**附件3**

|  |  |
| --- | --- |
| 医疗机构名称 |  |
| 医疗机构地址 |  |
| **序号** | **基本条件** | **是** | **否** | **备注** |
| 1 | \*医疗机构执业许可证（或军队医疗机构为民服务许可证照）正、副本复印件是否与原件一致 |  |  |  |
| 2 | \*医疗机构营业执照（或事业单位法人证书或民办非企业单位登记证书）复印件是否与原件一致 |  |  |  |
| 3 | \*是否具备对接国家统一医保信息业务编码及药品、医用耗材、诊疗项目、医疗服务设施、疾病病种等基础信息数据库的能力 |  |  |  |
| 4 | \*是否具备与医保信息系统数据交换能力，能够按照全国统一信息平台建设标准要求，实现医保移动支付，能够为患者提供电子票据、电子发票或及时邮寄纸质票据 |  |  |  |
| 5 | \*是否具备依托医保电子凭证实名认证能力，确保就诊参保人真实身份就医 |  |  |  |
| 6 | \*是否能够完整保留参保人诊疗过程中的电子病历、电子处方、购药记录等信息，实现诊疗、处方、配药等信息全程可追溯 |  |  |  |
| 7 | \*是否能够核验患者为复诊患者，掌握实体医疗机构明确的诊断、病历资料等必要的就诊信息 |  |  |  |
| 8 | \*医疗机构信息系统能否区分常规线下医疗服务业务和“互联网+”医疗服务业务 |  |  |  |
| 9 | \*医疗机构信息系统的信息安全与网络安全是否符合行业标准、规范和要求，做到妥善保管患者信息，保护患者隐私 |  |  |  |
| 评估结果：（ ）评估小组成员签名：评估日期： 年 月 日 （本表加\*号的基本条件全部符合为合格，其中一项不符合即为不合格；非定点医疗机构申请医保定点协议被评估为不合格的，不进行该机构“互联网+”医疗服务医保补充协议评估） |

**厦门市“互联网+”医保服务协议管理评估表**

医疗机构法定代表人（或主要负责人）签名：