医疗保障相关规定和经办流程为参保人员联网直接结算医疗费用，无特殊情况不得拒绝参保人员联网直接结算，不得要求参保人员到参保地经办机构手工报销；参保人员因系统报错、网络故障等原因

不能联网直接结算的，乙方必须及时对接甲方处理，在消除不能联网直接结算因素后由乙方补结算。

第四十三条【医生工作站】

乙方必须建立医生（护理）工作站模块，保证医嘱（护理）工作记录的可追溯性。参保人员入院时，乙方必须24小时内完成病案信息录入，确保数据的准确性、真实性和完整性，并按要求做好数据备份。

第四十四条【应急预案】

甲乙双方必须制定应急预案，任何一方的信息系统出现故障并影响到参保人员就医的，必须及时通知对方且启动应急预案。在故障排除前，乙方必须采取有效措施，保障参保人员正常就医结算。

第五章 医疗费用结算

第四十五条【收费管理】

（一）乙方必须严格执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策，按照遂宁市医疗服务项目和价格收费标准进行收费。不得对医保部门未制定价格的医疗服务项目进行收费，不得重复收费、串换项目收费、分解收费、提高收费标准和虚记医疗费用。

（二）乙方实行市场调节价格的，必须符合市场监管部门有关规定，甲方按照医疗服务项目以不高于同级别、同类别公立医院医疗服务项目收费标准，药品以实际购进价格按规定与乙方结算医保费用。

（三）参与药品耗材集采的，按集采相关政策执行。

第四十六条【付费方式】

（一）甲乙双方必须严格执行遂宁市医疗保障结算管理的相关规定。乙方与参保人员结算医疗费用后，甲方对乙方报送的门诊费用按照服务项目付费，对住院费用按疾病诊断相关分组（DRG）付费，日间手术、门诊血液透析、生育住院等费用按照医疗保障行政部门有关规定付费。

（二）甲方对部分项目或病种实行限额结算的，乙方不得将超过限额结算标准的医疗费用转嫁给患者自费，也不得以限额为由降低参保人员的医疗质量，不得减少合理和必要的药品及治疗。

第四十七条【按服务项目付费】

实行按项目付费的，甲方根据收费标准和乙方提供的医疗服务数量，按规定向乙方支付费用。

（一）乙方必须遵循卫生健康行政部门规定的诊疗规范的有关规定，准确掌握各种检查、治疗和药品使用的适应症和禁忌症。

（二）乙方相关科室提供住院（或门诊特殊疾病）医疗服务的，必须控制医疗费用不合理增长。

第四十八条【按疾病诊断相关分组（DRG）付费】

实行按疾病诊断相关分组（DRG）付费的，乙方应严格执行我市病组点数法付费相关规定，主动配合甲方做好病组点数法付费方式改革工作，并在每月规定的时限内按照甲方拟定的业务流程完成医保结算清单填报、结果反馈、特病单议申请等工作。

第四十九条【住院预付金】

参保人员住院，乙方收取住院预付金金额不能低于起付标准，原则上也不得超过预计医疗费总额的40%及以上。政府规定的特困、低保、残疾、

孤儿等特殊人群除外。

第五十条【费用结算】

（一）乙方与参保人员联网结算医疗费用的同时，必须通过医疗保障信息系统向甲方发起结算申请。

（二）乙方必须于每月10日前（遇系统升级维护等特殊情况顺延，下同）通过医疗保障信息系统向甲方发起医疗费用结算申请，并向甲方报送加盖公章的上月《医保定点医疗机构清算申请结算单》。甲方审核医疗费用清单时，需结合病历审核的，乙方必须及时提供病历或加盖公章的病历复印件。

（三）乙方逾期未申报医疗费用，甲方可采取电话提醒、书面函告等方式督促乙方。两次书面函告督促后，乙方次月仍未按规定申报的，甲方可不予受理、不予结算支付相关费用。

（四）乙方不得将不具备医保结算资格的其他机构的医疗费用纳入医保结算。

（五）乙方不得将不符合医保报销条件的费用纳入医保结算。

第五十一条【费用审核】

甲乙双方必须不断完善医疗费用审核制度，加强对医疗费用的审核。

（一）乙方必须对提交甲方的医疗费用资料进行审核，确保资料的真实性、合规性及合理性。

（二）甲方通过智能审核、人工复审和组织第三方专家评审等方式对乙方申报拨付的住院、门诊特殊疾病等医疗费用进行审核。

（三）甲方对审核发现乙方因违反医疗保障政策或本协议约定所产生

的医疗费用予以拒付。甲方智能审核初审完成后，对明确违规的数据进行直接扣款，对高度疑似违规的数据乙方必须按照系统提示的时间内（遇法定节假日及系统停机顺延）向甲方提交对智能审核初审结果存在异议的部分的申诉说明和举证材料供甲方人工复审时参考；乙方逾期未提出申诉说明和举证材料的，在智能审核终审环节视同认可扣款金额及扣款事由。

（四）同一时间段内，同一诊疗项目服务或医疗服务设施服务的申报数量不得大于标准提供数量。

（五）甲方根据医保审核大数据分析，对增长快、用量大、费用高的诊疗项目、药品、医疗耗材等进行病案抽查。

（六）甲方建立医疗费用第三方评审机制，加强对医疗费用的审核。乙方应配合甲方完成第三方评审工作。

第五十二条【费用拨付】

（一）甲方受理乙方的医疗费用结算申请后，对审核通过的医疗费用应及时完成拨付。遇特殊情况需进一步核实的，可暂缓支付。甲方以银行转账的方式向乙方拨付医疗费用。

（二）甲方不予支付的费用、乙方按协议约定支付的违约金等，乙方不得作为医保欠费处理。

第五十三条【结算资料存档】

乙方必须按照档案管理有关规定，按年度将参保人员医疗费用结算票据、出院诊断证明等医保结算资料存档归卷，以备甲方随时核查。医疗费用结算票据等相关结算资料必须加盖乙方公章。

第五十四条【医疗纠纷处理】

（一）参保人员与乙方发生医疗纠纷并涉及医疗费用结算的，乙方必须及时报告甲方。

（二）在医疗纠纷处理终结之前，甲方暂不支付涉及医疗纠纷的相关医疗费用。经合法有效的法律文书确认乙方有责任的，乙方责任范围内医疗费用甲方不予支付。

第六章 医疗服务监管

第五十五条【监督检查】

（一）甲方应对乙方执行医疗保障政策法规和履行医疗保障服务协议情况进行监督检查，乙方必须予以配合，如实提供相关资料和信息，不得拒绝、阻碍检查或者谎报、瞒报。对于乙方提供的资料，甲方应当予以保密。

（二）乙方应在《现场检查记录》《询问笔录》、取证资料其他材料上签字并加盖公章。拒绝签字盖章的，甲方可在笔录或其他材料上注明原因，必要时可邀请有关人员作为见证人。

第五十六条【智能监管】

（一）甲方可通过医疗保障信息平台、智能监控系统、智能场景监控等载体对乙方纳入医保基金支付范围的医疗服务行为和医疗费用进行监管。

（二）对智能监管发现的直接违规的行为，甲方有权直接拒付或追回相应违规费用，并按协议约定扣除违约金。对涉嫌违规的行为，甲方应进一步核实，乙方可进行合理申诉，但不得影响参保人员的费用结算。

(三)甲方有权对乙方信息管理情况进行监督检查,有权采取在线监控系统、医保大数据分析等方式对乙方和乙方医务人员提供的医疗服务行为、服务过程(住院、门特、门诊统筹等)及医疗费用实行事前、事中、事后全过程、全链条监管。

第五十七条【自查自纠】

乙方必须按照甲方要求对使用医保基金的行为开展自查,进行整改,主动退回违规费用至甲方指定账户,如实向甲方上报自查自纠情况。

第五十八条【调查核实期间处理措施】

甲方发现乙方涉嫌违法或违反本协议相关约定(包括但不限于对医保基金安全、参保人员权益可能造成风险等)时,有权要求乙方接受调查。视具体情况,甲方有权采取暂停拨付、中止本协议等措施,以确保医保基金安全。

第七章 协议的签订、变更和终止

第五十九条【协议签订】

(一)乙方向甲方提出医保定点申请,甲方按照《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《遂宁市医保定点医药机构评估办法》有关规定对乙方开展评估,甲方按照程序通过评估的与乙方开展协议签订工作。

(二)协议期满,符合条件的,由甲方通知乙方签订新协议。

(三)乙方有下列情形之一的,按新增医保定点医疗机构协议签订相关规定和流程执行:

1.协议终止后,再次提出签订协议申请的。

2.法律、法规及四川省、遂宁市医疗保障政策规定的其他情形。

（四）乙方因违反法律、法规、医疗保障政策和服务协议被甲方解除协议的，在法律法规及有关政策规定的时限内，乙方不得向甲方提出医保定点申请，不得签署医保定点协议。

第六十条【协议变更】

协议期内，法律及相关政策发生变化的，协议内容无条件趋同。其他原因发生变化的，经双方协商一致，可以对本协议相关内容进行变更。

第六十一条【协议终止】

有下列情形之一的，本协议终止：

（一）双方协商一致的。

（二）乙方停业或歇业超过180天的（特殊情况经甲方书面同意的除外）。

（三）因不可抗力致使双方不能履行协议的。

（四）协议期满，双方不再签订协议的。

（五）法律、法规、规章以及四川省医疗保障局、遂宁市人民政府、遂宁市医疗保障局规定的其他情形。

第八章 违约责任

第六十二条【甲方违约责任】

甲方有下列情形之一的，乙方可要求甲方纠正，也可提请医疗保障行政部门督促甲方整改：

（一）未按本协议规定进行医疗费用结算的。

(二) 工作人员违反《社会保险工作人员纪律规定》的。

(三) 其他违反基本医疗保障法律、法规行为的。

第六十三条【乙方违约责任】

(一)【约谈】

乙方未按本协议要求落实管理措施或违反医疗保障政策,或者未落实乙方义务,但尚未造成医保基金损失的,由甲方约谈乙方,责令乙方整改;乙方拒不改正的,甲方有权对乙方给予暂停拨付、每次扣处违约金10000元,直至中止、解除本协议的处理。

(二)【暂停拨付】

乙方有下列情形之一的,甲方约谈乙方,责令乙方整改,并暂停拨付其医疗费用:

1. 违反第九条**【集中采购】**约定,未完成合同采购数量,拒绝集采药品、医用耗材进入和使用的;或未在规定时间内返还甲方预付资金或未按期足额归还甲方预付的集中采购货款的。

