452036040W00

医保定点医疗机构基础信息变更

服务指南

XXXX年X月X日发布 XXXX年X月X日实施

XXXX（发布单位全称） 发 布

1. 事项编码

452036040W00

1. 适用范围

取得医疗保障定点资格、签订医疗保障定点服务协议的医疗机构。

1. 事项类别

公共服务

1. 设立依据

《中华人民共和国社会保险法》（中华人民共和国主席令第三十五号）；《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）；《国务院办公厅关于加快推进 政务服务“跨省通办”的指导意见》（国办发〔2020〕35号）

1. 受理机构

各级医保经办机构

1. 决定机构

各级医保经办机构

1. 办理条件
2. 准予批准的条件：

1.定点医疗机构登记事项发生变更；

2.定点医疗机构符合以下情况的：（1）变更名称；（2）变更地址；（3）变更法定代表人；（4）变更主要负责人；（5）变更医疗机构等级；（6）变更经营性质；（7）变更床位数；

1. 不予批准的情形：

上述情况以外

1. 其他需要说明的情形：

无审批数量限制

1. 申办材料

申请人把下列申请资料（文件、物品）送交办理窗口：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 提交材料名称 | 原件/复印件 | 份数 | 纸质/电子版 | 特定要求 |
| 1 | 《广西医保定点医疗机构基础信息变更表》 | 原件 | 1 | 纸质 | 需加盖医疗机构公章 |
| 2 | 医疗机构执业许可证副本 | 复印件 | 1 | 纸质 | 需加盖医疗机构公章 |
| 3 | 营业场所产权证明或租赁合同 | 复印件 | 1 | 纸质 | 需加盖医疗机构公章 |

1. 办理方式
2. 窗口受理：直接到各级医保经办窗口提交申请材料。
3. 网上申报：进入广西数字政务一体化平台（http://zwfw.gxzf.gov.cn/）或广西壮族自治区医保网上服务大厅（https://ybwt.ybj.gxzf.gov.cn/web/hallEnter/#/Index）进行网上申报。
4. 办理流程
5. 流程图

受理

（即时）

录入

（7个工作日）

复核

（3个工作日）

结果反馈

（即时）

1. 办理程序

1.受理

医保经办机构对申请材料进行审核，符合条件的，应当场予以受理并出具受理回执。

2.录入

医保经办机构初审材料合法合规性并录入相关信息。

3.复核

医保经办机构复核材料合法合规性及录入内容。

4.结果反馈

申请人在窗口领取或自助一体机打印或邮寄反馈表。

1. 办理时限
2. 法定时限

20个工作日

1. 承诺时限

10个工作日

1. 收费依据及标准
2. 收费项目

无

1. 收费依据

无

（三）收费标准

无

1. 结果送达

窗口自取；自助一体机自取或邮寄或短信送达。

1. 咨询方式
2. 现场咨询

各级医保经办机构服务窗口

1. 电话咨询

12345

1. 网上咨询

各级医保部门官方网站

1. 监督投诉渠道
2. 现场监督投诉

各级医保经办机构服务窗口

1. 电话监督投诉

各级医保部门监督投诉电话

1. 网上监督投诉

各级医保部门官方网站

1. 办理地址和时间

地址：XX市XX区（市、县）XX路XX号XX服务大厅XX-XX号窗口

时间：周X至周X 上午XX：XX-XX:XX 下午XX：XX-XX:XX

1. 办理进程和结果查询
2. 办理进程查询方式

1.现场查询

各级医保经办机构服务窗口

2.电话查询

各级医保经办机构查询电话

3.网上查询

窗口办理的：微信扫描受理单二维码查询

网上办理的：通过原办理渠道查询

1. 结果公开查询方式

1.现场查询

各级医保经办机构服务窗口

2.电话查询

各级医保经办机构查询电话

3.网上查询

窗口办理的：微信扫描受理单二维码查询

网上办理的：通过原办理渠道查询

广西医保定点医疗机构基础信息变更表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 定点医疗机构名称 | | | (加盖公章） | | | |
| 医保编号 | |  | | 所属经办机构 |  | |
| 经办人 | |  | 联系电话 |  | 填报时间 |  |
| 变 更 内 容 | 变更项目 | | 变更前信息 | | 变更后信息 | |
| 1.名称 | |  | |  | |
| 2.地址 | |  | |  | |
| 3.法定代表人 | | 姓名： | | 姓名： | |
| 联系电话： | | 联系电话： | |
| 4.主要负责人 | | 姓名： | | 姓名： | |
| 联系电话： | | 联系电话： | |
| 5.医疗机构等级 | |  | |  | |
| 6.经营性质 | |  | |  | |
| 7.床位数 | |  | |  | |

填表说明

本表可用钢笔、水性笔填写或打印，要求字迹工整清晰，内容真实。

请填写有变更事项，没有变更的项目请不要填写。

申请表需附以下资料：

1.《医疗机构执业许可证》副本，复印件1份；

2.变更地址的附营业场所产权证明或租赁合同复印件。

广西医保定点医疗机构基础信息变更表

（填写示范文本）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 定点医疗机构名称 | | | XXX医院 (加盖公章） | | | |
| 医保编号 | | XXXX | | 所属经办机构 | XXXXXXXX | |
| 经办人 | | XXX | 联系电话 | XXXXXXXXXXX | 填报时间 | XXXX |
| 变 更 内 容 | 变更项目 | | 变更前信息 | | 变更后信息 | |
| 1.名称 | | XXX医院 | | XXXX医院 | |
| 2.地址 | |  | |  | |
| 3.法定代表人 | | 姓名：张三 | | 姓名：李四 | |
| 联系电话：XXXXXXXXXXX | | 联系电话：XXXXXXXXXXX | |
| 4.主要负责人 | | 姓名： | | 姓名： | |
| 联系电话： | | 联系电话： | |
| 5.医疗机构等级 | |  | |  | |
| 6.经营性质 | |  | |  | |
| 7.床位数 | |  | |  | |

填表说明

本表可用钢笔、水性笔填写或打印，要求字迹工整清晰，内容真实。

请填写有变更事项，没有变更的项目请不要填写。

申请表需附以下资料：

1.《医疗机构执业许可证》副本，复印件1份；

2.变更地址的附营业场所产权证明或租赁合同复印件。

常见错误示例

1.《广西医保定点医疗机构基础信息变更表》未加盖公章，未按要求填写。

2.申报材料不齐全或未加盖公章。

常见问题解答

1.问：一般多长时间可以办完信息变更手续？

答：承诺10个工作日内办完。

2.问：收费标准及依据是什么？

答：办理此事项不用收费。