

云南省医疗保障局文件

云医保〔2021〕63号

云南省医疗保障局关于 印发云南省基本医疗保险定点医疗机构医疗 服务协议范本（试行）和云南省基本医疗 保险定点零售药店医疗服务协议范本 （试行）的通知

各州、市医疗保障局，局机关各处室、直属各单位：

现将《云南省基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议范本（试行）》和《云南省基本医疗保险定点零售药店医疗服务协议范本（试行）》（以下简称《两定协议范本》）印发给你们，请结合实际认真抓好贯彻落实。

该《两定协议范本》供各地参考使用，各统筹区在不突破《两定协议范本》相关条款基础上，可根据本地两定机构管理实际，按照依法行政、规范管理要求细化协议管理内容和措施，并及时组织协议签订。国家医疗保障局下发两定机构服务协议范本后，将结合我省实际，适时组织调整完善，新的服务协议范本下发前，以该《两定协议范本》为准。

各统筹区在两定机构协议签订过程中，有重大问题请及时向省医疗保障局请示汇报。

联系人：曲 琨

联系电话：0871—63886043

- 附件：1. 云南省基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议范本（试行）
2. 云南省基本医疗保险定点零售药店医疗服务协议范本（试行）



云南省医疗保障局办公室

2021年6月18日印发



附件 1

云南省医疗保障定点医疗机构 服务协议范本（试行）

甲方（医保经办机构）：_____

法 定 代 表 人：_____

地 址：_____

邮 政 编 码：_____

联 系 电 话：_____

乙方（定点医疗机构）：_____

法 定 代 表 人：_____

地 址：_____

邮 政 编 码：_____

联 系 电 话：_____

机 构 编 码：_____

为保证基本医疗保险制度实施，保障参保人员的合法权益，加强医疗保障定点医疗机构管理，规范医疗服务行为，提高医保基金使用效率，为参保人员提供优质医疗服务，构建和谐医、保、患关系，根据《中华人民共和国社会保险法》、《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》、《医疗机构管理条例》、《医疗保障基金使用监督管理条例》、《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》、《云南省医疗保障局转发国家医疗保障局办公室关于当前加强医保协议管理确保基金安全有关工作的通知》（云医保[2018]16号）及云南省相关政策规定。

经乙方申请，甲乙双方在自愿、平等、协商的基础上，就医疗保障医疗服务有关事宜达成一致，并签定如下协议。

第一章 总 则

第一条 【基本要求】甲乙双方应当严格执行国家、省、统筹地区有关法律法规规章及政策规定，按本协议约定承担各自责任，履行各自义务。甲方应根据管理服务的需要，依据与乙方签订的医疗保障服务协议规范医疗服务行为，提供经办服务，并对协议履行情况开展考核，保证参保人员更好享受医疗保障服务。乙方应当为参保人员提供合理、必要的医疗服务。

本协议所称医疗机构包括取得医疗机构执业许可证、中医诊所备案证或经军队主管部门批准有为民服务资质的实体医疗机构

(含军队医疗机构)。

第二条 【服务对象】乙方为城镇职工、城乡居民参保人员及其他医疗保障人员提供的医疗服务适用本协议。

第三条 【服务范围】甲方应当完善定点申请、组织评估、协议签订、协议履行、协议变更和解除等管理流程，为定点医疗机构和参保人员提供优质高效的经办服务。

乙方所提供的医疗服务应当符合卫生健康部门许可的诊疗科目和执业范围,符合药品、医用耗材、卫生技术等准入要求,并按规定配备与开展诊疗项目相适应的卫生技术人员和服务设施设备。

第四条 【信息变更】协议履行期间,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、等级和类别等重大信息变更时,应自有关部门批准之日起30个工作日内向甲方提出变更申请,其他一般信息变更应及时书面告知。甲方对乙方的信息变更应在7个工作日内办理完毕。信息变更业务逐步实现网上申报、即时办理。

第五条 【监督制度】甲乙双方应当依照国家、省、统筹地区有关法律法规规章及政策规定,正确行使权利。双方有权监督对方执行有关法律法规政策和履约的情况,举报或投诉对方工作人员的违法违纪违规行为,向对方提出合理化建议。

第六条 【机构设置】乙方应当建立健全医疗保障服务管理部门,配备专(兼)职医疗保障管理人员。经卫生健康部门核定

100张床位以上的医疗机构应设内部医保管理部门，配备专职工作人员。乙方应明确由主要负责人（或法定代表人）对本院医疗保障工作负主要责任，并建立符合医保协议管理要求的医保管理制度、财务制度、统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度。

第七条 【内控制度】甲方应当建立完善的内部控制制度，明确对乙方申报费用的审核、结算、拨付、稽核等岗位职责及风险防控机制，完善重大医保费用集体决策制度。

第八条 【信息互联】甲方应公开医保信息系统数据集和接口标准，乙方自主选择与医保对接的有关信息系统的运行和维护供应商，甲方不得以任何名义收取任何费用及指定供应商。

第九条 【数据传输】乙方应建立健全并规范管理医疗保障基础信息数据库，按照甲方要求传送参保人员发生的医疗服务和费用数据及其他审核结算所需信息至甲方信息系统，确保信息真实、准确、完整。

第十条 【编码工作】甲方使用国家医保局发布的医保版疾病诊断、手术操作分类代码与乙方进行结算。乙方要严格按照规定及时维护，并使用国家统一的医保编码，使用医保版疾病诊断、手术操作分类代码上传出院患者医保结算信息。

第十一条 【诚信教育】甲方应对乙方开展诚信教育，内容涵盖医保政策、经办服务流程、医保信用承诺等宣传，提高乙方诚信意识，依法依规开展医疗服务。

第十二条 【宣传培训】甲方做好对乙方医保政策、管理制

度、支付政策、操作流程的宣传培训。

乙方应当参加由医疗保障行政部门或甲方组织的宣传和培训，组织开展医疗保障基金相关制度、政策的培训，定期检查本单位医疗保障基金使用情况，及时纠正医疗保障基金使用不规范的行为。

第十三条 【咨询服务】甲乙双方应当采取多种形式开展医疗保障法律法规政策宣传，公布咨询电话，为参保人员提供相关的咨询服务。

第十四条 【社会监督】乙方应当在本机构的显要位置公布欺诈骗保举报投诉电话，接受参保人员和社会监督。

第十五条 【标识标志】乙方应当在显著位置悬挂统一样式的定点医疗机构标识，可以在本机构中医疗保障办理场所使用医保官方标志。

第二章 诊疗服务

第十六条 【基本要求】乙方应严格遵循医疗保障、卫生健康等部门有关规定，为参保人员提供合理必要的医药服务，合理诊疗、合理收费，不断提高医保基金使用效率，控制医药费用不合理增长。