2. 违反第十二条**【结算账户与现金管理】**第一项约定,将以个人名义开设的银行储蓄账户用于本单位的转账结算和现金收付。

3. 违反第十二条**【结算账户与现金管理】**第二项约定,未将现金使用范围外的收支通过银行账户进行转账支付的,纳入医保支付范围内的药品、医用耗材购置款项的结算未使用对公账户转账。

4. 违反第三十八条**【信息管理】**第三项约定,未按照甲方要求开展骨干网络、四川省医疗保障信息平台、DRG、智能场景监控、医保移动支

付、国家医保服务平台 APP 接入、四川医保 APP 接入等医保信息化建设的。

5.违反第三十九条【技术要求】约定，信息系统未达到甲方要求的。

6.违反第五十七条【自查自纠】约定，未在规定时间内退回违规费用的。

7.符合第五十八条【调查核实期间处理措施】约定情形的。

8.未按期足额归还甲方预付款/预付金的。

9.未按时足额缴纳违约金的。

（三）【不予结算或追回已拨付的违规费用】

乙方有下列情形之一的，涉及的违规费用甲方不予结算，已经结算拨付的按违规费用总金额予以追回：

1.违反第十八条【身份识别】约定，未按规定落实参保人员掌静脉、面部等生物信息采集和床头卡绑定登记等相关医保智能监管要求的。

2.违反第二十条【在床情况】约定，参保人员未实际在床的。

3.违反第二十一条【就诊记录】第一项约定，未按《病历书写基本规范》《处方管理办法》等规定书写医疗文书的。

4.符合第五十一条【费用审核】第三项情形的。

（四）【支付违约金】

1.乙方有下列情形之一的，涉及的违规费用甲方不予结算，已经结算拨付的按违规费用总金额予以追回，并按违规费用的1倍扣处违约金：

（1）违反第十四条【医保医师管理】第三项约定，未按规定在国家

医保信息编码标准数据库进行动态维护的。

(2) 违反第三十八条【信息管理】第二项约定，不按要求对码或对码错误造成医保基金损失的。

2.乙方有下列情形之一的，根据具体情形，以相关费用的倍数扣处违约金。

(1) 违反第十一条【进销存台账管理】第五项规定，药品、医用耗材账实不符，进销存差异率大于5%且小于等于10%的，按差异数量乘以购进价格处违约金。

(2) 违反第十一条【进销存台账管理】第五项规定，药品、医用耗材账实不符，进销存差异率大于10%且小于等于20%的，按差异数量乘以购进价格的2倍处违约金。

(3) 违反第十一条【进销存台账管理】第五项规定，药品、医用耗材账实不符，进销存差异率大于20%的，按差异数量乘以购进价格的3倍处违约金。

(4) 违反第十七条【就医原则】第一项约定，将应当由医保基金支付的医疗费用转嫁给参保人员自费的，以转嫁医疗费用的2倍扣处违约金。

(5) 违反第二十六条【异地就医】第一项、第四十二条【联网结算】约定，无正当理由拒绝为参保人员联网直接结算费用的，以参保人员应实际结算费用2倍扣处违约金。

(6) 违反第四十六条【付费方式】第二项约定，将超过限额结算标准的医疗费用转嫁给患者自费的，以转嫁医疗费用的2倍扣处违约金。

3.乙方有下列情形之一的，涉及的违规费用甲方不予结算，已经结算拨付的按违规费用总金额予以追回，并按违规费用的2倍扣处违约金，情节严重的中止协议或科室医保服务资格1至3个月：

（1）违反第三条【**服务类别**】约定，将超出医疗保障服务类别产生的费用纳入医保基金支付的。

（2）违反第十一条【**进销存台账管理**】第一项、第二项约定，未提供购进药品、医用耗材真实合法发票和随货同行单的，或票流、物流、付款流不一致的。

（3）违反第十四条【**医保医师管理**】第一项约定，被停止医保结算资格的医师、注销医保医师备案信息的医师为参保人员诊治产生相关费用的。

（4）违反第十七条【**就医原则**】第一项约定，违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、不合理用药的。

（5）违反第十九条【**入院出院**】第四项约定，发生分解住院、挂床住院的，将低指征或无指征参保人员收住院的。

（6）违反第十九条【**入院出院**】第五项约定，高套疾病诊断，高套并发症/合并症，高套手术操作，高套与本次治疗无关其他诊断的。

（7）违反第二十一条【**就诊记录**】第二项约定，违反“七吻合”或与实际使用情况不一致。

（8）违反第二十六条【**新增院区**】约定，未经甲方审核同意开展基本医疗保障业务的。

(9) 违反第二十九条【目录内容】约定，超出医保目录或标准范围的。

(10) 违反第三十条【用药管理】约定，不合理用药、超出药品适应症或特殊限定范围、缺乏相关依据的。

(11) 违反第三十三条【处方管理】约定，无特殊理由将药品目录中最小分类下的同类药品叠加使用的；

(12) 违反第三十五条【处方用量】第一项约定，无特殊理由出院带药超过7日用量。

(13) 违反第三十六条【辅助检查】第一项约定，严格按照各项辅助检查的适应症，将特殊检查项目（如彩超、CT、MRI 等）列为常规检查的。

(14) 违反第三十六条【辅助检查】第二项约定，出具的医学影像检查报告（包括 CT、MRI、彩超、B 超、DR、X 片等），无注册地为乙方的执业医师或在乙方多点执业的医师签名或加盖其印章的。

(15) 违反第三十六条【辅助检查】第三项约定，使用不符合标准的检查、诊疗设备和设施，使用未校验或过期设施设备的。

(16) 违反第四十五条【收费管理】第一项约定，对医保部门未制定价格的医疗服务项目进行收费，重复开药、重复收费、串换项目收费，分解收费、超标准收费和虚记医疗费用的。

(17) 违反第五十条【费用结算】第五项约定，将不符合医保报销条件的药品费用纳入医保结算的。

(18) 违反第五十一条【费用审核】第四项约定，同一时间段内，同一诊疗项目服务或医疗服务设施服务的申报数量大于标准提供数量的。

4.乙方有下列情形之一的，涉及的违规费用甲方不予结算，已经结算拨付的按违规费用总金额予以追回，并按违规费用的3倍扣处违约金，情节严重的中止协议或科室医保服务资格4至6个月，直至解除医保协议：

(1) 违反第三条【服务类别】第二项约定，提供的医疗服务与卫生健康行政部门许可的诊疗科目、执业范围不符的。

(2) 违反第十一条【进销存台账管理】第五项约定，药品、医用耗材申报数量与销售数量比率小于80%或大于120%的。

(3) 违反第十四条【医保医师管理】第二项约定，乙方医师未按照注册的执业地点、执业类别、执业范围执业的。

(4) 违反第三十二条【医疗机构制剂】约定，将未纳入医疗保障用药范围的医院制剂进行医保结算的。

(5) 违反第五十七条【自查自纠】约定，未按甲方要求开展自查，并退回违规使用的医保基金的。

(6) 违反第十条【财务管理】、第二十一条【就诊记录】第二项约定，伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医疗文书的，第三十八条【信息管理】第四项约定，伪造、变造、隐匿、涂改、销毁会计凭证、医学文书、电子信息等资料的。

(7) 其他违反本协议情节较重的。

(八) 【中止协议】

乙方有下列情形之一的，甲方有权中止本协议：

- 1.符合《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）第四十二条规定的。
- 2.拒绝或阻挠检查，不配合检查的。
- 3.违反本协议约定，情节较严重的。
- 4.其他违反法律法规、规章及相关部门管理规定的。

（九）【解除协议】

乙方有下列情形之一的，甲方有权解除本协议，并向社会公布：

- 1.将中止协议、解除协议的医疗机构、非医保定点医疗机构以及其他机构发生的医疗费用纳入本医保定点医疗机构结算，情节严重的。
- 2.违反第三十九条**【技术要求】**约定，未按要求妥善使用或管理机具，出租、出借或赠与非医保定点医药机构从事医保基金使用活动的。
- 3.违反第五十五条**【监督检查】**第一项约定，拒绝或阻挠检查，情节严重的。
- 4.符合《中华人民共和国社会保险法》第八十七条规定的。
- 5.符合《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十条规定的。
- 6.符合《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）第四十三条规定的。
- 7.违反法律法规、规章及相关部门管理规定，造成严重后果或重大影响的。

第六十四条【处罚追责】

乙方存在违反法律、法规行为，甲方应报有关部门追究其相应责任；涉嫌犯罪的，移交司法机关处理。乙方受到行政、刑事处罚，不影响乙方按照本协议约定承担违约责任。

第六十五条【公示义务】

乙方在停止医疗保障服务期间(含中止协议、解除协议、终止协议等)，必须在其营业场所显著位置将有关情况进行公告，并向就诊参保人员予以解释说明。因未公示或未解释说明而发生的参保人员医疗费用全部由乙方承担，造成其他不良后果的，由乙方负责。

第九章 附 则

第六十六条【争议处理】

甲乙双方在协议履行过程中发生争议的，应通过协商解决。双方协商未果的，可以要求甲方所属地医疗保障行政部门进行协调处理。对协调处理结果不服的，可依法申请行政复议或提起行政诉讼。依法提起行政诉讼的，应向甲方所在地有管辖权的人民法院提起诉讼。

第六十七条【相关术语】

(一) 医保医师：指依法取得执业医师或执业助理医师资格，在遂宁市医疗保障定点医疗机构中注册执业并具备处方权，经医疗保障经办机构（即遂宁市各级医疗保障行政部门直属的各级医疗保障事务中心，下同）登记备案、为参保人员提供医疗服务的医务人员。

(二) 分解住院：将未达到出院标准的病人办理出院结算手续后，再

办理入院。

（三）挂床住院：有入院登记、医疗费用记录、病案记载，但没有在医院实际治疗，或者只有诊疗时在病房、其他时间非诊治原因不在病房的（一般表现为在规定时间内大部分费用为检查费或药品费等）。

（四）分解收费：违反遂宁市医疗服务项目及价格收费政策规定，将某一诊疗项目的费用分解成多个收费项目进行收费。

（五）重复收费：收费项目的内涵已包含某操作，在收取该收费项目的同时又单独将项目内涵中包含的操作单独收费；或者使用某一诊疗项目、药品、医用耗材后，反复多次收取该诊疗项目、药品、医用耗材的费用。

