附件3：

清远市医疗保障定点医药机构医保

POS机或自助一体机PSAM卡安装通知和回执单

经审核，同意 （收单银行）在 （定点医药机构名称）安装医保POS机/自助一体机 台、医保PSAM卡 张，详见下表。请安装人员在安装完毕后填写“安装回执”中的内容，定点医药机构确认安装信息无误在表内相应位置加盖公章。验收后安装人员应在3个工作日内交回收单银行。收单银行收到后，应在5个工作日内交回市医保服务中心医药服务部。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 安装通知  （医保经办机构填写） | | 安装回执（收单银行的安装人员填写） | | | | | | |
| 序号 | 安装具体位置 | 商户号 | 终端号 | 医保PSAM  卡号 | 绑定 号码 | 维护 公司 | 安装  时间 | 安装人员签名 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医保部门（盖章）：  医保经办人签名：  联系电话：  20 年 月 日 | | 经确认，以上安装信息无误，安装位置与终端号对应。  定点医药机构（业务章）：  医药机构经办人签名： 联系电话：   年 月 日 | | | | | | |

**说明： 1.**表中“绑定号码”：若绑定为固定电话，填写具体的电话号码；若绑定为无线网络，填写“网络”。

**2.PSAM卡存储了卡读写密钥，是控制系统安全的重要组成部分。各业务部门必须制定内部管理制度，指派专人负责、专人保管，切实加强对PSAM卡的管理，防止PSAM卡被盗和非法使用。**