附件1

 正（副）本

致：赣州市妇幼保健院

## 项

## 目

## 咨

## 询

## 文

## 件

**项目名称：医保智能审核管理系统项目咨询**

**响应供应商名称：**

**日期： 年 月 日**

## 一、医保智能审核管理系统项目咨询响应函

致：赣州市妇幼保健院

（响应供应商名称）系中华人民共和国合

法企业，我方就参加本次投标有关事项郑重声明如下：

一、我方完全理解并接受咨询公告所有要求。

二、我方提交的所有响应文件、资料都是准确和真实的，如有虚假或隐

瞒，我方愿意承担一切法律责任。

三、我方承诺，以后的项目采购不高于此次咨询结果，系统性能参数、

配置、维保不低于此次项目咨询结果。

四、与此次项目咨询相关一切正式往来信函请寄：

地址 ： 传真：

电话 ： 电子邮件：

法定代表人（ 或被授权人（签字）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

响应供应商名称（公章）

 年 月 日

**二、****医保智能审核管理系统项目要求**

## **（一）、项目背景**

为落实医保基金精细化管理要求，构建覆盖事前预警、事中管控、事后核查的全流程监管体系，强化医院内控管理与飞行检查应对能力，现需采购一套医保智能审核系统，重点通过现场演示验证系统核心功能的实用性与操作流畅度（可优于以下功能）。

## **（二）、全流程智能审核演示**

1、事前预警场景

2、事中动态管控

3、事后深度核查

### **（三）、知识库与规则配置演示**

1、政策知识库管理

2、飞行检查规则

3、规则自定义能力

### **（四）、基金管控与报表演示**

1、实时监控驾驶舱

2、基金运行看板

3、风险热力图

4、智能报表生成

### **（五）、PDCA 稽查闭环管理演示**

1、闭环处理全流程

2、持续改进分析

三、分项报价清单

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **内容** | **数量** | **单价（元）** | **总价（元）** |
| 1 | 医保智能审核管理系统软件 | 1套 |  |  |
| **合计：** （元） |

四、咨询文件要求

**文件应包含项目建设方案、产品型号及报价表(分项单价、总价及总计)（需加盖公章）、建设案例合同证明材料、有关资质证明材料、供货商详细地址及电话等。**咨询文件胶装成册一式叁份，一正二副。报价中包含运杂、装卸、包装、保险、税费、售后服务等以及国家规定的各项费用等一切费用。

## 五、法定代表人授权书（非法人代表参与投标时提供）

致:赣州市妇幼保健院

（响应供应商法定代表人名称）是（响应供应商名称）的法定代表人，特授权（被授权人姓名及身份证代码）表代表我单位全权办理上述项目的设备咨询、投标、谈判、签约等具体工作，并签署全部有关文件、协议及合同。我单位对被授权人的签字负全部责任。在撤消授权的书面通知以前，本授权书一直有效。被授权人在授权书有效期内签署的所有文件不因授权的撤消而失效。

被授权人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 法定代表人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

响应供应商名称（公章）

年 月 日

|  |
| --- |
| 粘贴法人身份证明**（复印件正、反两面）**粘贴被授权人身份证明**（复印件正、反两面）** |

## 六、响应供应商关于无重大违法记录书面声明函

致：赣州市妇幼保健院

我公司在参加本次政府采购活动前三年内，在经营活动中没有因违法经营受到刑事处罚或者责令停产停业、吊销许可证或者执照、较大数额罚款等重大违法记录。

特此声明。

法定代表人或被授权人（签字）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

响应供应商名称（公章）

 年 月 日

## 七、响应供应商资格证明文件

1、营业执照、税务登记证、机构代码证（三证（五证）合一的提供三证（五证）合一证件）、银行开户许可证。

**八、其他证明文件**