（六）串换药品、医用耗材、诊疗项目、服务设施：因某一诊疗项目本身无收费标准，而使用其他收费项目标准进行收费。

（七）虚记医疗费用：将未施行的检查、检验、治疗、诊疗项目或药品、医用耗材计入基本医疗保障结算。

（八）伪造医疗文书：利用参保人员信息，伪造或者编造病情证明、病程记录、手术记录、治疗记录、护理记录、处方、检查报告单等病历相关内容。

（九）七吻合：医嘱、病程记录、处方、辅助检查结果、治疗记录（含医嘱执行记录、手术记录、理疗记录等）、票据和费用清单等七项记载医疗服务内容的资料保持一致或吻合。

（十）进销存比率：指同一时间段内，同一品规药品或医用耗材，“本

期销售、期末结存数量之和”与“期初结存、本期购进数量之和”的比率。

计算公式：进销存比率=（本期销售数量+期末结存数量）÷（期初结存数量+本期购进数量）×100%。

（十一）申报数量与销售数量比率：指同一时间段内，同一品规药品或医用耗材申报数量与销售数量之比。

计算公式：申报数量与销售数量比率=（申报数量÷销售数量）×100%。

（十二）标准提供数量：诊疗项目服务或医疗服务设施服务的标准提供数量，依据卫生行业技术规范、医疗设备说明书、检查检验试剂说明书等规定的标准进行计算。

（十三）对码错误：指医保定点医疗机构违反基本医疗保障诊疗项目、药品目录、医用耗材目录等管理相关规定，将目录内药品、诊疗、医用耗材进行错误对码的违规行为。

（十四）违规费用：指医保定点医疗机构履约过程中的违法、违约行为所涉及医保基金使用行为的医疗费用中纳入医保基金支付范围的部分。

（十五）中止协议：指医保经办机构与医保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。

（十六）解除协议：指医保经办机构与医保定点医疗机构之间的医保协议解除，协议关系不再存续，解除协议后产生的医药费用，医保基金不再结算。

第六十八条【协议期限】

（一）本协议有效期，自2023年 月 日至2023年12月31日。协议执行

期间，国家法律、法规和政策有调整的，按新的规定执行。

（二）协议期满后，因甲方原因未签订新协议前，本协议继续有效，有效期至下一年度协议签订日止。

（三）协议到期后，自甲方通知乙方续签协议之日起20个工作日内，乙方未与甲方续签协议的，视为自动放弃续签协议，本协议终止。

第六十九条【协议留存】

本协议一式叁份，甲乙双方各执一份，另一份送同级医疗保障行政部门备案，双方签字盖章后即生效。

甲方：遂宁市医疗保障事务中心（签章） 乙方：（签章）

甲方授权单位：_____县、（市、区） 乙方联系人：

医疗保障事务中心（盖章） 联系电话：

经营地址：

甲方授权代表（签字）：

附件 2

遂宁市医疗保障定点医疗机构服务协议

(门诊部、诊所)

(2023年)

甲 方：_____

法定代表人：_____

地 址：_____

邮政编码：_____

联系电话：_____

乙 方：_____

法定代表人：_____

地 址：_____

邮政编码：_____

联系电话：_____

遂宁市医疗保障事务中心制发

遂宁市医疗保障定点医疗机构

服务协议

（门诊部、诊所、村卫生室）

为进一步加强医保定点医疗机构规范化管理，保障参保人员合法权益，确保医保基金安全，根据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）、《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》（国令第735号）、《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）等相关法律法规和政策，甲乙双方自愿就医疗保障医疗服务有关事宜签订如下协议。

第一章 总 则

第一条【基本准则】

甲乙双方必须认真贯彻国家、四川省和遂宁市有关医疗保障（含城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、生育保险、医疗救助、药品及医用耗材招标采购、医药价格收费等，以下简称“医疗保障”）、卫生健康、市场监管等法律、法规和政策规定。

第二条【服务对象】

乙方提供医疗服务的对象包括：遂宁市城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、生育保险参保人员和在我市就医的异地参保人员。

第三条【服务类别】

乙方可开展的医疗保障服务类别为：_____共（ ）类

- （一）城镇职工基本医疗保险普通门诊。
- （二）城乡居民基本医疗保险门诊统筹。
- （三）门诊慢性特殊疾病治疗服务。
- （四）异地就医门诊医疗。

第四条【共同约束】

甲乙双方必须依照国家、四川省和遂宁市有关规定，正确行使权利和履行义务。甲乙双方有权监督对方执行有关规定和履行职责的情况，投诉对方工作人员的违法违规行为，向对方提出合理化的建议。

第五条【甲方权利】

（一）甲方有权监督管理乙方纳入医疗保障支付范围的医疗服务行为和医疗费用，对乙方及其医务人员的医疗保障服务行为和医保基金支付情况进行监督检查，依法依规查处乙方在医疗保障领域的违法违规行为。

（二）根据《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等相关规定，甲方有权通过业务经办、统计、调查获取医疗保障服务所需的数据；有权掌握乙方的运行管理情况；有权从乙方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料。

（三）甲方有权向社会公布参保人员在乙方就医发生的医疗保障费用结算情况。

（四）甲方有权委托具备资质的第三方机构对乙方所开展的医疗保障服务、医保业务收支等情况进行审计。

（五）甲方有权对乙方的违约行为进行查处，采取约谈、暂停拨付、不予结算、已经结算拨付的按违规费用总金额予以追回、要求支付违约金、中止协议、解除协议等处理措施，确保医保基金安全，并依法向医疗保障行政部门和其他执纪执法机关移送乙方及其医务人员的违规违纪违法问题。因乙方违约造成的损失，由乙方全部承担。

（六）甲方有权向上级医疗保障行政部门、上级医疗保障经办机构、卫生健康部门、参保单位、参保人员和公众媒体等通报乙方执行医保政策、履行医保协议、违法违规违约情形、定期考核及医疗费用运行等相关情况。

第六条【乙方权利】

（一）乙方在没有违法违规违约的情况下，有权在规定时间内获得乙方已结算的参保人员医疗费用中应由医保基金支付的费用。

（二）乙方有权依法申请复核、评审和行政复议。

（三）乙方有权依法对完善医疗保障政策提出意见建议。

第七条【甲方义务】

（一）及时向乙方通报遂宁市医疗保障相关规定和管理制度、操作规程的变化情况，并接受乙方咨询。

（二）加强医保基金预算管理，完善付费方式及结算办法，及时审核并按规定向乙方拨付应当由医保基金支付的医疗费用。

（三）组织乙方有关人员培训。

（四）通过政府网站、服务场所、媒体等向社会开展医疗保障政策宣传。

（五）甲方及其工作人员对在工作中获取的参保人员基本信息、病历等应当严格履行信息安全管理相关规定。

第八条【乙方义务】

（一）乙方必须依法从事医疗服务活动，遵守医保、卫生健康、市场监管、税务等部门相关规定，为参保人员提供合法、合理、必要的医疗服务。

（二）乙方必须按照卫生健康行政部门规定配备相应人员和设施设备，规范医疗服务行为，加强医疗质量管理，提高医疗服务质量。

（三）乙方必须配备专（兼）职管理人员，配合甲方开展医疗保障管理工作，负责及时处理参保人员在就医结算方面遇到的问题。

（四）乙方必须建立健全医保基金使用内部管理制度，加强内部人员管理，严禁服务不足、过度医疗，保证医疗服务质量和参保人员权益。定期开展自查，自查相关资料存档备查。

（五）乙方必须严格执行有关票据管理的规定，必须向参保患者开具专用票据，必须注明医保统筹基金支付金额、个人账户支付金额、其他支付金额、个人现金支付金额及个人自付金额。

（六）乙方必须在本机构显要位置悬挂全市统一的“遂宁市医疗保障定点医疗机构”牌匾、“医疗保障基金监督举报电话”标牌、医疗保障服务意见箱。通过宣传栏等多种渠道宣传医疗保障主要政策、就医流程、医保电子凭证或医保码（社会保障卡）使用方法等内容。

（七）乙方每年必须对全体职工定期开展不少于两次的医疗保障相关法律、法规、政策培训，医保法规和本协议应作为新职工入职培训的

重点内容，相关资料存档备查。

（八）乙方必须向甲方提供与医疗保障有关的材料，实时传输参保人员就医、结算情况及其他相关信息，保证提供的材料和信息的真实、准确、完整。因乙方提供不实资料、传输虚假数据所导致的经济和法律费用由乙方全部承担。

（九）乙方必须贯彻执行《四川省医疗保障局网信办关于开展城镇职工医保个人账户共济业务信息化建设相关工作的通知》相关规定，切实保障参保人员及其家庭成员合法权益，并采取有效的保密措施，确保参保人员个人账户资金的安全使用。

（十）乙方必须为参保人员提供相关的咨询服务，做好政策解释，正向引导，不得误导宣传、错误解释和推诿病人、损害参保人员权益等。因乙方原因导致病人投诉、上访，乙方必须负责妥善处理到位，承担相关费用，并将处理情况及时报告甲方。乙方必须积极配合甲方开展举报投诉查处和参保人员信访回复工作。乙方造成群访、缠访或严重影响的，甲方提请有关部门追究乙方相关负责人责任。

（十一）乙方必须配合甲方调阅病历和向甲方信息系统查询功能。

（十二）乙方通过自查发现的问题必须及时整改到位，涉及违规使用的医保基金必须主动退回甲方指定账户，并向甲方提交正式书面报告。

第九条【财会管理】

（一）乙方必须严格执行国家制定的财务制度和会计制度，规范财务管理，按规定保存财务账目、会计凭证，确保会计核算资料的真实性

和完整性。

（二）乙方应严格执行有关票据管理办法，规范票据的领购、使用、保管及核销等管理环节，不得伪造、变造、隐匿、涂改、销毁会计凭证，不得将票据转让或转借给其他单位和人员使用。

第十条【进销存台账管理】

（一）乙方购进药品、医用耗材的发票和随货同行单应符合市场监管、税务部门要求。购进发票不能全部列明品种等信息的，必须附加盖供货单位发票专用章的销售货物或者应税劳务清单，注明税票号码，发票上的购、销单位名称及金额、品名应当与付款流向及金额、品名一致，并与财务账目内容相对应。发票按有关规定保存。

（二）乙方购入的药品及医用耗材，必须建立进销存登记制度，建立相应进销存台账及进销存管理信息系统，保存真实完整的购销记录，并留存购销发票和凭证。

（三）药品购销记录必须注明药品的通用名称、生产厂家（中药材标明产地）、剂型、规格、批号、购（销）数量、购（销）价格、购（销）金额、购（销）单位、生产日期、购进日期、有效期、批准文号及市场监管部门规定的其他内容。