第十七条 【就医核验】参保人员就医时，乙方应执行实名就医和购药管理规定，核验参保人员的有效身份凭证，做到人证

相符。

乙方不得以任何理由收集、留存参保人员医疗保障有效凭证。乙方发现证件无效、人证不符的，不得进行医保结算，必要时提请甲方进行核查。特殊情况按医保部门有关规定执行。

乙方应加大医保电子凭证、人脸识别等信息化工作推动力度，提升参保人员身份核验工作效率，做到人证相符，确保医疗保障基金支付的费用符合规定的支付范围。

第十八条 【入出院要求】乙方应严格执行入、出院和重症监护病房收治标准，按规定及时为符合入院指征的参保人员办理住院手续，对符合出院条件的参保人员及时办理出院手续，结算医疗保障费用。乙方不得推诿和拒绝符合入院标准的参保人员住院治疗，不得为不符合入院指征的参保人员办理住院治疗，不得要求未达到出院标准的参保人员提前出院或自费住院。

第十九条 【诊疗记录】乙方应当按照卫生健康部门相关要求为参保人员建立就医病历，并妥善保存备查。诊疗记录应当真实、完整、清晰，有临床意义检查、化验须有结果分析。住院医嘱、病程记录、检查结果、诊断、治疗单记录和票据、费用清单等应当相互吻合，按要求传输至甲方。

第二十条 【院外检查】乙方可与临床检验中心、医学检验中心、病理诊断中心、医学影像诊断中心等第三方服务机构签订协议并报甲方备案，第三方服务机构提供医疗服务所产生的符合医保支付范围和收费标准的相关费用由甲方与乙方结算。

第二十一条 【转诊转院】乙方应当建立健全双向转诊转院制度，落实分级诊疗制度。乙方应利用医保信息系统，为参保人员办理转诊转院手续。

第二十二条 【异地就医】乙方应按照甲方提供的异地就医政策做好异地就医政策宣传，异地就医定点医疗机构要为异地参保人员提供直接结算服务。乙方应按有关规定为异地就医参保人员提供合理的、与本地参保人员一致的医疗服务，并执行相关医保异地就医管理规定。

第二十三条 【门诊特殊病、慢性病（以下简称“门诊慢特病”）管理】乙方应当为参保人员办理门诊慢特病病种确认备案，严格按照相关医学诊断标准进行确认，不得降低标准认定、不得出具虚假诊断。

第二十四条 【知情同意】乙方应当保证参保人员知情同意权，由参保人员个人自费的医疗费用，须经参保人员或其家属签字同意确认（无民事行为能力或限制民事行为能力的患者应当由其监护人签字确认），急诊、抢救等特殊情形除外。

第二十五条 【费用查询】乙方为参保人员办理费用结算及出院手续时，应提供费用结算单、费用清单、有效票据等。乙方应为参保人员提供查询服务或渠道，并承担其解释工作。

第二十六条 【外配处方】乙方没有的药品，可执行门诊处方（含电子处方）外配制度，外配处方应当书写规范、字迹工整，签章清晰，参保人员要求到定点零售药店购药的，乙方不得拒绝。

第三章 药品、医用耗材和医疗服务项目

第二十七条 【目录管理】甲乙双方应严格按照全省统一的基本医疗保险药品目录、医疗服务设施标准、医用耗材和诊疗项目范围，根据本统筹地区的医保支付政策，为参保人员提供合理、必要的医疗服务。甲方应指导乙方做好相关目录的对应工作。乙方应优先配备使用医保目录内药品，并确保医用耗材目录、医疗服务项目目录准确对照使用和及时更新。

第二十八条 【药品耗材采购】乙方应按国家和省药品、耗材集中采购政策采购药品和耗材，医保支付的药品、耗材应当按规定在医疗保障行政部门规定的平台上采购，并真实记录“进、销、存”等情况。甲方按规定进行医保支付。

乙方应确保医保目录内药品、医用耗材的供应（因生产企业或配送企业原因不能正常供应的情况除外），保存真实完整的购进和使用记录，严格按照有关规定购进、使用、管理药品和医用耗材，建立“进、销、存”电子台账，留存相关凭证。购进记录一般应包含通用名称、编码、剂型（型号）、规格、生产厂商（中药材标明产地）、有效期、批准文号、数量、价格、批号、生产日期等信息，确保其使用的可追溯性。甲方可以根据医保管理需要调查了解上述信息，并向乙方的医院管理系统调取有关数据。

第二十九条 【用药要求】乙方应当采取措施规范用药管理，纳入医保报销的用药应遵循药品说明书，执行目录内药品限定支

付范围规定并留存用药依据，鼓励医保协议医师提供医保服务时优先选用药品目录内甲类药品，优先选用国家基本药物，优先选用通过一致性评价的品种，优先选用集中带量采购中选药品。

第三十条 【用药管理】乙方应建立本机构药品目录与医保目录调整联动机制，根据功能定位、临床需求和诊疗能力等及时调整、配备、合理使用国家医保目录药品。不得以医保总额控制、医疗机构用药目录限制、药占比等为由影响目录内药品的配备、使用。细化采购、使用、结算等各项管理措施。严格执行目录内药品限定支付范围，加强使用管理，并做好对参保患者的医保政策宣传解读工作。

乙方应落实谈判药品相关政策，畅通谈判药品进院渠道，建立健全管理机制，及时有效保障供应。乙方不得以药占比、门诊次均费用增幅、门诊次均药品费用增幅、住院次均费用增幅、住院次均药品费用增幅为由影响药品的采购、供应和合理用药需求。

第三十一条 【支付标准】乙方采购使用省药品集中采购平台的药品和医用耗材，以实际网上采购价作为医保支付标准（国家、省级集中带量采购中选药品和耗材执行集中带量采购支付政策），超过采购价格部分统筹基金不予支付。非公立医疗机构提供与公立医疗机构相同的医疗服务项目，以公立医疗机构执行的政府指导价作为医保支付标准，超出部分统筹基金不予支付。

乙方应遵守执行价格有关法律法规和医疗服务价格项目规范，公示所有医药价格与收费标准或查询途径。

第三十二条 【医疗机构制剂】乙方经药品监管部门批准生产和使用的医疗机构制剂，按相关规定限于乙方及特定医疗机构使用。

第三十三条 【康复项目】乙方使用物理治疗与康复项目、中医诊疗项目、精神科诊疗项目等项目应严格掌握适应症，病程记录应明确记录辅助检查的必要性并有结果分析。乙方应建立治疗台账，明确记录治疗部位、次数、疗程和治疗目的等，并保留相关资料备查。

第三十四条 【合理检查】乙方应严格掌握各种检查和治疗项目使用的适应症和禁忌症。不得将大型仪器检查项目、临床“套餐式”检查、特殊检查等作为常规检查。应当积极推进结果互认，避免因不必要的重复检查而增加参保人员负担。

第三十五条 【药品监控】乙方应建立重点监控药品目录，完善重点监控药品定期监测评价和超常预警制度，合理确定药品使用范围，科学设置预警标准。统计分析重点监控药品使用信息，对临床使用异常增量的药品及时分析查找原因，制定预警干预措施并监督实施。对重点监控药品目录实行动态管理，适时调整。

