**附件： 南通市海门区医疗机构申报医保定点协议管理情况公示表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **受理编号** | **单位名称** |  **医疗机****构类型** | **地址** | **材料审核** | **现场复核** | **其他情况** | **符合纳入医保协议管理基本条件** | **备注** |
| **医保管理人员任命书** | **医疗机构执业许可证** | **医保对应内部管理制度和财务制度及票据** | **医保机构信息系统相关材料** | **使用医疗保障基金预测分析报告** | **实际经营地址与证照相符/证照名称与实际一致情况** | **《医疗机构执业许可证》的有效性** | **科室设置情况** | **药品进销存实行电算化管理** | **注册执业医师、护士、药师（士）** | **实际使用床位数(口腔诊所牙椅数)** | **诊疗环境** | **内部各项管理规章制度及财务票据** |
| A202501 | 南通市海门区海门街道补南村卫生室 | 村卫生室 | 南通市海门区海门街道补南村党群服务中心 | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | － | √ | √ | － | 是 |  |