（四）乙方医用耗材进销存记录参照药品进销存记录执行。按规定可单独收费的医用耗材，其购进记录必须注明相关明细信息。

（五）乙方药品、医用耗材应做到账实相符，医保基金结算的申报数量不得大于其购进或销售数量，且不得大于其进购数量。

第十一条【结算账户与现金管理】

乙方的各项收支必须遵守《现金管理暂行条例》《人民币银行结算账户管理办法》及实施细则的要求。

（一）乙方必须按照中国人民银行的规定选择一家银行的一个营业机构开立一个基本存款户，用于办理日常转账结算和现金收付。乙方不得将以个人名义开设的银行储蓄账户用于本单位的转账结算和现金收付。

（二）乙方现金的使用，必须按照《现金管理暂行条例》的规定范围使用，现金使用范围外的收支都应通过银行账户进行转账支付。纳入医保支付范围内的药品、医用耗材购置款项的结算应使用对公账户转账。

第十二条【变更备案管理】

乙方的名称、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、机构类别等重大信息变更时，必须自有关部门批准同意变更之日起30个工作日内向甲方提出变更申请。其他一般信息变更也应及时书面告知。

第十三条【医保医师管理】

（一）甲乙双方必须加强对医保医师等医务人员管理。甲方按照中省市相关要求，依法推进医保医师管理，建立健全医保医师基础信息库。被停止医保结算资格的医师、注销医保医师备案信息的医师不得为参保人员提供医疗保障服务，否则，甲方有权拒付相关费用。

（二）乙方医师经注册后，必须按照注册的执业地点、执业类别、执业范围，从事相应的医疗、预防、保健活动。

（三）乙方必须严格执行《医师执业注册管理办法》，将医保医师在国家医保信息编码标准数据库进行动态维护，由甲方按规定纳入管理。医保医师必须严格执行医疗保障政策规定，自觉规范诊疗行为，诚信履行职责。

第十四条【谈判机制】

甲方与乙方通过建立协商谈判机制，依据乙方执业范围、服务能力、服务质量和医疗保障政策执行情况等确定乙方的医疗保障服务类别、服务内容、付费方式、支付标准等。

第十五条【举报投诉】

甲乙双方必须明确并公布参保人员的投诉渠道，对参保人员维护合法权益、医疗服务质量等方面的投诉必须及时核实情况并予以处理。

第二章 诊疗服务

第十六条【就医原则】

（一）乙方必须严格遵循卫生健康行政部门有关规定，按照有关质量控制标准规范操作，合理检查、合理治疗、合理用药，采取有效措施控制医疗费用的不合理增长，减轻参保人员个人负担；乙方不得过度检查、过度治疗、过度用药，不得将应当由医保基金支付的医疗费用转嫁给参保人员自费，乙方不得虚增医疗费用，将门诊统筹报销个人自付部分转嫁统筹基金报销。

（二）甲方可建立参保人员满意度评价制度，对乙方的服务态度、服务水平和医疗费用控制等进行综合评价。甲方可委托第三方机构对乙

方开展参保人员满意度评价。

第十七条【身份识别】

乙方必须严格执行实名就医和购药管理规定。参保人员就诊时，乙方必须核实其有效医疗保障凭证（医保电子凭证或医保码或社会保障卡），做到人证相符。乙方发现参保人员证件无效、人证不符的，不得进行医疗保障结算；发现有骗保嫌疑的，必须及时报告甲方。乙方不得以任何理由收集或保管参保人员医保电子凭证或医保码、社会保障卡。

第十八条【就诊记录】

（一）乙方必须按《病历书写基本规范》《处方管理办法》等规定书写门诊病历、门诊日志和处方等医疗文书，并按规定归档保存备查。诊疗记录必须真实、准确、完整、清晰。辅助检查、用药和治疗等必须在诊疗记录中有说明，必须有结果分析。

（二）乙方必须做到医嘱、处方、辅助检查结果（含原始电子数据记录、影像图文记录等，下同）、治疗记录（含医嘱执行记录、手术记录、理疗记录等，下同）、票据和费用清单吻合，并与参保人员实际情况相符合。不得伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医疗文书。

（三）乙方收治外伤参保人员急诊急救时，首诊医生必须如实书写医疗文书，详细记录参保人员受伤时间、地点、原因、部位、经过等情况。

第十九条【知情同意】

乙方必须保证参保人员知情同意权，向参保人员提供门诊费用结算清单，为参保人员提供医疗费用查询服务及承担相关费用解释责任。

第二十条【就医安全】

乙方应当对参保人员所提供的医疗服务履行告知义务，保证参保人员就医安全。如因乙方服务不当发生医疗安全事故，责任由乙方承担，相关医药费用甲方不予支付。

第二十一条【异地就医】

（一）乙方必须加强异地就医参保人员就医管理服务工作，严格进行身份识别，为就医人员提供合理的医疗服务和费用结算。

（二）乙方开通异地就医联网结算服务的，无正当理由不得拒绝异地参保人员直接结算费用。

（三）甲方将乙方为异地就医参保人员医疗服务情况纳入监管考核范围。乙方违反异地就医相关规定的行为和查处适用于本协议。

第三章 目录管理

第二十二条【目录内容】

乙方必须严格执行《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》《四川省基本医疗保险诊疗项目目录》《四川省基本医疗保险医疗服务设施项目范围》和四川省医用耗材、民族药、中药饮片以及遂宁市医疗服务价格等目录，超出医保目录或标准范围的费用，甲方不予支付。

第二十三条【用药管理】

乙方对参保人员用药必须遵循合理用药原则，准确掌握目录内特殊限定药品的使用范围并留存用药依据便于甲方核查。甲方鼓励乙方使用

基本药品目录内的药物品种。

第二十四条【处方管理】

乙方医生开具西药处方必须符合西医疾病诊治原则，开具中成药、中药饮片处方必须遵循中医辩证施治原则和理法方药。乙方必须采取措施鼓励按照“先甲类后乙类、先口服制剂后注射制剂、先常释剂型后缓（控）释剂型”等原则选择药品。

第二十五条【设施设备管理】

（一）乙方应向参保人员提供符合国家相关法律、法规要求的检查、诊疗设施和设备，并按国家相关规定进行校验。

（二）乙方使用不符合国家相关法律、法规要求的检查、诊疗设施和设备或使用过期未校验及报废的设施、设备产生的医疗费用，甲方不予支付，已支付予以追回，并按协议约定予以处理。

第四章 信息系统管理

第二十六条【信息管理】

（一）乙方应严格按照遂宁市医疗保障定点医疗机构信息化建设规范及相关要求，做好本单位信息系统建设工作。乙方应合理设置管理权限，并将相关人员名单报甲方备案。甲方根据医疗保障管理需要，组织乙方信息管理相关人员进行业务培训。

（二）甲方根据医疗保障费用的支付范围及管理需要，按照遂宁市基本医疗保险基础信息库管理经办规程，适时建立药品、诊疗、诊断、医用耗材、医务人员、设备、医疗机构基础信息、参保人员就诊档案等

医保基础信息库。乙方应按甲方要求建立并维护与之对应的信息库，保证信息库数据的及时性、规范性、准确性及安全性。

（三）乙方严格按照基本医疗保险诊疗项目、药品目录、医用耗材目录等管理的相关规定进行对码、申报、维护工作。乙方应实时更新目录库，负责核对本机构目录库编码。不按要求对码或对码错误的，相关医疗费用不予支付（已支付予以追回），并按本协议约定进行处理。因乙方信息维护不及时、对应不正确，导致相关医疗费用不纳入医保基金支付，造成参保人损失的，由乙方承担。

（四）乙方应加强本单位信息系统建设工作，确保本单位信息系统支持使用医保电子凭证或医保码和具有金融功能的社会保障卡实现挂号、就诊和支付等。

（五）乙方应引导参保人员优先激活使用医保电子凭证或医保码，确保使用医保电子凭证或医保码进行联网结算的业务量占总业务量的50%及以上。

第二十七条【技术要求】

（一）乙方必须按照遂宁市医疗保障信息系统的技术和接口标准，实现与医疗保障信息系统及时、有效对接，配备相关医疗保障联网设施设备，保证乙方的网络与互联网物理隔离，与其他外部网络联网采用有效的安全隔离措施。

（二）乙方在新增刷卡机具时，须主动联系甲方进行刷卡机具注册，并按照甲方的要求，做好机具管理。

（三）乙方不得随意改变刷卡机具使用场地，不得将刷卡机具出租、

出借或赠与非医保定点医药机构从事医保基金使用活动。改变刷卡机具使用场地时，需联系甲方重新注册。

（四）甲方解除或终止本协议时，乙方必须妥善处置刷卡机具。

第二十八条【信息安全】

（一）甲乙双方必须遵守遂宁市医疗保障信息安全管理规范，制定信息安全管理制度并有效执行；保证参保人员隐私，确保就医、结算等信息的安全，严格执行信息保密制度。

（二）乙方必须确保向甲方传输的参保人员就医、结算及其他相关信息均由信息系统自动生成，按甲方要求规范填写并与实际情况相符，严禁人为篡改弄虚作假。

第二十九条【信息传输】

（一）乙方应当严格按照甲方管理以及数据指标上传要求，做好相关数据的上传工作，做好数据备份。上传医疗费用明细与实际情况应保持一致。

（二）乙方必须严格按照遂宁市医疗保障定点医疗机构信息化建设规范及甲方要求，实时传输参保人员就医、结算、医疗费用申报、药品及医用耗材进销存信息等相关数据指标项目（不可抗力因素除外），确保数据的准确、真实、规范，并做好数据备份。

第三十条【联网结算】

乙方必须按照医疗保障相关规定和经办流程为参保人员联网直接结算医疗费用，无特殊情况不得拒绝参保人员联网直接结算，不得要求参保人员到参保地经办机构手工报销；参保人员因系统报错、网络故障

等原因不能联网直接结算的，乙方必须及时对接甲方处理，在消除不能联网直接结算因素后由乙方重新结算。

第三十一条【应急预案】

甲乙双方必须制定应急预案，任何一方的信息系统出现故障并影响到参保人员就医的，必须及时通知对方且启动应急预案。在故障排除前，乙方必须采取有效措施，保障参保人员正常就医结算。

第五章 医疗费用结算

第三十二条【收费管理】

乙方必须严格执行医药价格政策，不得重复收费、串换项目收费、分解收费和虚记医疗费用。

第三十三条【付费方式】

（一）甲乙双方必须严格执行遂宁市医疗保障结算管理的相关规定。乙方与参保人员结算医疗费用后，甲方对乙方报送的门诊费用按照服务项目付费。

（二）甲方对部分项目或病种实行限额结算的，乙方不得将超过限额结算标准的医疗费用转嫁给参保人员自费，也不得以限额为由降低参保人员的医疗质量，不得减少合理和必要的药品及治疗。