第三十六条 【信息报送】乙方应按要求及时向甲方报送医疗保障基金结算清单等信息，包括疾病诊断及手术操作，药品、医用耗材、医疗服务项目费用结算明细，医师、护士等信息，并对其真实性负责。乙方应当按要求如实向甲方报送药品、耗材的采购价格、数量和采购渠道。

乙方应向医疗保障部门报告医疗保障基金使用监督管理及协议管理所需信息，向社会公开医药费用、费用结构等信息。

第四章 信息系统

第三十七条 【人员配备】乙方应当指定部门及专人负责医保信息管理，明确工作职责，合理设置管理权限，并将专职管理人员名单报甲方备案。甲方应当根据需要组织乙方专职管理人员进行业务培训。

第三十八条 【设施设备要求】甲方负责指导、协调乙方进行医疗保障信息系统接入工作，乙方应当具备必要完善的医院信息系统（即 HIS 系统），通过专线与甲方信息系统联网，配备社会保障卡刷卡、医保电子凭证识别等相关设备设施。经甲方验收合格后实现与医保信息系统有效对接；乙方与甲方连接的信息系统在其他外部网络联网时要采用有效的安全隔离措施，保证乙方的网络与互联网物理隔离。乙方应当妥善保管和使用社会保障卡刷卡、医保业务综合服务终端、医保移动支付等设备，不得转借或赠与他人，不得改变使用场地。乙方因系统升级、更换硬件等原因重新安装信息系统时，需到甲方备案，并经甲方重新验收后方可与医保信息系统对接。

未经甲方允许，乙方不得将定点范围以外或未向甲方备案的终端设备接入医疗保障信息网络。

第三十九条 【基础数据库建设】甲方按照国家和省要求建立医保药品、医用耗材、医疗服务项目、疾病病种等基础数据库，按规定执行国家统一的医疗保障信息业务编码。乙方应做好编码对接和维护工作。基础数据库信息需乙方提供的，乙方应当准确真实提供，并做好院内信息系统与甲方数据信息准确对应。

甲方更新的医保基础数据库应及时书面或短信通知乙方，在医保目录库更新时提供变动部分（含新增、更改、停用）项目的明细表格供乙方下载，并对新增及更改的项目在系统内进行字段或标志提示。乙方应当及时更新维护本地系统。

对于乙方信息维护对应不正确发生的错误费用，由乙方承担。

第四十条 【信息传输】乙方应真实、准确、完整、及时传输参保人员就医、结算等信息。

第四十一条 【信息安全】甲乙双方应当严格遵守国家、省及本统筹地区信息系统安全管理的相关规定，建立信息安全体系，采取有效措施保护参保人员信息。

第四十二条 【应急预案】甲乙双方应当制定应急预案，任何一方的信息系统出现故障并影响到参保人员就医的，须启动应急预案并及时通知对方，保障参保人员就医。

第五章 医疗费用审核结算

第四十三条 【审核对账】乙方应当按甲方规定的程序与时

限，向甲方申报医保费用，并留存相关资料备查。乙方应建立医保费用内部审核制度，确保申请结算的材料真实，费用合法合规。

未经甲方批准，乙方不得将新增执业地、分支机构或其他机构的医疗费用纳入申报结算范围。

除第二十条规定的情形外，乙方不得为非定点医疗机构提供医保结算。

第四十四条 【费用结算】乙方应按规定为参保人员及时结算医疗费用。实时结算时，参保人员只需按规定交纳应当由个人承担的费用，乙方应当开具医疗收费专用票据，其余合规费用由甲方按统筹地区付费方式有关规定向乙方进行结算支付。

对甲方不予支付的费用、乙方按医保协议约定应该支付的违规费用等，乙方不得作为欠费处理。

第四十五条 【费用审核拨付】甲方可通过智能审核、实时监控、人工复审和现场检查等方式对乙方申报的医疗费用进行审核，对乙方进行定期和不定期稽查审核。发现乙方申报费用有不符合医保支付规定的，应告知乙方并说明理由。乙方应在规定时限内向甲方做出说明，逾期不说明的，甲方可拒付有关费用。甲方可根据实际情况进行进一步核实，对核实的不合理费用，甲方按规定进行扣减。甲乙双方建立医疗费用收付对账机制，定期对账目。双方应积极完善结算系统，实现单据系统内上传。

甲方每月 10 日前与乙方核对上月发生医保费用，符合规定的医保费用当月审核完毕并拨付到位；省内异地及跨省异地就医费

用在对账次月内拨付到位，保证乙方的正常运行和健康发展。

第四十六条 【智能审核】甲方对乙方申报的结算数据开展智能审核，乙方应配合甲方开展医保智能审核工作。甲方设定智能审核规则应按照国家政策规定，符合临床诊疗规范，征求乙方意见，并报医疗保障行政部门备案。规则启用前3个月要告知乙方。

第四十七条 【采购回款】乙方采购集中带量采购的中选药品、医用耗材，从收货验收合格到付款不得超过30天。

第四十八条 【预付金】在突发疫情等紧急情况时，甲方可按照国家规定向乙方预拨专项资金。

第四十九条 【动态调整】甲方应按照国家风险共担原则，建立健全基金动态调整机制。

提前通知乙方后，甲方可在年度中期或年终清算方案中对预算额度作适当调整，并根据医保基金运行情况和乙方总额控制情况结算。

第五十条 【指标调整】因发生重大政策调整、影响范围较大的突发事件、乙方服务量增幅较大等情况导致医保费用变化较大的，甲方可按规定调整结算指标。

第五十一条 【纠纷费用处理】参保人员与乙方发生医疗纠纷并涉及医疗费用结算的，乙方应当及时报告甲方。在医疗纠纷处理未完结之前，相关医疗费用甲方有权暂不予支付。经鉴定确认乙方有责任的，乙方责任范围内的医疗费用甲方不予支付，已

经支付的，乙方应予以退回。

第五十二条 【违规费用处理】甲方在已支付的医疗费用中，发现乙方虚假申报或违反规定的，甲方有权追溯并对违规费用进行扣除，涉嫌欺诈骗保的，按相关法律法规规定处理。乙方有权要求甲方对乙方违规费用的处理进行解释说明，有权申请复核和第三方评审。

第六章 协议监督

第五十三条 【基本要求】甲乙双方按照国家、省、统筹地区相关规定，共同管控医保医疗服务，互相监督，根据协议约定严格履行各自职责，服务参保人员，保证基金安全。

甲方对乙方纳入医保支付范围的的医疗服务行为和医药费用进行稽查审核，乙方主要对甲方按协议约定支付医疗保障待遇或者费用进行监督。

第五十四条 【考核机制】甲方应制定并及时公布考核办法，根据规定甲方或委托第三方机构对乙方有关医疗保障的各项指标、医疗保障政策、国家组织药品集中采购结算结余留用资金及协议履行情况等考核，考核结果可与本年度年终清算、次年总额指标和协议续签等挂钩。

