

青海省医疗保障局
医保电子凭证推广应用合作单位

邀
请
文
件

青海省医疗保障局

2020年7月

目 录

- 第一章 合作项目概况
- 第二章 合作单位邀请函
- 第三章 合作申请书的编制要求
- 第四章 合作申请书格式
- 第五章 合作申请书的提交
- 第六章 合作单位专家评审

第一章 合作项目概况

序号	内 容	说 明 与 要 求
1	邀请单位	名称：青海省医疗保障局 地址：西宁市城中区南大街15号 联系人：华加 联系电话：0971-8170391
2	项目名称	青海省医疗保障局医保电子凭证推广应用
4	地 点	青海省医疗保障局
5	内 容	推广应用青海省医保电子凭证
6	方 式	评审
7	文件份数	正本一份，副本四份。
8	文件提交地点及时间	文件接收人：柴顺君 电话：0971-8170560 文件递交电子邮箱： 314090646@qq.com 招标截止时间：2020年7月21日18:00时前(北京时间)
9	评审方法	详见邀请文件第六章。

第二章 合作单位邀请函

根据国家相关规定和要求,青海省医疗保障局拟委托具有相应资质的合作单位开展青海省医保电子凭证推广应用。现诚邀符合条件的各潜在合作单位参加,为我单位提供医保电子凭证推广应用服务工作。

一、申请单位资格要求

(一) 申请单位应具有独立企业法人资格(省外在青内设立的分支机构须具备工商注册手续);

(二) 申请单位已取得国家医疗保障局医保电子凭证和医保支付合作资质;

(三) 不接受资格类型相同的单位组成联合体参加;

(四) 经信用中国(www.creditchina.gov.cn)、中国政府采购网(www.ccgp.gov.cn)等渠道查询后,列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单、政府采购严重违法失信行为记录名单的,取消申请资格。(提供“信用中国”网站无任何不良记录的查询截图,时间为递交申请截止时间前20天内)。

三、报名

申请单位请于2020年7月17日8:30至2020年7月21日18:00前报名,递交申请书,经核查符合条件的,报名均有效。

四、申请书送达

所有申请单位需编制《合作申请书》。《合作申请书》用汉语编制。合作申请书(一正四副)必须在截止时间发送至电子邮箱314090646@qq.com,逾期送达不予受理。

邀请单位(全称): 青海省医疗保障局

联系人: 柴顺君

联系电话: 0971-817560

青海省医疗保障局

2020年7月17日

第三章 合作申请书的编制要求

3.1 合作申请书的语言

申请单位的合作申请书应用中文写成。

3.2 申请单位所提交的合作申请书应至少包括第四章各项内容, 并且还要提供相应的证明文件, 证明文件至少包括:

3.2.1 营业执照副本 (提供复印件并加盖单位公章);

3.2.2 已取得国家医疗保障局医保电子凭证和医保支付合作资质证明 (提供合同复印件)。

3.3 合作申请书不得有松散页。

3.4 合作申请书除签字外, 全部用不褪色的墨水(粉)打印, 副本可以用复印件。

第四章 合作申请书的格式

- 4.1 申请单位在制作合作申请书时必须使用本章所附格式。本章未规定格式的，由各潜在合作单位根据实际情况自主编制。
 - 4.2 申请单位应在合作申请书封面和法定代表人授权书中的“合作单位”一栏填上申请单位的全称。
 - 4.3 本章所附格式大小只是范例，如填写不下，可另附页。
 - 4.4 申请单位应按照合作申请书格式的要求，提交合作申请书。
 - 4.4.1 合作单位组织机构。
 - 4.4.2 取得国家医疗保障局医保电子凭证和医保支付合作资质（提供合同复印件）。
 - 4.4.3 公司简介及相关证明材料。
 - 4.4.4 针对本项目的合作单位人员配置。
 - 4.4.5 医保电子凭证推广方案。
- 注：对医保电子凭证在全省各区（县、）乡（镇）、村（社区）及全省所有两定机构和村卫生室推广。明确全量推广两定机构的具体时间，具体单位数量，使用电子凭证具体频次，并确保年内 30%医保参保人口激活率的项目特点制定合作方案。医保电子凭证推广方案应根据项目的特点和需要实事求是、详细地编制，不得违反法律规定，具有可操作性。
- 4.5 申请单位编制的申请书应简洁明了。

格式一：合作申请书封面

正本（或副本）

_____项目

合作单位 申 请 书

合作单位：（全称并加盖企业法人公章）

2020年7月XX日

格式二：合作单位申请书

合作单位申请书

一、我单位自愿参与青海省医保电子凭证推广应用项目合作，完全理解项目合作概况和内容，并承诺严格按照提交的合作申请书开展青海省医保电子凭证推广应用工作。

二、我单位对提交的所有申请文件负责，并授权你方可对我单位进行查询或调查，以证实有关本申请提交的声明、文件和资料的真实性。

三、我单位完全理解我方因法律和政策原因取消或拒绝所有的申请单位，并对此类任何行动不承担任何责任。

四、由于项目邀请的事后备案，我单位也完全理解可能因某种正当原因而改变评审结果(即使已签订合同)或重新评审并不承担任何责任。

申请单位（盖章）：

委托代理人签名：_____

格式三：法定代表人（或分支机构注册负责人）授权书

授 权 书

_____系_____的法定代表人（或分支机构注册负责人），现授权为我公司（机构）委托代理人，以本公司（机构）的名义参加青海省医保电子凭证项目合作单位的邀请评审活动。委托代理人参加项目活动和合作单位合同谈判过程中所签署的一切文件和处理与之有关的一切事务，我单位均予以承认并全部承担其产生的所有权利和义务。