第三十四条【个人账户管理】

（一）乙方应按照医疗保障相关规定和经办流程为参保人员刷卡、使用医保电子凭证或医保码结算医疗费用，确保医保基金支付费用符合规定的支付范围。

（二）乙方不得使用个人账户资金支付范围外的费用，包括但不限于化妆品、日用品、主副食品、“X食健字”类、“X卫健字”类、“X妆X字”类商品、婴幼儿配方乳粉等。

（三）乙方必须贯彻执行遂宁市关于个人账户使用相关规定，切实保障参保人员合法权益，并采取有效的保密措施，确保参保人员个人账户的安全使用。

（四）乙方对一次性支付金额在500元以上、同一个人账户同一天在乙方累计支付800元以上的，应当查验参保人员或代购人身份证，登记参保人员或代购人姓名、身份证号、住址、联系电话等信息。如乙方违反本项规定造成参保人员个人账户损失的，由乙方负责。

（五）乙方不得以任何理由收集或滞留参保人员医保电子凭证或医保码、社会保障卡。

第三十五条【医药价格】

乙方的药品和诊疗项目必须明码标价，使用医保电子凭证或医保码、社会保障卡和现金购买价格应当保持一致，乙方应为参保人员提供发票，并注明联网结算支付金额。

第三十六条【费用结算】

（一）乙方与参保人员联网结算医疗费用的同时，必须通过医疗保障信息系统向甲方发起结算申请。

（二）乙方必须于每月10日前（遇系统升级维护等特殊情况顺延，下同）通过医疗保障信息系统向甲方发起医疗费用结算申请，并向甲方报送加盖公章的上月《医保定点医疗机构清算申请结算单》。甲方审核

医疗费用清单时，需结合病历审核的，乙方必须及时提供病历或加盖公章的病历复印件。

（三）乙方逾期未申报医疗费用，甲方可以采取电话提醒、书面函告等方式督促乙方。两次督促后，乙方次月仍未按规定申报的，甲方可不予受理、不予结算支付相关费用。

（四）乙方不得将不具备医保结算资格的其他机构的医疗费用纳入医保结算。

（五）乙方不得将不符合医保报销条件的医疗费用纳入医保结算。

（六）乙方必须对单次报销金额 500 元以上结算情况的建立大额登记台账，台账含参保人员个人信息，就医购药明细信息，费用发生时间和联系方式。

第三十七条【费用拨付】

（一）甲方受理乙方的医疗费用结算申请后，对审核通过的医疗费用应及时完成拨付。遇特殊情况需进一步核实的，可暂缓支付。甲方以银行转账的方式向乙方拨付医疗费用。

（二）甲方不予支付的费用、乙方按协议约定支付的违约金等，乙方不得作为医保欠费处理。

第三十八条【结算资料存档】

乙方必须按照档案管理有关规定，按年度将参保人员医疗费用结算票据等医保结算资料存档归卷，以备甲方随时核查。

第三十九条【医疗纠纷处理】

（一）参保人员与乙方发生医疗纠纷并涉及医疗费用结算的，乙方

必须及时报告甲方。

（二）在医疗纠纷处理终结之前，甲方暂不支付涉及医疗纠纷的相关医疗费用。经合法有效的法律文书确认乙方有责任的，乙方责任范围内医疗费用甲方不予支付。

第六章 医疗服务监管

第四十条【监督检查】

（一）甲方应对乙方执行医疗保障政策法规和履行医疗保障服务协议情况进行监督检查，乙方必须予以配合，如实提供相关资料和信息，不得拒绝、阻碍检查或者谎报、瞒报。对于乙方提供的资料，甲方应当予以保密。

（二）乙方应在《现场检查记录》《询问笔录》、取证资料等相关材料上签字并加盖公章。拒绝签字盖章的，甲方可在笔录或其他材料上注明原因，必要时可邀请有关人员作为见证人。

第四十一条【调查核实期间处理措施】

甲方发现乙方涉嫌违法或违反本协议相关约定（包括但不限于对医保基金安全、参保人员权益可能造成风险等）时，有权要求乙方接受调查。视具体情况，甲方有权采取暂停拨付、中止本协议等措施。

第七章 协议的签订、变更和终止

第四十二条【协议签订】

（一）乙方向甲方提出医保定点申请，甲方按照《医疗机构医疗保

障定点管理暂行办法》《遂宁市医保定点医药机构评估办法》有关规定对乙方开展评估，通过评估的甲方按照程序与乙方开展协议签订工作。

（二）协议期满，符合条件的，由甲方通知乙方签订新协议。

（三）乙方有下列情形之一的，按新增医保定点医疗机构协议签订相关规定和流程执行：

1.协议终止后，再次提出签订协议申请的。

2.法律、法规及四川省、遂宁市医疗保障政策规定的其他情形。

（四）乙方因违反法律、法规、医疗保障政策和服务协议被甲方解除协议的，在法律法规及有关政策规定的时限内，乙方不得向甲方提出医保定点申请，不得签署医保定点协议。

第四十三条【协议变更】

协议期内，法律及相关政策发生变化的，协议内容无条件趋同。其他原因发生变化的，经双方协商一致，可以对本协议相关内容进行变更。

第四十四条【协议终止】

有下列情形之一的，本协议终止：

（一）双方协商一致的。

（二）乙方停业或歇业超过180天的（特殊情况经甲方书面同意的除外）。

（三）因不可抗力致使双方不能履行协议的。

（四）协议期满，双方不再签订协议的。

（五）法律、法规、规章以及四川省医疗保障局、遂宁市人民政府、遂宁市医疗保障局规定的其他情形。

第八章 违约责任

第四十五条【甲方违约责任】

甲方有下列情形之一的，乙方可要求甲方纠正，也可提请医疗保障行政部门督促甲方整改：

- （一）未按本协议规定进行医疗费用结算的。
- （二）工作人员违反《社会保险工作人员纪律规定》的。
- （三）其他违反基本医疗保障法律、法规行为的。

第四十六条【乙方违约责任】

（一）【约谈】

乙方未按本协议要求落实管理措施或违反医疗保障政策，或者未落实乙方义务，但尚未造成医保基金损失的，由甲方约谈乙方，责令乙方整改；乙方拒不改正的，甲方有权对乙方给予暂停拨付、每次扣处违约金10000元，直至中止、解除本协议的处理。

（二）【暂停拨付】

乙方有下列情形之一的，甲方约谈乙方，责令乙方整改，并暂停拨付其医疗费用：

1. 违反第八条【乙方义务】第十二项约定，未在规定时间内退回违规费用的。
2. 违反第十一条【结算账户与现金管理】第一项约定，将以个人名义开设的银行储蓄账户用于本单位的转账结算和现金收付。
3. 违反第十一条【结算账户与现金管理】第二项约定，未将现金使

用范围外的收支通过银行账户进行转账支付的，纳入医保支付范围内的药品、医用耗材购置款项的结算未使用对公账户转账。

4.违反第二十六条【信息管理】第一项约定，未按照甲方要求做好本单位医保信息系统建设工作的。

5.违反第二十七条【技术要求】约定，信息系统未达到甲方要求的。

6.符合第四十一条【调查核实期间处理措施】约定情形的。

7.未按时足额缴纳违约金的。

（三）【不予结算或追回已拨付的违规费用】

乙方有下列情形之一的，涉及的违规费用甲方不予结算，已经结算拨付的按违规费用总金额予以追回：

1.违反第十七条【身份识别】约定，未按规定严格执行实名就医和购药管理规定的。

2.违反第十八条【就诊记录】第一项约定，未按《病历书写基本规范》《处方管理办法》等规定书写门诊病历、门诊日志和处方等医疗文书的。

3.违反第三十六条【费用结算】第六项约定，未按要求做好大额登记台账的。

（四）【支付违约金】

1.乙方有下列情形之一的，涉及的违规费用甲方不予结算，已经结算拨付的按违规费用总金额予以追回，并按违规费用的1倍扣处违约金：

（1）违反第十三条【医保医师管理】第三项约定，未按规定在国家医保信息编码标准数据库进行动态维护的。

(2) 违反第二十二條【目录内容】约定，超出医保目录或标准范围的。

(3) 违反第二十三條【用药管理】约定，不合理用药、超出药品适应症或特殊限定范围、缺乏相关依据的。

(4) 违反第二十四條【处方管理】约定，无特殊理由将药品目录中最小分类下的同类药品叠加使用的。

(5) 违反第二十六條【信息管理】第三项约定，不按要求对码或对码错误造成医保基金损失的。

(6) 违反第三十二條【收费管理】约定，对医保部门未制定价格的医疗服务项目进行收费，重复开药、重复收费、串换项目收费，分解收费、超标准收费和虚记医疗费用的。

(7) 违反第三十六條【费用结算】第五项约定，将不符合医保报销条件的药品费用纳入医保结算的。

2.乙方有下列情形之一的，以相关费用的2倍扣处违约金：

(1) 违反第十六条【就医原则】第一项约定，将应当由医保基金支付的医疗费用转嫁给参保人员自费的，以转嫁医疗费用的2倍处违约金。

(2) 违反第二十一条【异地就医】第二项、第三十条【联网结算】约定，无正当理由拒绝为参保人员联网直接结算费用的，以参保人员应实际结算费用2倍处违约金。

(3) 违反第三十三条【付费方式】第二项约定，将超过限额结算标准的医疗费用转嫁给参保人员自费的，以转嫁医疗费用的2倍处违约

金。

(4) 违反第三十四条【个人账户管理】第五项约定，收集、滞留参保人员社会保障卡，允许、协助参保人员使用个人账户套取现金，串通参保人员及第三方骗取医保基金。

3.乙方有下列情形之一的，涉及的违规费用甲方不予结算，已经结算拨付的按违规费用总金额予以追回，并按违规费用的2倍扣处违约金，情节严重的中止协议1至3个月：

(1) 违反第三条【服务类别】约定，将超出医疗保障服务类别产生的费用纳入医保基金支付的。

(2) 违反第十三条【医保医师管理】第一项约定，被停止医保结算资格的医师、注销医保医师备案信息的医师为参保人员诊治产生相关费用的。

(3) 违反第十六条【就医原则】第一项约定，违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、不合理用药的。