甲方对乙方提供的异地就医直接结算服务与本地就医服务一并纳入监督考核，违约行为按本协议相关条款处理。对其他统筹

区医保部门委托甲方对乙方实行稽查审核的，乙方应予以配合。

第五十五条 【内部管理及内审】乙方应加强内部科室和医务人员的管理，防止服务不足和过度医疗，保证服务质量和参保人员权益。不得以医保费用、医保支付方式为由推诿拒收病人，不得将超过指标控制的医疗费用转嫁给参保人员。

乙方应根据本协议的要求建立院内医疗费用管理制度，建立健全考核评价体系，定期检查医保基金使用情况。对内部科室和医务人员提供的医疗服务及医保费用定期进行分析审核。

第五十六条 【费用审核】甲方可利用医保智能审核等技术手段审核乙方医疗费用，如发现乙方的违规行为，甲方可按程序进行处理；甲方发现违约疑点时，应及时反馈至乙方，乙方应当及时处理，不得影响参保人员结算。

第五十七条 【稽查审核】甲方自行或委托第三方对乙方履行医保服务协议情况进行稽查审核，应提前 3 个工作日发出书面通知，但因举报、紧急情况或甲方认为提前通知会影响稽查审核的除外。相关工作人员应主动出示工作证或相关证明，稽查审核结果应以书面（或网上推送的）形式反馈给乙方。甲方及其委托的第三方应对乙方提供的材料予以保密。

乙方应当对甲方在稽查审核中查阅、复制、提取有关资料及询问当事人等予以配合，确保向甲方提供的资料真实、准确、完整。乙方对稽查审核结果保留申诉权的前提下，须对稽查审核结果当场进行签字确认。

第五十八条 【信用评价】甲方根据医保基金监管信用评价

指标对乙方进行诚信考核，确定信用等级和“红黑榜”，并按照相关规定进行处理。

乙方涉嫌骗取医保基金的，甲方应提请医疗保障行政部门将乙方纳入医保领域失信联合惩戒对象名单，并按相关规定进行行政处罚。

第五十九条 【结果通报】甲方可对乙方医疗费用情况、医保考核结果、医疗服务违约行为等向相关部门、参保单位、参保人员和公众媒体等进行通报。

第七章 违约责任

第六十条 【甲方违约】甲方有下列情形之一的，乙方可要求甲方采取措施纠正，也可提请医疗保障行政部门督促甲方整改：

- （一）未及时告知乙方医保政策和管理制度、操作流程、药品、医用耗材等医保编码信息变化情况的；
- （二）未按协议约定进行医疗费用结算的；
- （三）工作人员违反工作纪律规定的；
- （四）其他违反法律、法规的行为。

第六十一条 【乙方违约行为及处理办法一】乙方有下列违约情形但未造成医保基金损失的，甲方应督促乙方履行服务协议，可对乙方作出约谈、限期整改等处理：

- （一）医疗费用异常增长的；

(二) 未按甲方要求提供资料的；

(三) 未按规定向参保人员提供费用明细清单、出院结算单、有效费用票据等资料或不履行知情同意手续但未产生医疗纠纷的；

(四) 未及时处理参保人员投诉和社会监督反映问题的；

(五) 其他未按协议要求落实管理措施。

第六十二条 【乙方违约行为及处理办法二】 乙方有下列违约情形之一的，甲方应督促乙方履行服务协议，追回违规费用。甲方可以予以暂停或不予拨付费用、要求承担违约金、核减总控指标额度、中止协议等处理：

【医保服务资质方面】

(一) 超出《医疗机构执业许可证》准许范围，医务人员无执业资格提供医疗服务或超出执业地点、执业范围开展医疗服务的；

(二) 将科室承包、出租或以其他方式交给个人或其他机构经营、管理的；

(三) 未建立医疗保障基金使用管理制度或管理制度不健全、管理混乱的；

(四) 发生第一章总则第四条变更内容，未在有关部门批准变更之日起 30 个工作日内向甲方履行变更备案手续的；

【诊疗服务方面】

(五) 未有效核验参保人员医保就医凭证，造成被他人冒名

顶替就医的，收集、留存参保人员社会保障卡或其他相关就医凭证的；

（六）不履行知情同意手续且产生医疗纠纷的；

（七）拒绝为符合刷卡条件的参保人员刷卡就医，或拒收、推诿病人，减少服务、限定医疗费用或降低服务标准的；

（八）开展虚假宣传、违规减免自付费用、返现回扣、赠送礼品等方式，诱导参保人员医疗消费的；

（九）分解住院、挂床住院或将不符合入院指征的参保人员收治入院；

（十）收治外伤住院病人时，仍将应由第三方承担的医疗费用纳入医保支付的，病人或家属故意隐瞒受伤原因的除外；

【药品和诊疗项目方面】

（十一）违反用药管理规定，超限定使用范围及适应症用药，将无指征超疗程或超剂量用药等纳入医保结算范围的；

（十二）不执行统一维护的药品目录、诊疗目录、服务设施标准、医用耗材的；

（十三）违反统筹区相关规定，参保人员出院带药超量，带检查或治疗项目出院的；

（十四）违反诊疗规范为参保人员过度诊疗、过度检查及提供其他不必要的医疗服务；

（十五）违反卫生健康部门规定配置使用医疗仪器设备，并纳入医保基金支付的；

(十六) 未遵守国家、省及本统筹地区关于药品或医用耗材集中采购和使用管理规定的；

【医疗费用结算方面】

(十七) 未按国家药品、耗材集中带量采购政策优先采购中选药品和耗材的，未按规定在医疗保障行政部门规定的平台上采购药品、耗材的，未按现行规定的药品和耗材价格政策进行销售和使用的；

(十八) 未按照病种（组）结算适用范围及认定标准进行上报，造成结算标准偏高的；

(十九) 发生重复收取、分解收取、超标准收取费用的；

(二十) 违反甲方规定，诱导参保人员在住院期间到门诊缴费、药店购药或另设自付账号交费的；

(二十一) 对乙方按协议应分担的合理超支医疗费用、违规扣除费用等，未按财务会计制度规定及时销账的；

【信息传输方面】

(二十二) 信息系统未达到甲方要求，未按照甲方提供的接口规范进行程序开发和改造，或未按甲方要求上传信息的；

(二十三) 未按规定保管财务账目、记账凭证、处方、病历、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等涉及基金使用相关资料，未进行信息化管理并按要求传输相关数据或不能做到账账相符、账实相符的；

