附件1

医疗共同体医疗保险付费备案申请书

×××医疗保障局：

×××、×××、……等×家医保协议医疗机构根据《重庆市人民政府办公厅关于推进医疗联合体建设和发展的实施意见》（渝府办发〔2017〕103号）规定于 年 月 日成立医疗共同体，并报×××部门批准。按照《重庆市医疗共同体医疗保险总额预算下的总额控制付费管理办法（试行）》要求，医共体由×××作为牵头单位，与各成员单位联合形成了《医疗共同体成员医疗机构总额预算指标调剂使用办法》，现向你局申请执行重庆市医疗共同体医疗保险总额预算下的总额控制付费，同时提供以下文书请予备案。

1．医疗共同体成立相关批文；

2．医疗共同体成员医疗机构总额预算指标调剂使用办法；

3．医疗共同体成员医疗机构情况表：

医疗共同体成员医疗机构情况表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 机构医保编码 | 机构名称 | 机构等级 | 联系人 | 联系电话 | 备注 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 说明：医疗共同体须明确1家成员医疗机构为牵头单位，属于医疗共同体牵头单位的机构在备注栏用“牵头单位”字样注明。 |

备案申请单位盖章：

成员单位1 成员单位2

年 月 日

（联系人： ，联系电话： ）

附件2

医疗共同体申请医疗保险付费备案回执书

×××，×××，……：

你单位根据《重庆市人民政府办公厅关于推进医疗联合体建设和发展的实施意见》（渝府办发〔2017〕103号）规定加入医疗共同体，并于 年 月 日申请执行重庆市医疗共同体医疗保险总额预算下的总额控制付费，经审核备案相关资料，符合/不符合备案要求，同意/不同意你单位执行重庆市医疗共同体医疗保险总额预算下的总额控制付费申请。

（如不同意）×××单位已于 年 月 日备案在医共体下，不得重复备案。（或，请你单位补充完善 、 等相关备案资料后重新申请，经审核符合备案要求后纳入执行重庆市医疗共同体医疗保险总额预算下的总额控制付费。）

×××医疗保障局

年 月 日

（联系人： 联系电话： ）

附件3

医疗共同体成员医疗机构××年度总额预算调剂分配备案表

牵头单位（章）： 日期： 单位：元

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 机构医保编码 | 机构名称 | 机构医保结算级别 | 医保协议区县 | 调剂前预算总额 | 调剂出让额 | 调剂后预算总额 | 机构负责人签字 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 合 计 |  |  |  |  |  | 调剂前后合计金额应相等 |

说明“调剂出让额”为正数时，总额预算调出；“调剂出让额”为负数时，总额预算调进。

制表： 复核： 牵头单位负责人签字：

牵头单位联系电话： 成员单位盖章：

成员单位1 成员单位2

附件4

医疗共同体成员医疗机构总额预算调剂分配

备案回执书

×××，×××，……：

你单位所在医疗共同体根据《重庆市医疗联合体医疗保险总额预算下的总额控制付费管理办法（试行）》形成的《医疗共同体成员医疗机构××年度总额预算调剂分配备案表》，已于 年 月 日在我局备案，我局将按照《重庆市医疗共同体医疗保险总额预算下的总额控制付费管理办法（试行）》规定对你单位××年度总额预算指标进行调整，并按调整后的总额预算指标纳入年终清算。

×××医疗保障局

年 月 日

（联系人： 联系电话： ）

附件5

医疗共同体成员医疗机构××年度总额年终清算结果再平衡分配备案表

牵头单位（章）： 日期： 单位：元

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 机构医保编码 | 机构名称 | 机构医保结算级别 | 医保协议区县 | 再分配前不予支付额或结余留用额 | 再分配后不予支付额或结余留用额 | 机构负责人签字 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 合 计 |  |  |  |  | 再分配前后合计金额应相等 |

说明“不予支付额”用负数表示；“结余留用额”用正数表示。

制表： 复核： 牵头单位负责人签字：

牵头单位联系电话： 成员单位盖章：

成员单位1 成员单位2