(4) 违反第十八条【就诊记录】第二项约定，与实际使用情况不一致的。

4.乙方有下列情形之一的，涉及的违规费用甲方不予结算，已经结算拨付的按违规费用总金额予以追回，并按违规费用的3倍扣处违约金，情节严重的中止协议4至6个月，直至解除医保协议：

(1) 违反第三条【服务类别】约定，提供的医疗服务与卫生健康行政部门许可的诊疗科目、执业范围不符的。

(2) 违反第八条【乙方义务】第十二项约定，未按甲方要求开展

自查，并退回违规使用的医保基金的。

(3) 违反第十三条【医保医师管理】第二项约定，乙方医师未按照注册的执业地点、执业类别、执业范围执业的。

(4) 违反第九条【财务管理】第二项、第十八条【就诊记录】第二项、第二十六条【信息管理】第二项约定，伪造、变造、隐匿、涂改、销毁会计凭证、医学文书、电子信息等资料的。

(5) 其他违反本协议情节较重的。

5.乙方有下列情形之一的，根据具体情形，以相关费用的倍数扣处违约金。

(1) 违反第十条【进销存台账管理】第五项规定，药品、医用耗材账实不符，进销存差异率大于5%且小于等于10%的，按差异数量乘以购进价格处违约金。

(2) 违反第十条【进销存台账管理】第五项规定，药品、医用耗材账实不符，进销存差异率大于10%且小于等于20%的，按差异数量乘以购进价格的2倍处违约金。

(3) 违反第十条【进销存台账管理】第五项规定，药品、医用耗材账实不符，进销存差异率大于20%的，按差异数量乘以购进价格的3倍处违约金。

(九) 【中止协议】

乙方有下列情形之一的，甲方有权中止本协议：

1.符合《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）第四十二条规定的。

- 2.拒绝或阻挠检查，不配合检查的。
- 3.违反本协议约定，情节较严重的。
- 4.其他违反法律法规、规章及相关部门管理规定的。

（十）【解除协议】

乙方有下列情形之一的，甲方有权解除本协议，并向社会公布：

1.将中止协议、解除协议的医疗机构、非医保定点医疗机构以及其他机构发生的医疗费用纳入本医保定点医疗机构结算，情节严重的。

2.违反第二十七条**【技术要求】**约定，未按要求妥善使用或管理机具，出租、出借或赠与非医保定点医药机构从事医保基金使用活动的。

3.违反第四十条**【监督检查】**第一项约定，拒绝或阻挠检查，情节严重的。

4.连续超过 180 天未开展联网结算服务的。

5.符合《中华人民共和国社会保险法》第八十七条规定的。

6.符合《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十条规定的。

7.符合《医疗机构医疗保障医保定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第 2 号）第四十三条规定的。

8.违反法律法规、规章及相关部门管理规定，造成严重后果或重大影响的。

第四十七条【处罚追责】

乙方存在违反法律、法规行为，甲方应报有关部门追究其相应责任；涉嫌犯罪的，移交司法机关处理。乙方受到行政、刑事处罚，不影响乙方按照本协议约定承担违约责任。

第四十八条【公示义务】

乙方在停止医疗保障服务期间（含中止协议、解除协议、终止协议等），必须在其营业场所显著位置将有关情况进行公告，并向就诊参保人员予以解释说明。因未公示或未解释说明而发生的参保人员医疗费用全部由乙方承担，造成其他不良后果的，由乙方负责。

第九章 附 则

第四十九条【争议处理】

甲乙双方在协议履行过程中发生争议的，应通过协商解决。双方协商未果的，可以要求甲方所属地医疗保障行政部门进行协调处理。对协调处理结果不服的，可依法申请行政复议或提起行政诉讼。依法提起行政诉讼的，应向甲方所在地有管辖权的人民法院提起诉讼。

第五十条【相关术语】

（一）医保医师：指依法取得执业医师或执业助理医师资格，在遂宁市医疗保障定点医疗机构中注册执业并具备处方权，经医疗保障经办机构（即遂宁市各级医疗保障行政部门直属的各级医疗保障事务中心，下同）登记备案、为参保人员提供医疗服务的医务人员。

（二）分解收费：违反遂宁市医疗服务项目及价格收费政策规定，将某一诊疗项目的费用分解成多个收费项目进行收费。

（三）重复收费：收费项目的内涵已包含某操作，在收取该收费项目的同时又单独将项目内涵中包含的操作单独收费；或者使用某一诊疗项目、药品、医用耗材后，反复多次收取该诊疗项目、药品、医用耗材的费

用。

（四）虚记医疗费用：将未施行的检查、检验、治疗、诊疗项目或药品、医用耗材记入基本医疗保障结算。

（五）进销存比率：指同一时间段内，同一品规药品或医用耗材，“本期销售、期末结存数量之和”与“期初结存、本期购进数量之和”的比率。

计算公式：进销存比率=（本期销售数量+期末结存数量）÷（期初结存数量+本期购进数量）×100%。

（六）申报数量与销售数量比率：指同一时间段内，同一品规药品或医用耗材申报数量与销售数量之比。

计算公式：申报数量与销售数量比率=（申报数量÷销售数量）×100%。

（七）对码错误：指医保定点医疗机构违反基本医疗保障诊疗项目、药品目录、医用材料目录等管理相关规定，将目录内药品、诊疗、医用材料进行错误对码的违规行为。

（八）中止协议：指医保经办机构与医保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。

（九）解除协议：指医保经办机构与医保定点医疗机构之间的医保协议解除，协议关系不再存续，解除协议后产生的医药费用，医保基金不再结算。

第五十一条【协议期限】

（一）本协议有效期，自2023年 月 日至2023年12月31日。协议执行期间，国家法律、法规和政策有调整的，按新的规定执行。

(二)协议期满后,因甲方原因未签订新协议前,本协议继续有效,有效期至下一年度协议签订日止。

(三)协议到期后,自甲方通知乙方续签协议之日起20个工作日内,乙方未与甲方续签协议的,视为自动放弃续签协议,本协议终止。

第五十二条【协议留存】

本协议一式叁份,甲乙双方各执一份,另一份送同级医疗保障行政部门备案,双方签字盖章后即生效。

甲方:遂宁市医疗保障事务中心 (签章) 乙方: (签章)

甲方授权单位: _____县、(市、区) 乙方联系人:

医疗保障事务中心 (盖章)

联系电话:

经营地址:

甲方授权代表 (签字):

2023 年 月 日

乙方法人代表 (签字):

2023 年 月 日

附件3

遂宁市医疗保障定点零售药店服务协议

(2023年)

甲 方：_____

法定代表人：_____

地 址：_____

邮政编码：_____

联系电话：_____

乙 方：_____

法定代表人：_____

地 址：_____

邮政编码：_____

联系电话：_____

遂宁市医疗保障事务中心制发

遂宁市医疗保障定点零售药店服务协议

为进一步加强医保定点零售药店规范化管理，保障参保人员合法权益，确保医保基金安全，根据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）、《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》（国令第735号）、《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第3号）等相关法律法规和政策，甲乙双方自愿就医疗保障医疗服务有关事宜签订如下协议。

第一章 总 则

第一条 【基本准则】

甲乙双方必须认真贯彻国家、四川省和遂宁市有关医疗保障、卫生健康、市场监管等法律、法规和政策规定。

第二条 【服务对象】

乙方提供药品（含医用耗材，下同）服务的对象包括：遂宁市城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险参保人员和在我市购药的异地城镇职工基本医疗保险参保人员。

第三条 【服务类别】

乙方可开展的医疗保障服务类别为： 共（ ）类

（一）城镇职工医疗保险个人账户资金使用（含异地）。

（二）门诊慢性特殊疾病购药。

（三）单行支付药品高值药品购药。

第四条【共同约束】

甲乙双方必须依照国家、四川省和遂宁市有关规定，正确行使权利和履行义务。甲乙双方有权监督对方执行有关规定和履行职责的情况，投诉对方工作人员的违法违规行为，向对方提出合理化的建议。

第五条【甲方权利】

（一）甲方有权对乙方医保基金使用情况、药品服务进行监督管理。

（二）根据《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等相关规定，甲方有权通过业务经办、统计、调查获取医疗保障服务所需的数据；有权掌握乙方的运行管理情况，有权从乙方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资料。

（三）甲方有权向社会公布参保人员在乙方购买药品发生的医疗保障费用结算情况。

（四）甲方有权委托具备资质的第三方机构对乙方所开展的医疗保障服务、医保业务收支等情况进行审计。

（五）甲方有权对乙方的违约行为进行查处，采取约谈、暂停拨付、不予结算、已经结算拨付的按违规费用总金额予以追回、要求支付违约金、中止协议、解除协议等处理措施，确保医保基金安全，并依法向医疗保障行政部门和其他执纪执法机关移送乙方违法违规违约问题。因乙方违约造成的损失，由乙方全部承担。

（六）甲方有权向上级医疗保障行政部门、上级医疗保障经办机构、市场监管部门、参保单位、参保人员和公众媒体等通报乙方执行医保政策、履行医保协议、违法违规违约情形、定期考核等相关情况。

第六条【乙方权利】

- （一）乙方有权为参保人员提供药品服务后获得医保结算费用。
- （二）乙方有权对经办机构履约情况进行监督。
- （三）乙方有权依法对完善医疗保障政策提出意见建议。

第七条【甲方义务】

- （一）应当做好对乙方医疗保障政策、管理制度、支付政策、操作流程的宣传培训，提供医疗保障咨询用药、查询服务。
- （二）应当加强医保基金支出管理，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。
- （三）应当及时足额向乙方拨付医保费用。
- （四）甲方及其工作人员对在工作中获取的参保人员基本信息、购药信息等应当严格履行信息管理相关规定。

第八条【乙方义务】

- （一）乙方必须遵守医保、市场监管、税务等部门相关规定，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。
- （二）乙方必须按照市场监管部门规定，配备相应人员和设施设备，规范药品销售行为，加强药品质量管理。
- （三）乙方必须配备专（兼）职医保管理人员负责管理医保费用，配合甲方开展医疗保障管理工作，负责及时处理参保人员医保结算方面遇到的问题。
- （四）乙方必须建立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。执行药品季度或年度药品进销存盘点，做到医保结算与药品进销存账实相符。

（五）乙方必须严格执行有关票据管理的规定，必须向参保人员开具专用票据，必须注明医保统筹医保基金支付金额、个人账户支付金额、其他支付金额、个人现金支付金额及个人自付金额。