(二十四) 乙方提供的票据、费用清单、处方、医嘱、检查

结果、诊断及病程记录等不吻合，或与实际使用情况不一致的；

(二十五) 未经甲方允许，随意修改服务器和网络配置或擅自修改 HIS 收费系统中关于医疗保障相关数据，或医疗保障结算数据与实际不符的；

(二十六) 未按要求提供相关资料，拒绝、阻碍稽查审核的；

【其他方面】

(二十七) 经其他行业监管部门查处，存在与医保基金支付有关的违规行为的；

(二十八) 串换医保药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施等；

(二十九) 其他造成医疗保障基金损失的行为或违反本协议约定的行为的。

第六十三条 【乙方违约行为及处理办法三】 乙方发生本协议第六十二条中行为且性质恶劣，造成医疗保障基金损失，拒不改正或社会影响严重的，或乙方有下列违约情形之一的，甲方追回违规费用，并按约定要求承担违约金，如涉嫌骗取医保基金的，提请医疗保障行政部门行政处罚，直至解除服务协议。因严重违反医保协议约定被解除医保协议未满 1 年或已满 1 年但未完全履行违约责任的，因违法违规被解除医保协议未满 3 年或已满 3 年但未完全履行行政处罚法律责任的，甲方不予受理定点申请。

(一) 为参保人员套取个人账户资金的；

(二) 为非定点医疗机构（与定点医疗机构签订合同报医保

经办机构备案的第三方服务机构除外)或处于中止医保协议期的医疗机构提供医疗费用结算的;

(三)被吊销、注销医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的;

(四)法定代表人、主要负责人或实际控制人不能履行医保协议约定,或有涉及医保管理、医保基金安全方面违法失信行为的;

(五)以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的;

(六)拒绝、阻挠或不配合医疗保障部门开展智能审核、绩效考核、监督检查等,情节恶劣的;

(七)诱导或者协助他人冒名或者虚假就医、住院,提供虚假证明材料,串通他人虚开医药费用票据的;

(八)通过伪造、变造、隐匿、恶意涂改、擅自销毁医疗文书、医学证明、财务票据或凭证、电子信息等,虚构基金支付的;

(九)为参保人员骗取基本医疗保障基金提供方便的;

(十)虚构医药服务项目的;

(十一)为参保人员出具门诊慢特病虚假认定证明的;

(十二)未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的;

(十三)经医疗保障部门和其他有关部门查实有欺诈骗保行为的。

第六十四条 【违约金】为保证乙方严格履行协议,确保医

疗服务质量，维护医保基金安全，甲方按照乙方违规事实当期医疗保险报销范围内医疗费用总额的一定比例核算违约金（三级医疗机构不超过3%、二级医疗机构不超过5%、一级和未定级的医疗机构不超过10%）。

第六十五条 【人员违规处理】乙方人员有违反服务协议的，可给予警告；情节较重的，暂停其提供医疗保障服务3个月至1年；情节严重的，暂停其提供医疗保障服务1年至2年；情节特别严重的，终止其提供医疗保障服务。

第六十六条 【科室违规处理】乙方部分人员或科室有违反协议管理要求的，可对该人员或科室中止或终止医疗保障服务或医保结算。

第六十七条 【失信惩戒】经查实，乙方具有骗取医保基金等违规行为的，甲方可提请医疗保障行政部门将违反本协议的机构和个人纳入医保领域失信联合惩戒对象名单，并按相关规定进行处理。

第六十八条 【信息泄露处理】甲方或乙方违规泄露参保人员信息的，按有关法律法规规定处理。

第六十九条 【移交处理】乙方违反协议约定，涉嫌欺诈骗保的，甲方应当提请违法行为发生地的医疗保障行政部门进行行政处罚。涉嫌违法犯罪的，由医疗保障行政部门及时移送司法机关，依法追究其刑事责任。

第七十条 【约谈通报】乙方存在违约行为的，甲方可对乙方

及相关责任人员进行约谈，要求乙方限期整改，并可通报乙方违约行为。

第八章 协议的中止与终止

第七十一条 【协议中止情形】乙方有下列情形之一的，本协议中止履行：

（一）主动提出中止协议且经甲方同意的；

（二）根据日常检查和绩效考核，发现对医疗保障基金安全和参保人员权益可能造成重大风险的；

（三）未按规定向经办机构及医疗保障行政部门提供有关数据或提供数据不真实的；

（四）根据本协议第六十二条所述应当中止医保协议的；

（五）法律法规和规章规定的其他应当中止的情形。

协议履行期间，双方需中止协议的，应提前 30 日通知对方（协议明确立即中止的除外）。中止服务协议时间原则不得超过 180 日，定点医疗机构在协议中止超过 180 日后仍未继续履行协议的，原则上协议自动终止。

第七十二条 【协议终止情形】乙方有下列情形之一的，本协议终止，并由甲方向社会公布解除医保协议的乙方名单：

（一）主动提出解除医保协议且经甲方同意的；

(二) 医保协议有效期内累计2次及以上被中止医保协议或中止医保协议期间未按要求整改或整改不到位的；

(三) 被发现重大信息发生变更但未办理重大信息变更的；

(四) 停业或歇业后未按规定向经办机构报告的；

(五) 医疗保障行政部门或其他有关部门在行政执法中，发现乙方存在重大违法违规行为且可能造成医疗保障基金重大损失的；

(六) 协议期满，未按甲方要求续签协议的；

(七) 根据本协议第六十三条所述情形的；

(八) 法律法规和规章规定的应当解除的其他情形。

第七十三条 【解释说明】乙方请求中止、解除医保协议或不再续签医保协议的，应提前3个月向甲方提出申请。乙方为公立医疗机构的，不得主动提出中止或解除医保协议。

终止、解除、缓签协议的，甲乙双方应共同做好善后工作，保证参保人员正常就医。

第九章 附 则

第七十四条 【效力约定】协议执行期间，国家法律、法规和政策有调整的，应按新的规定执行。针对调整部分，甲乙双方应当按照新规定对本协议进行修改和补充，其效力与本协议等同。

第七十五条 【意思表示】甲乙双方确认：已认真审阅本协

议所有条款并完全了解其具体内容和含义，本协议所有条款均属双方平等且完全协商一致而达成，不存在任何欺诈、胁迫或乘人之危的情形，协议签订后双方均自觉遵守履行。

第七十六条 【争议处理】本协议属行政协议。乙方对协议履行过程中发生争议的，可通过协商解决；协商未果的，可以申请同级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直接提起行政诉讼。

