附件 1

承诺书

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | 法定代表人  及联系电话 |  |
| 经认真学习医疗保障相关政策文件，本单位愿意承担本统筹区医疗保障服 务，自愿申请成为医疗保障定点医疗机构，现郑重承诺：  1.提交的申请相关材料真实、合法、有效。  2.成为定点医疗机构后持续符合定点条件。  3.严格执行医保协议，不为非定点医疗机构提供医保结算。  4.严格执行实名就医和购药管理规定，核验参保人员有效身份凭证。  5.严格执行医保药品、医用耗材和医疗服务项目等目录，合理诊疗、合理 收费。  6.严格执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策，按有关规定执行集中 采购政策，优先使用集中采购中选的药品和医用耗材。  7.按照国家医疗保障局《医疗保障信息平台定点医药机构接口规范》和《医 疗保障核心业务区网络安全接入规范》， 接入医保业务网并实现与医保信息平 台有效对接，并按规定及时全面准确向医保信息平台传送医保结算和审核所需 的有关数据。  8.积极配合医疗保障相关工作，自愿接受医疗保障部门及社会监督。  9.未能达到上述要求， 自愿接受解除医保协议及其他相应处理并承担因此 引起的一切责任和后果。 | | | |
| 法定代表人签字：  （加盖单位公章）  年 月 日 | | | |