（六）乙方必须在本机构显要位置悬挂全市统一的“遂宁市医疗保障定点零售药店”牌匾、“医疗保障基金监督举报电话”标牌、医疗保障服务意见箱。通过宣传栏等多种渠道宣传医疗保障主要政策、医保电子凭证或医保码（社会保障卡）使用方法等内容。

（七）乙方应当组织医保管理人员参加甲方组织的宣传和培训，组织开展医保基金相关制度、政策的培训，定期检查本单位医保基金使用情况，及时纠正医保基金使用不规范的行为。

（八）乙方必须向甲方提供与医疗保障有关的材料，及时如实上传参保人员购买药品的品种、规格、价格及费用信息。

（九）乙方必须配合甲方开展医保费用审核、稽查检查、绩效考核工作。

（十）乙方必须贯彻执行《四川省医疗保障局网信办关于开展城镇职工医保个人账户共济业务信息化建设相关工作的通知》相关规定，切实保障参保人员及其家庭成员合法权益，并采取有效的保密措施，确保参保人员个人账户资金的安全使用。

（十一）乙方必须为参保人员提供相关的咨询服务，做好政策解释，正向引导，不得误导宣传、错误解释和损害参保人员权益等。因乙方原

因导致参保人员投诉、上访，乙方必须负责妥善处理到位，承担相关费用，并将处理情况及时报告甲方。乙方必须积极配合甲方开展举报投诉查处和参保人员信访回复工作。乙方造成群访、缠访或严重影响的，甲方提请有关部门追究乙方相关负责人责任。

（十二）乙方通过自查发现的问题必须要及时整改到位，涉及违规使用的医保基金必须主动退回甲方指定账户，并向甲方提交正式书面报告。

第九条【进销存台账管理】

（一）乙方购进药品的发票和随货同行单应符合市场监管、税务部门要求。购进发票不能全部列明品种等信息的，必须附加盖供货单位发票专用章的销售货物或者应税劳务清单，注明税票号码，发票上的购、销单位名称及金额、品名应当与付款流向及金额、品名一致，并与财务账目内容相对应。发票按有关规定保存。

（二）乙方购入的药品必须建立进销存登记制度，建立相应进销存台账及进销存管理信息系统，保存真实完整的购销记录，并留存购销发票和凭证。

（三）药品购销记录必须注明药品的通用名称、生产厂家（中药材标明产地）、剂型、规格、批号、购（销）数量、购（销）价格、购（销）金额、购（销）单位、生产日期、购进日期、有效期、批准文号及市场监管部门规定的其他内容。

（四）乙方药品应做到账实相符，且医保基金结算的申报数量不得大于其购进或销售数量。

（五）乙方应定期向甲方上报医保目录内药品的“进、销、存”数据，并对其真实性负责。

第十条【结算账户与现金管理】

乙方必须按照中国人民银行的规定选择一家银行的一个营业机构开立一个基本存款户，用于办理日常转账结算和现金收付。乙方不得将以个人名义开设的银行储蓄账户用于本单位的转账结算和现金收付。

第十一条【变更备案管理】

乙方的名称、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变更时，必须自有关部门批准同意变更之日起30个工作日内向甲方提出变更申请。其他一般信息变更也应及时书面告知。

第二章 购药服务

第十二条【服务标准】

乙方必须按照药品经营质量管理规范要求，设置药品营业场所，配备服务人员、设施设备，制定规范的工作流程，相关服务能力应达到行业标准。至少配备有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（注册在乙方），药师须签订1年以上劳动合同且在合同期内。

第十三条【分区销售】

乙方必须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。

第十四条【药品质量】

乙方应具有与经营规模相适应的储存空间和完善的设施设备确保药品质量安全；必须建立相关管理制度及应急预案，建立药品销售专属报表体系，确保销售全流程信息记录可追溯，以保障参保人员合法权益和医保基金安全。

乙方必须按市场监管有关要求，进行采购、验收、陈列、储存医保药品。定期进行药品养护，不得销售过期医保药品，不得销售外包装破损、污染和无外包装的医保药品。

第十五条【药品价格】

（一）乙方必须按照公平、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。

（二）乙方的药品价格必须明码标价，使用医保电子凭证或医保码（社会保障卡）和现金购药价格必须保持一致，对参保人员使用医保电子凭证或医保码、社会保障卡购药实行费用清单制，提供符合税务管理要求的专用发票，并按相关部门管理要求妥善保存费用清单以备核查。

第十六条【销售登记】

（一）乙方必须认真贯彻执行药品有关管理规定和要求，按规定做好用药审核、用药信息登记、药品销售登记等工作，确保资料的真实性。

（二）乙方提供药品服务时，必须核对参保人员有效身份凭证（医保电子凭证或医保码、社会保障卡等），做到人证相符。特殊情况下为他人代购药品的，乙方必须要求其出示本人和被代购人身份证并进行登记。

（三）乙方必须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。

（四）乙方必须对单次报销金额 500 元以上结算情况的建立大额登记台账，台账含参保人员个人信息，就医购药明细信息，费用发生时间和联系方式。

第十七条【售药告知】

乙方药学服务人员应为顾客提供个性化用药指导服务，充分告知参保人员药品性能、适应症、用法用量、不良反应、禁忌、注意事项、有效期、贮藏要求等信息，帮助参保人员正确选择、使用药品。

第十八条【处方销售】

（一）乙方必须凭处方销售医保目录内药品，药师应当对处方进行审核、签字后调剂配发药品。处方必须由医保定点医疗机构医师开具，有医师签章。乙方可凭医保定点医疗机构开具的电子外配处方销售药品。

（二）乙方必须将参保人员购买医保目录内药品处方、购药清单等保存 2 年。

（三）乙方应核验外配处方使用人与参保人员身份是否一致。

（四）乙方无正当理由，不得拒绝参保人员处方外配，对外配处方配伍或剂量有疑义时，必须及时告知参保人员。

第十九条【个人账户管理】

（一）乙方应按照医疗保障相关规定和经办流程为参保人员刷卡、使用医保电子凭证或医保码结算医保费用，确保医保基金支付费用符合

规定的支付范围。

（二）乙方不得允许、协助参保人员使用个人账户支付个人账户资金支付范围外的费用，包括但不限于化妆品、日用品、主副食品、“X食健字”类、“X卫健字”类、“X妆X字”类商品、婴幼儿配方乳粉等。

（三）乙方必须贯彻执行遂宁市关于个人账户使用相关规定，切实保障参保人员合法权益，并采取有效的保密措施，确保参保人员个人账户的安全使用。

（四）乙方对一次性支付金额在 500 元以上、同一个人账户同一天在乙方累计支付 800 元以上的，必须登记参保人员或代购人姓名、身份证号、住址、联系电话等信息。如乙方违反本项规定造成参保人员个人账户损失的，由乙方负责。

（五）乙方不得以任何理由收集、滞留参保人员社会保障卡，不得允许、协助参保人员使用个人账户套取现金，不得串通参保人员及第三方骗取医保基金。

第三章 审核与费用结算

第二十条 【联网结算】

乙方不得拒绝参保人员使用医保电子凭证或医保码（社会保障卡）购买医保药品。进行门诊慢性特殊疾病购药的，无特殊情况下不得要求参保人员到参保地经办机构进行手工报销。

第二十一条 【费用结算】

（一）乙方与参保人员联网结算药品费用的同时，必须通过医疗保

障信息系统向甲方发起结算申请。

（二）乙方必须于每月 10 日前（遇系统升级维护等特殊情况顺延，下同）通过医疗保障信息系统向甲方发起药品费用结算申请，并向甲方报送加盖公章的上月《医保定点零售药店清算申请结算单》。

（三）乙方逾期未申报药品费用，甲方可采取电话提醒、书面函告等方式督促乙方。两次书面函告督促后，乙方次月仍未按规定申报的，甲方可不予受理、不予结算支付相关费用。

（四）乙方不得将不符合医保报销条件的药品或其它商品费用纳入医保结算。

（五）乙方不得将不属于门诊慢性特殊疾病的药品纳入门诊慢性特殊疾病中报销。

第二十二条【费用拨付】

（一）甲方受理乙方的药品费用结算申请后，对审核通过的药品费用应及时完成拨付。遇特殊情况需进一步核实的，可暂缓支付。甲方以银行转账的方式向乙方拨付药品费用。

（二）甲方不予支付的费用、乙方按协议约定支付的违约金等，乙方不得作为医保欠费处理。

第二十三条【结算资料存档】

乙方必须按照档案管理有关规定，按年度将参保人员医保结算资料存档归卷，以备甲方随时核查。

乙方应对门诊慢性及重症特殊门诊购药及职工门诊共济结算凭证进行分类保管，以备甲方随时核查。

第四章 信息系统管理

第二十四条【信息管理】

（一）乙方应严格按照遂宁市医疗保障定点零售药店信息化建设规范及相关要求，做好本单位信息系统建设工作。乙方应指定专人负责医疗保障信息管理，并将相关人员名单报甲方备案。甲方根据医疗保障管理需要，组织乙方信息管理相关人员进行业务培训。乙方自主选择运行维护供应商，开展医保信息系统对接、联网工作。

（二）甲方根据医疗保障费用的支付范围及管理需要，按照遂宁市基本医疗保险基础信息库管理经办规程，适时建立药品、医用耗材、设备、机构基础信息等医保基础信息库。乙方应按甲方要求建立并维护与之对应的信息库，保证信息库数据的及时性、规范性、准确性及安全性。

（三）乙方严格按照基本医疗保险药品目录等管理的相关规定进行对码、申报、维护工作。不按要求对码或对码错误的，相关药品费用不予支付（已支付予以追回），并按本协议约定进行处理。

（四）乙方应加强本单位信息系统建设工作，确保本单位信息系统支持使用医保电子凭证或医保码和具有金融功能的社会保障卡实现支付，确保信息系统符合甲方对其进行智能场景监控的要求。

（五）乙方应引导参保人员优先激活使用医保电子凭证或医保码，确保使用医保电子凭证或医保码进行联网结算的业务量占总业务量的50%及以上。

第二十五条【技术要求】

（一）乙方必须按照遂宁市医疗保障信息系统的技术和接口标准，实现与医疗保障信息系统及时、有效对接，配备相关医疗保障联网设施设备，保证乙方的网络与互联网物理隔离，与其他外部网络联网采用有效的安全隔离措施。