第七十七条 【补充协议】甲乙双方可根据本地区实际情况、医保管理需要或者医保政策变化及具体结算约定等，签订补充协议。补充协议为本协议的组成部分，具有同等法律效力。

第七十八条 【协议有效期】本协议有效期自 年 月 日起至 年 月 日止。

第七十九条 【协议的生效与备案】本协议一式三份，甲乙双方签字盖章后生效，双方各执一份，另一份送乙方所在地医疗保障行政部门存档。

第八十条 【生育保险、医疗救助】乙方为生育保险参保人员等甲方管理服务的医疗保障对象提供医疗服务的，参照本协议执行。

甲方（公章）：

乙方（公章）：

法定代表人（签章）：

法定代表人（签章）：

年 月 日

年 月 日

1952年10月10日

1952年10月10日

1952年10月10日

1952年10月10日

1952年10月10日

1952年10月10日

附件 2

云南省基本医疗保险定点零售药店 服务协议范本（试行）

甲方（医保经办机构）：_____

法 定 代 表 人：_____

地 址：_____

邮 政 编 码：_____

联 系 电 话：_____

乙方（定点零售药店）：_____

法 定 代 表 人：_____

地 址：_____

邮 政 编 码：_____

联 系 电 话：_____

机 构 编 码：_____

为保证基本医疗保险制度实施，保障参保人员的合法权益，规范药品零售服务行为，切实做好医疗保险服务和管理工作，根据《中华人民共和国社会保险法》、《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》、《云南省医疗保障局转发国家医疗保障局办公室关于当前加强医保协议管理确保基金安全有关工作的通知》（云医保[2018]16号）及云南省有关文件精神，严格执行基本医疗保险服务与管理的规定，确保参保人员享受基本医疗保险用药服务。

经乙方申请，甲乙双方在自愿、平等、协商的基础上，就医疗保险药品零售服务有关事宜达成一致，并签定如下协议，以共同遵守。

第一章 总 则

第一条 【基本要求】甲乙双方应当认真贯彻国家、省以及本统筹地区基本医疗保险、卫生健康、市场监管、药品监督、药品及医用耗材招标采购、药品价格收费政策和深化医改等相关规定，保证参保人享受医保服务。

第二条 【依法监管】甲乙双方应当依照国家、省及本统筹地区有关的政策法规，正确行使职权，监督对方执行相关政策、法规和履行职责的情况，举报或投诉对方工作人员的违法违规行为，向对方提出合理化建议，甲方对乙方的检查，严格按照行政检查程序开展。

第三条 【甲方职责】甲方应完善定点申请、组织评估、协议签订、协议履行、协议变更和解除等流程，制定经办规程；指导乙方开展医保服务并组织稽查审核、绩效考核等工作；及时审核并按规定向乙方支付应由医保基金支付的费用等。

第四条 【乙方职责】乙方应当建立健全医保业务内部管理制度，配备专（兼）职管理人员；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；对甲方履约情况进行监督，对完善医疗保障政策提出意见建议等。

第五条 【咨询宣传】甲方应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、查询服务。乙方应当组织医保管理人员参加由医疗保障行政部门或甲方组织的宣传和培训，组织开展医疗保障基金相关制度、政策的培训，定期检查本单位医疗保障基金使用情况，及时纠正医疗保障基金使用不规范的行为。

甲乙双方应当为参保人提供相关咨询服务。乙方应当公布监督举报电话，接受参保人和社会监督，并向参保人宣传医保政策、医保电子凭证使用结算流程等。

第六条 【标识标志】乙方应当在显著位置悬挂统一格式的定点零售药店标识，可以在本机构中医疗保障办理场所使用医保官方标志。

第七条 【考核监督】甲方有权对乙方执行医保政策情况、为参保人提供医保服务情况实施监督检查和考核，对乙

方的违约行为进行处理。乙方应当建立完善的管理制度，并实行信息系统管理，购销票据按有关规定保存备查。必要时甲方有权委托具备资质的第三方机构对乙方的医保业务收支等情况进行审计。乙方应当确保提供的资料真实、准确、完整。

第八条 【转移资格】协议履行期间，乙方不得以转让、出借、租赁、合作、赠送或托管经营等任何形式转移定点资格，不得代其他机构或个人进行基金结算。

第九条 【信息变更】协议履行期间，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发生变更时，应当于有关部门批准变更之日起30个工作日内向甲方提出变更申请，其他一般信息变更应及时书面告知。甲方对乙方的信息变更应在7个工作日内办理完毕。信息变更业务逐步实现网上申报、即时办理。

第十条 【信息互联】甲方应公开医保信息系统数据集和接口标准，乙方自主选择与医保对接的有关信息系统的运行和维护供应商，甲方不得以任何名义收取任何费用及指定供应商。乙方应按照甲方要求及时全面向医保信息系统传送医保结算和审核所需的有关数据，确保信息真实、准确、完整。

第十一条 【编码维护】乙方要及时进行医保信息业务编码标准维护，严格执行国家统一的医保信息业务编码。

第十二条 【有序管理】乙方应当按照在市场监管部门注册登记的经营范围开展经营，将药品、医用器械、医用耗

材与其它商品实行分类管理、分区摆放，并对所售药品设立明确的医保用药标识。

第二章 购药服务管理

第十三条 【制度保障】甲方应当建立各项管理制度规范协议管理，为乙方提供可操作的医保服务标准。

第十四条 【规范经营】乙方销售药品应当按规定明码标价，使用社会保障卡、医保电子凭证、现金或其他支付方式购买的，应当保证在本店内价格一致。参保人使用社会保障卡、医保电子凭证购药时，乙方提供的药品费用清单内容要与实际购买药品一致，并按要求保存费用清单以备核查。

乙方应当严格执行医保支付政策，鼓励在医疗保障行政部门规定的平台上采购药品，并真实记录“进、销、存”情况。

乙方在门店销售国家组织的集采药品和谈判药品，甲方按照集采和谈判价格进行支付。

严格遵守《中华人民共和国反不正当竞争法》、《中华人民共和国价格法》，不向云南省以外区域门店或第三方供货，不发生串货行为。

乙方应当保证参保人员的知情同意权，向参保人员提供购药费用票据，参保人员对购药费用有疑义的，应做出合理解释。

乙方要为异地参保人员提供直接结算服务，做好异地就

医政策宣传，执行相关医保异地就医管理规定。

第十五条 【精准供应】乙方要建立健全保障供应机制，及时与各相关企业对接，畅通供应渠道，保证药品及时有效供应，细化药品采购、配售、结算等各项管理措施。

第十六条 【身份验证】乙方提供药品服务时应核对参保人员有效身份凭证，做到人证相符。特殊情况下为他人代购药品的应出示本人和被代购人身份证。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。凭外配处方购药的，应核验处方使用人与参保人员身份是否一致。

乙方应当加大医保电子凭证、人脸识别等信息化工作力度，提升参保人身份核验工作效率，做到人证相符。

第十七条 【外配购药】在相关规定范围内，乙方应当凭参保人员处方销售医保目录内处方药，药师应当对处方进行审核、签字后调剂配发药品。外配处方（包括电子外配处方）必须由定点医疗机构医师开具，并有医师签章。

乙方应将参保人员医保目录内药品外配处方、购药清单等保存2年，以备医疗保障部门核查。

第十八条 【信息报送】乙方应按要求及时如实向甲方上传参保人购买药品的品种、规格、价格、费用及厂家等信息，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。

第十九条 【严格管控】乙方应严格执行医保基金支付

范围的规定，为参保人员提供方便的配售药服务。工作人员不得接受参保人的委托在本店代购药品，不得留存参保人社会保障卡，不得允许或者协助参保人使用医保基金支付医保规定范围外的商品。