委托代理人无转委托权。特此委托。

授权人签名：

被授权人签名：

注：授权人与被授权人身份证复印件须紧附其后。

申请单位（盖章）：_____

日 期： 年 月 日

第五章 合作申请书的提交

- 5.1 合作申请书应该在第二章中规定的截止时间前提交。迟到的合作申请书我单位将不予接收，且不论迟到的原因。
- 5.2 合作申请书等材料发送前设置加密密码。

第六章 合作单位专家评审

- 6.1 申请单位应在提交合作申请书截止时间前将密封后的合作申请书提交给邀请单位。凡在合作申请书提交截止时间过后送达的合作申请书不予受理，更不得参加评审。申请单位不再对合作申请书举行单独的开封仪式。
- 6.2 本项目的评审由邀请单位组织相关人员组成评比委员会对合作单位的申请文件按照评审标准规定进行。
- 6.3 评比委员会应将所有合作申请书同时启封，评委独立打分。
- 6.4 邀请单位必须对各潜在合作单位报送的合作申请书内容保密，邀请单位、申请单位及评比参与者不得泄漏。如果参加竞争的各潜在合作单位试图采用不正当手段对评委施加影响，取消其参加评审资格。
- 6.5 严禁任何单位和个人以任何形式操纵或干预评比过程和评比结果。
- 6.6 评比委员会成员不得在评审期间私下接触各潜在合作单位人员，不得接受各潜在合作单位或相关人员的任何馈赠，不得参加各潜在合作单位以任何形式组织的宴请、娱乐、旅游等活动，不得透露与评审工作有关的内部情况。
- 6.7 对合作申请书进行响应文件检查。没有充分响应文件的不得进入打分程序；邀请单位认为合作申请书有不清楚的地方，可以要求各潜在合作单位解释、澄清，但各潜在合作单位不得对申请文件作实质性的修改。拒绝澄清的，合作申请书无效。
- 6.8 本项目合作单位的评审实行综合评分法，按得分高低进行排序，选取得分排名前 X 名为中选人。如分数相同，由评委投票决定，得票数多者中选。
- 6.9 申请的原始文件和报告应至少保存十五年备查，并作为审计、廉政监督的证明材料。
- 6.10 凡评比标准中没有列出的评定内容在评比时不得作为打分和作废的依据。
- 6.11 详细评分表附后：

详细评分表

评分因素	评审依据	详细评分标准
申请单位机构实力	申请单位机构实力	申请单位在省内各市（州）设有固定办公场所、具有至少 5 名相应专职技术人员。 申请单位在省内各区（县）设有固定办公场所。 （以上需提供相关资质证明、房屋产权证明或房屋租赁合同相关证明材料）
资金承诺函	上级机构批准的资金承诺函	根据申请单位为本次合作计划投入资金进行评估。（提供申请人上级机构资金使用批复作为证明）
类似业绩	申请单位政府合作类似业绩情况	根据申请单位具有民生领域政务信息化运营推广业绩情况进行评估。（提供申请人同类业绩合同相关证明材料）
人员组织配置	申请单位专职人员接受培训情况	申请单位配备专职技术人员具有国家承认的相关计算机技术类资格证书且必须在有效期内，以证明材料为准。（提供人员清单及相关证明材料）
方案	推广方案	申请单位对医保电子凭证在全省各区（县、）乡（镇）、村（社区）及全省所有两定机构和村卫生室推广。
服务	本地化服务	申请单位应能满足邀请单位的服务场地要求（配备会议室、设备安装场所（应符合网络安全三级等保要求））。
		申请单位应能满足邀请单位线上线下的服务要求并对服务进行说明。
	问题处理	申请单位应对如何为两定机构提供医保账户快速开户服务进行说明。
		申请单位应对电子凭证如何对接进行说明。
		申请单位应对如何处理用户人脸识别验证进行说明。
		申请单位的银行 APP 应对能集成邀请单位提供的相关功能进行说明。
		申请单位应对参保人的问题有多渠道服务能进行声明（如：电话服务、网点服务等）。
		申请单位应可以向定点医疗机构、药店现场派驻指导员解决现场问题进行声明。
		申请单位应能免费够提供加密机并指导加密机的对接工作。
		现有医保电子凭证推广应用过程中存在的问题和解决方案。 开展青海省医保电子凭证推广应用实现的目标和时间计划安排。