（二）乙方不得随意改变刷卡机具使用场地，不得将刷卡机具出租、出借或赠与非医保定点医药机构从事医保基金使用活动。改变刷卡机具使用场地时，需联系甲方重新注册。

（三）甲方解除或终止本协议时，乙方必须妥善处置刷卡机具。

第二十六条【信息安全】

（一）甲乙双方必须遵守遂宁市医疗保障信息安全管理规范，制定信息安全管理制度并有效执行；保证参保人员隐私，确保购药、结算等信息的安全，严格执行信息保密制度。

（二）乙方必须确保向甲方传输的参保人员购药、结算及其他相关信息均由信息系统自动生成，严禁人为篡改弄虚作假。

第二十七条【应急预案】

甲乙双方必须制定应急预案，任何一方的信息系统出现故障并影响到参保人员就医的，必须及时通知对方且启动应急预案。在故障排除前，乙方必须采取有效措施，保障参保人员正常就医结算。

第五章 监督检查与考核

第二十八条【监督检查】

（一）甲方应对乙方执行医疗保障政策法规和履行医疗保障服务协

议情况进行监督检查，乙方必须予以配合，如实提供相关资料和信息，不得拒绝、阻碍检查或者谎报、瞒报。对于乙方提供的资料，甲方应当予以保密。

（二）乙方应在《现场检查记录》、《询问笔录》、取证资料等相关材料上签字并加盖公章。拒绝签字盖章的，甲方可在笔录或其他材料上注明原因，必要时可邀请有关人员作为见证人。

第二十九条【调查核实期间处理措施】

甲方发现乙方涉嫌违法或违反本协议相关约定（包括但不限于对医保基金安全、参保人员权益可能造成风险等）时，有权要求乙方接受调查。视具体情况，甲方有权采取暂停拨付、中止本协议等措施，以确保医保基金安全。

第六章 协议的签订、变更和终止

第三十条【协议签订】

（一）乙方向甲方提出医保定点申请，甲方按照《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》《遂宁市医保定点医药机构评估办法》有关规定对乙方开展评估，通过评估的甲方按照程序与乙方开展协议签订工作。

（二）协议期满，符合条件的，由甲方通知乙方签订新协议。

（三）乙方有下列情形之一的，按新增医疗保障定点零售药店协议签订相关规定和流程执行：

1.协议终止后，再次提出签订协议申请的。

2.法律、法规及四川省、遂宁市医疗保障政策规定的其他情形。

（四）乙方因违反法律、法规、医疗保障政策和服务协议被甲方解除协议的，在法律法规及有关政策规定的时限内，乙方不得向甲方提出医保定点申请，不得签署医保定点协议。

第三十一条【协议变更】

协议期内，法律及相关政策发生变化的，协议内容无条件趋同。其他原因发生变化的，经双方协商一致，可以对本协议相关内容进行变更。

第三十二条【协议终止】

有下列情形之一的，本协议终止：

- （一）双方协商一致的。
- （二）乙方停业或歇业超过 180 天的（特殊情况经甲方书面同意的除外）。
- （三）因不可抗力致使双方不能履行协议的。
- （四）协议期满，双方不再签订协议的。
- （五）法律、法规、规章以及四川省人民政府、遂宁市人民政府、遂宁市医疗保障局规定的其他情形。

第七章 违约责任

第三十三条【甲方违约责任】

甲方有下列情形之一的，乙方可要求甲方纠正，也可提请医疗保障行政部门督促甲方整改：

- （一）未按本协议规定进行药品费用结算的。
- （二）工作人员违反《社会保险工作人员纪律规定》的。

(三) 其他违反基本医疗保障法律、法规的行为的。

第三十四条【乙方违约责任】

(一)【约谈】

乙方未按本协议要求落实管理措施或违反医疗保障政策，或者未落实乙方义务，但尚未造成医保基金损失的，由甲方约谈乙方，责令乙方整改；乙方拒不改正的，甲方有权对乙方给予暂停拨付、每次扣处违约金10000元，直至中止、解除本协议的处理。

(二)【暂停拨付】

乙方有下列情形之一的，甲方约谈乙方，责令乙方整改，并暂停拨付其医保结算费用：

1. 违反第八条【乙方义务】第十二项约定，未在规定时间内退回违规费用的。

2. 违反第十条【结算账户与现金管理】约定，将以个人名义开设的银行储蓄账户用于本单位的转账结算和现金收付的。

3. 违反第二十四条【信息管理】第一项约定，未按照甲方要求做好本单位医保信息系统建设工作的。

4. 违反第二十五条【技术要求】约定，信息系统未达到甲方要求的。

5. 符合第二十九条【调查核实期间处理措施】约定的。

6. 未按时足额缴纳违约金的。

(三)【不予结算或追回已拨付的违规费用】

1. 违反第九条【进销存台账管理】第四项约定，药品、医用耗材的医保基金结算申报数量大于销售数量的金额。

2.违反第十六条【销售登记】第四项约定，未按要求做好大额登记台账的。

（四）【支付违约金】

1.乙方有下列情形之一的，涉及的违规费用甲方不予结算，已经结算拨付的按违规费用总金额予以追回，并按违规费用的1倍扣处违约金：

（1）违反第二十四条【信息管理】第三项约定，不按要求对码或对码错误造成医保基金损失的。

（2）违反第十八条【处方外配】约定的。

2.乙方有下列情形之一的，涉及的违规费用甲方不予结算，已经结算拨付的按违规费用总金额予以追回，并按违规费用的2倍扣处违约金，情节严重的中止协议1至3个月：

（1）违反第十九条【个人账户管理】第五项约定，收集、滞留参保人员社会保障卡，允许、协助参保人员使用个人账户套取现金，串通参保人员及第三方骗取医保基金。

（2）将不符合医保报销条件的药品或其它商品费用纳入医保结算。

（3）违反第二十一条中第五项约定乙方不得将不属于门诊慢性特殊疾病的药品纳入门诊慢性特殊疾病中报销。

3.乙方有下列情形之一的，涉及的违规费用甲方不予结算，已经结算拨付的按违规费用总金额予以追回，并按违规费用的3倍扣处违约金，情节严重的中止协议4至6个月，直至解除医保协议：

（1）违反第三条【服务类别】约定的。

（2）违反第八条【乙方义务】第十二项约定，未按甲方要求开展

自查，并退回违规使用的医保基金的。

(3) 其他违反本协议情节较重的。

4.乙方有下列情形之一的，根据具体情形，以相关费用的倍数扣处违约金。

(1) 违反第九条【进销存台账管理】第五项规定，药品、医用耗材账实不符，进销存差异率大于5%且小于等于10%的，按差异数量乘以购进价格处违约金。

(2) 违反第九条【进销存台账管理】第五项规定，药品、医用耗材账实不符，进销存差异率大于10%且小于等于20%的，按差异数量乘以购进价格的2倍处违约金。

(3) 违反第九条【进销存台账管理】第五项规定，药品、医用耗材账实不符，进销存差异率大于20%的，按差异数量乘以购进价格的3倍处违约金。

(五) 【中止协议】

乙方有下列情形之一的，甲方有权中止本协议：

1.符合《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第3号）第三十九条规定的。

2.拒绝或阻挠检查，不配合检查的。

3.违反本协议约定，情节较严重的。

4.其他违反法律法规、规章及相关部门管理规定的。

(六) 【解除协议】

乙方有下列情形之一的，甲方有权解除本协议，并向社会公布：

1.将中止协议、解除协议的医药机构、非医保定点医药机构以及其他机构发生的药品费用纳入本医保定点零售药店结算，情节严重的。

2.违反第二十五条【技术要求】约定，未按要求妥善使用或管理机具，出租、出借或赠与非医保定点医药机构从事医保基金使用活动的。

3.违反第二十八条【监督检查】第一项约定，拒绝或阻挠检查，情节严重的。

4.连续超过180天未开展联网结算服务的。

5.符合《中华人民共和国社会保险法》第八十七条规定的。

6.符合《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十条规定的。

7.符合《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第3号）第四十条规定情形的。

8.违反法律法规、规章及相关部门管理规定，造成严重后果或重大影响的。

第三十五条【处罚追责】

乙方存在违反法律、法规行为，甲方应报有关部门追究其相应责任；涉嫌犯罪的，移交司法机关处理。乙方受到行政、刑事处罚，不影响乙方按照本协议约定承担违约责任。

第三十六条【公示义务】

乙方在停止医疗保障服务期间（含中止协议、解除协议、终止协议等），必须在其营业场所显著位置将有关情况进行公告，并向参保人员予以解释说明。造成其他不良后果的，由乙方负责。

第八章 附则

第三十七条【争议处理】

甲乙双方在协议履行过程中发生争议的，应通过协商解决。双方协商未果的，可以要求甲方所属地医疗保障行政部门进行协调处理。对协调处理结果不服的，可依法申请行政复议或提起行政诉讼。依法提起行政诉讼的，应向甲方所在地有管辖权的人民法院提起诉讼。

第三十八条【相关术语】

（一）进销存比率：指同一时间段内，同一品规药品或医用耗材，“本期销售、期末结存数量之和”与“期初结存、本期购进数量之和”的比率。

计算公式：进销存比率=（本期销售数量+期末结存数量）÷（期初结存数量+本期购进数量）×100%

（二）申报数量与销售数量比率：指同一时间段内，同一品规药品或医用耗材申报数量与销售数量之比。

计算公式：申报数量与销售数量比率=（申报数量÷销售数量）×100%。

（三）违规金额：指医保定点零售药店履约过程中的违法、违约行为所涉及的费用总金额，包括给医保基金、参保人员造成的损失等。

（四）中止协议：指医保经办机构与医保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。

（五）解除协议：指医保经办机构与医保定点零售药店之间的医保协议解除，协议关系不再存续，解除协议后产生的医药费用，医保基金

不再结算。

第三十九条【协议期限】

（一）本协议有效期，自 2023 年 月 日至 2023 年 12 月 31 日。协议执行期间，国家法律、法规和政策有调整的，按新的规定执行。

（二）协议期满后，因甲方原因未签订新协议前，本协议继续有效，有效期至下一年度协议签订日止。

（三）协议到期后，自甲方通知乙方续签协议之日起 20 个工作日内，乙方未与甲方续签协议的，视为自动放弃续签协议，本协议终止。

第四十条【协议留存】

本协议一式叁份，甲乙双方各执一份，另一份送同级医疗保障行政部门备案，双方签字盖章后即生效。

甲方：遂宁市医疗保障事务中心（签章） 乙方：（签章）

甲方授权单位：_____县、（市、区） 乙方联系人：

医疗保障事务中心（盖章） 联系电话：

经营地址：

甲方授权代表（签字）：

乙方法人代表（签字）：

2023 年 月 日

2023 年 月 日

信息公开选项：主动公开

遂宁市医疗保障局办公室

2023年9月27日印发