第三章 审核与费用结算管理

第二十条 【申报结算】乙方应当按要求时限向甲方申报医保费用结算，无特殊原因超过申报时限的甲方不予受理，相关费用由乙方自行承担。

第二十一条 【申报材料】乙方申报结算医保费用，需出具由甲方提供的结算软件生成的明细汇总表、结算汇总表，汇总表需加盖乙方财务收费印章。

第二十二条 【费用审核】甲方有权对乙方所申报的医保费用进行审核。乙方应当积极配合，按时将审核所需资料送达甲方。逾期不送达的，暂停支付当月医保费用。

第二十三条 【即时结算】甲方应自乙方申报后30个工作日内向乙方拨付符合规定且应由医保基金支付的医保费用，逾期不能支付的应当向乙方说明原因，乙方不能提供完整准确申报资料的除外。

第四章 信息系统管理

第二十四条 【人员配备】乙方应当指定专人负责信息

系统的管理，并将专职管理人员名单报甲方备案。甲方根据需要组织乙方专职管理人员进行业务培训。

第二十五条 【指导配合】甲方应当结合医保管理相关规定，指导乙方做好药品、药师等相关信息的管理、变更和维护工作。乙方应当积极配合甲方建设和完善各类基础数据。

第二十六条 【系统配备】乙方应当按照甲方有关标准，配备设施设备，通过专线与甲方信息系统联网；乙方的信息系统与其他外部网络联网时，要采用有效的安全隔离措施，保证乙方的网络与互联网物理隔离；乙方应当妥善保管和使用社会保障卡刷卡、医保业务综合服务终端、医保移动支付等设备，不得转借或赠与他人，不得改变使用场地。

未经甲方同意，乙方不得采用任何方式为不具备医保结算资格的分支机构或其他机构提供医保结算专用网络接入。

第二十七条 【信息安全】乙方应当遵守国家、省及本统筹区信息系统安全管理的相关规定，严格执行医保信息保密制度，保护参保人信息，非法泄露参保人个人信息的，将按照国家相关规定追究法律责任。

第二十八条 【系统维护】乙方应当做好与医保结算相关的信息系统维护工作，保障相关设备稳定运行，确保参保人使用社会保障卡、医保电子凭证等及时结算购药费用。网络及系统出现故障时，乙方应当及时报告甲方，共同排查解决故障，并向参保人做好解释工作。

第二十九条 【信息传输】乙方应当严格按照甲方要求，

配合做好甲方监管信息系统的联网工作，实时自动传送参保人购药等数据，确保数据的真实、完整和准确，并做好数据备份工作。

第五章 监督检查与考核

第三十条 【监管方式】根据监管工作需要，甲方或受甲方委托的第三方机构可按照政策规定和本协议约定，通过网络监控、日常检查、专项检查、突击检查等形式对乙方执行医保政策和履行医保协议情况进行检查，有权调取、查看、复印有关资料，乙方应当积极配合，不得推诿、拒绝和弄虚作假。

甲方有权通过完善医保监控系统，逐步实现事先提示、事中监控预警和事后责任追溯的分阶段监控以及数据筛查审核、影像实时监控、监控评价分析等多种手段并用的监管方式。依据智能监控系统提取的数据和影像，可作为违约处理的依据。

第三十一条 【监管范围】甲方有权采取在线监控、医保大数据分析等方式对乙方及其从业人员提供的医保服务行为、服务过程及结算费用实行监管。

第三十二条 【监督检查】乙方应当自觉接受甲方的监督管理，积极配合甲方或者甲方委托第三方机构的稽查审核工作，确保提供的资料真实、准确、完整。乙方对稽查审核结果保留异议权的前提下，对稽查审核结果应当场进行签字

确认。对乙方提供的资料，甲方应当予以保密。

除举报投诉核实外，乙方有权利全程监督甲方监督检查过程，并对甲方的不合理、不合约监督检查行为提出质疑，甲方在监督检查过程中，应认真记录乙方质疑，做出合理解释。

第三十三条 【监管手段】甲方根据国家安排部署和管理要求，需要安装医保监控系统监控乙方的配售药服务，乙方应当积极配合，保障监控设备正常运行，不得自行移动监控设备，故意断电、断网，故意遮挡，干扰影响监控设备正常工作。乙方因重新规划内部格局，需要改变医保刷卡设备位置时，需报告甲方同意后方可实施。

第三十四条 【信用评价】乙方涉嫌骗取医保基金的，甲方应提请医疗保障行政部门进行行政处罚，并将违反本协议的机构和个人纳入医保领域失信联合惩戒对象名单，按相关规定进行处理。

第三十五条 【复核处理】甲方对乙方的考核、检查及处理情况等应及时告知乙方，乙方有异议的可申请复核，甲方审核复核申请材料，必要时请权威专家评议并做出复核处理意见。

第三十六条 【结果通报】甲方可对乙方医疗保障基金使用情况、医保考核结果、药品服务违约行为等向相关部门、参保单位、参保人和公众媒体等进行通报。

第六章 违约责任

第三十七条 【甲方违约】甲方有下列情形之一的，乙方应当要求甲方纠正，也可提请医疗保障行政部门督促甲方整改：

- （一）未及时告知乙方医保政策和管理制度、操作规程变化情况的；
- （二）未按本协议约定进行费用结算的；
- （三）因甲方原因导致医保费用结算错误的；
- （四）工作人员违反工作纪律规定的；
- （五）其他违反法律、法规的行为。

第三十八条 【乙方违约行为及处理办法一】乙方有下列违约情形，但未造成医保基金损失的，甲方对乙方作出约谈或限期整改，如整改不合格，暂停支付医保费用；

- （一）未按要求配备管理人员、制定管理制度和履行管理义务的；
- （二）未及时处理参保人员投诉和社会监督反映问题的；
- （三）未按时间要求，准确、完整提供甲方所需资料的；
- （四）未按规定维护上架药品相关信息的；
- （五）未及时上传参保人员购药信息的；
- （六）乙方基础信息录入不及时、不准确的，未实名制操作录入的；
- （七）乙方未按协议规定时限及时结算的；

(八) 乙方未对所售药品明码标价的；

(九) 分解、超剂量配售处方药品的；

(十) 无理由拒绝为参保人员提供刷卡配药、医保结算服务的；

(十一) 拒绝为参保人员开具购药发票，不提供销售明细的；

(十二) 不正确解释医保政策规定，诱导、误导、唆使参保人员集中使用个人账户消费的；

(十三) 未悬挂统一格式的定点零售药店标识、未公布监督举报电话的；

(十四) 收费印章与医保定点药店名称不相符的；

(十五) 使用安装了医保信息系统的电脑上网或安装与开展医保工作无关软件的；

(十六) 将药店备案面积减少，出租或以出租等方式作为他用，事先未向甲方报备的。

第三十九条 【乙方违约行为及处理办法二】乙方有下列违约情形之一，甲方可要求乙方限期整改，予以暂停拨付医保费用、要求承担违约金、拒付全部违约（规）费用等处理，并对已支付的违规费用予以追回。

(一) 未核验参保人员社会保障卡、电子医保凭证、处方等购药凭证的；

(二) 药师违反管理规定违规调剂、销售处方药品的；

(三) 销售处方药不留存处方原件、处方扫描件、处方复印件或电子处方之一的；

(四) 自行为参保人设定个人账户最低使用额度的;

(五) 药品(含特殊药品)供应不足且未采取有效措施,不能确保参保人员用药需求的;

(六) 将参保人员获得的企业无偿提供的特药纳入医保支付范围的;

(七) 信息系统未达到甲方要求,未按照甲方提供的接口规范进行程序开发和改造的,或未按要求上传医保数据的;

(八) 推诿参保人购药、虚假解释、激化矛盾的;

(九) 暂停结算期间未进行及时、有效整改的;

(十) 本协议第一章第九条中所明确的重要信息发生变更但未办理变更的。

第四十条 【乙方违约行为及处理办法三】除乙方提出中止医保协议且经甲方同意外,有下列违约情形之一,甲方应中止医保协议,予以责令缴纳违约金、拒付全部违约(规)费用等处理,并对已支付的违规费用予以追回。

(一) 根据日常检查和绩效考核,发现对医疗保障基金安全和参保人员权益可能造成重大风险的;

(二) 未按规定向医疗保障行政部门及经办机构提供有关数据或提供数据不真实的;

(三) 违反医疗保险支付范围规定的;

(四) 医保信息系统录入与实际销售不符的,或医保信息系统信息与药店销售系统信息、入出库信息不相符的;

(五) 购销存台账不能做到账账相符、账实相符的;

(六) 同一种药品在同一门店、同一时间段内个人账户支付购买价格高于现金购买价格;

(七) 法律法规和规章规定或医保协议约定的应当中止的其他情形。

协议中止(包括乙方提出的中止协议)时间原则上不得超过180日,定点零售药店在医保协议中止超过180日仍未提出继续履行医保协议申请的,原则上医保协议自动终止。

第四十一条 【乙方违约行为及处理办法四】除乙方提出解除医保协议且经甲方同意外,有下列违约情形之一,甲方应解除医保协议,并向社会公布解除医保协议的乙方名单。甲方予以责令缴纳违约金、拒付全部违规费用、对已支付费用中的违规费用予以追回,涉嫌违反社会保险法等法律法规的,提请行政部门实施行政处罚,涉嫌构成犯罪的,移送司法机关处理。因严重违反医保协议约定被解除医保协议未满1年或已满1年但未完全履行违约责任的,因违法违规被解除医保协议未满3年或已满3年但未完全履行行政处罚法律责任的,甲方不予受理定点申请。

(一) 医保协议有效期内累计2次及以上被中止医保协议或中止医保协议期间未按要求整改或整改不到位的;

(二) 发生重大药品质量安全事件的;

(三) 以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的;

(四) 以伪造、变造医保药品“进、销、存”票据和账目、伪造处方或参保人员费用清单等方式,骗取医疗保障基金的;

(五) 将非医保药品或其他商品串换成医保药品，倒卖医保药品或套取医疗保障基金的；

(六) 为非定点零售药店、中止医保协议期间的定点零售药店或其他机构进行医保费用结算的；

(七) 将医保结算设备转借或赠与他人，改变使用场地的；

(八) 拒绝、阻挠或不配合经办机构开展智能审核、绩效考核等，情节恶劣的；

(九) 医疗保障行政部门或有关执法机构在行政执法中，发现定点零售药店存在重大违法违规行为且可能造成医疗保障基金重大损失的；

(十) 被吊销、注销药品经营许可证或营业执照的；

(十一) 未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的；

(十二) 法定代表人、企业负责人或实际控制人不能履行医保协议约定，或有违法失信行为的；

(十三) 因定点零售药店连锁经营企业总部法定代表人、企业负责人或实际控制人违法违规导致连锁零售药店其中一家分支零售药店被解除医保协议的，相同法定代表人、企业负责人或实际控制人的其他分支零售药店同时解除医保协议；

(十四) 故意曲解医保政策和管理规定，引起参保人员上访，造成不良影响的；

(十五) 根据医保协议约定应当解除协议的；

(十六) 法律法规和规章规定的其他应当解除的情形。

第四十二条 【违约金】 单体药店承担不超过违规事实所占月份(可累加)医保结算金额的 10%; 定点门店数量达到 2-50(含)家的连锁药店, 承担不超过违规事实所占月份(可累加)所有定点门店医保结算金额的 5%; 定点门店数量达到 51(含)家以上的连锁药店, 承担不超过违规事实所占月份(可累加)所有定点门店医保结算金额的 3%。

第四十三条 【违约责任承担】 乙方发生分立、合并的, 分立、合并前的违约行为由分立、合并后的经营主体承担违约责任。

第四十四条 【违规违法处理】 乙方违反相关法律法规的, 甲方应当提请有关行政部门进行行政处罚; 涉嫌违法犯罪的, 应当由医疗保障行政部门移送司法机关, 依法追究其刑事责任。

第四十五条 【违约处理】 乙方违约的, 甲方在调查期间可中止乙方医保服务及医保费用结算、拨付。乙方因违约被暂停或解除服务协议, 造成的所有损失由乙方自行承担。

乙方在停止医保业务期间, 应在营业场所显要位置进行公告, 并向参保人解释说明。因未公告或未解释说明造成不良后果的由乙方负责。

第七章 附 则

第四十六条 【效应说明】 协议执行期间, 国家法律、

法规和政策有调整的，应按新的规定执行，若新规定与本协议不一致时，经双方协商，可按照新规定对本协议进行修改和补充，其效力与本协议同等。

第四十七条 【意思表示】甲乙双方确认：已认真审阅本协议所有条款并完全了解其具体内容和含义，本协议所有条款均属双方平等且完全协商一致而达成，不存在任何欺诈、胁迫或乘人之危的情形，协议签订后双方均自觉遵守履行。

第四十八条 【争议处理】甲乙双方在履行协议过程中发生争议的，可通过协商解决。双方协商未果的，由统筹地区医疗保障行政部门协调解决。如无法解决的，可依法申请行政复议或提起行政诉讼。

第四十九条 【协议有效期】本协议有效期自 年 月 日起至 年 月 日止。协议期满后，因甲方原因未签订新协议，原协议继续生效。

第五十条 【补充协议】本协议未尽事宜，经双方协商一致，可签订补充协议，效力等同于本协议。

第五十一条 【协议的生效与备案】本协议一式三份，甲乙双方签字盖章后生效，一份送乙方所在地医疗保障行政部门存档，甲乙各执一份。

甲方名称：

乙方名称：

法定代表人：

法定代表人：

日期：

日期：