附件一

HIS医保移动支付改造项目

报名须知

各公司代表：

1. 报名及纸质资料提交：请按第二部分：《材料基本目录》等要求做好三份材料，在11月24日前送至/邮寄广州市越秀区麓景路7号老干大厦2楼招标采购办以便做好评审前的准备工作。

二、院内评审时间另行通知。

三、贵公司必须对所提供材料的真实性负责，如发现虚假材料将列入采购黑名单，并依法追究相关责任。

四、单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同供应商，不得参加同一项目报价, 一经发现按废标处理并标记为不诚信供应商。

目 录

1. 用户需求书
2. 材料基本目录

第三部分 材料格式

**第一部分 用户需求书**

1. **项目概况**

1、根据《广州市医疗保险服务中心关于进一步做好移动支付应用推广工作的通知》（穗医保中管【2023】51号）的要求，为加快推进医保移动支付信息化标准变化建设，按照《国家医保局关于进一步深化推进医保信息化标准化工作的通知》及《广东省医疗保障局关于进一步做好移动支付应用推广工作的通知》的要求，根据移动支付最新接口规范及操作指引进行系统改造及联调，并通过国家医疗保障局验收。

2、本项目为南方医科大学皮肤病医院HIS医保移动支付改造项目，按照上述要求，从HIS（门诊）侧开发新国标移动医保支付、移动端（微信）、移动端（支付宝）、前置服务端四个方面开展改造工作。

3、本项目服务期限：本合同自双方签章之日起生效，至本合同项下双方的权利义务履行完毕之日止。

4、供应商资格条件：

（1）必须是在中华人民共和国境内注册的具有独立承担民事责任能力的法人或其它组织；分支机构报名的，必须提供总公司的营业执照副本复印件及总公司针对本项目授权书原件。

（2）递交报名资料截止时间前三年未被列入“信用中国”网站(www.creditchina.gov.cn)“记录失信被执行人或重大税收违法失信主体”记录名单；不处于中国政府采购网(www.ccgp.gov.cn)“政府采购严重违法失信行为信息记录”中的禁止参加政府采购活动期间。

（3）具有本项目相关的其他资质。

（4）本项目不接受联合体报名。

**二、技术要求**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **工作项** | **工作内容** |
| 1 | HIS（门诊）侧开发新国标移动医保支付的改造内容 | 实现新国标移动医保支付相关接口  1.【6201】费用明细上传  2.【62202】支付下单  3.【6203】医保退费  4.【6204】医保订单信息同步  5.【6301】医保订单结算结果查询  6.【6302】医保结算结果通知  7.【6401】费用明细上传撤销  8.SM2和SM4加密解密 |
| 2 | 原HIS诊间支付相关接口医保改造  1.原预结算接口增加入参，如payAuthNo支付授权码setlLatlnt等  2.原预结算接口出参移动支付需要的医保改造  3.原缴费接口需要接收移动支付订单号和医保返回的何种金额，如个账金额等进行保存  4.HIS提供【6302】医保结算结果通知接口给医保侧主动调用，HIS被动接收订单正式结算结果  5.HIS轮循【6301】医保订单结算结果查询，主动获取医保订单正式结算结果  6.新增订单状态确认 support.confirmOrderStatus接口，返回HIS系统该订单的状态信息  7.HIS业务支付失败，支持线上获取授权进行退费 |
| 3 | 原HIS预约和挂号支付相关接口医保改造  1.预约和挂号前调用新国标接口进行预结算获取自费、报销金额  2.医保挂号支付改造  3.异常订单退费 |
| 4 | 1.窗口新增【6101】解析医保电子凭证二维码，获取授权  2.收费窗口支持对异常订单进行获取授权后退费  3.发票退费，医保原路退回  4.医保对账 |
| 5 | WebServie服务发布 |
| 6 | 移动端（微信）改造内容 | HIS侧梳理HIS侧要改造的接口  腾讯侧国家电子医保凭证人员身份授权验证接口开发1.医保支付下单接口开发  2.医保支付结果通知接口开发  3.医保退费接口开发  4.医保支付/退费通知接口开发  5.医保支付订单/对账 接口开发  6.医保订单查询接口开发  7.预约挂号/当天挂号医保支付/退费流程，内部开发联调  8.诊间支付医保支付/退费流程，内部开发联调  9.配合医保局、腾讯、医院HIS完成医保支付的全流程联调测试  10.配合腾讯、医院完成医保局对微信国家移动医保支付的录屏与验收 |
| 7 | 移动端（支付宝）改造内容 | HIS侧要改造的接口  支付宝侧国家电子医保凭证人员身份授权验证接口开发  1.医保支付下单接口开发  2.医保支付结果通知接口开发  3.医保退费接口开发  4.医保支付/退费通知接口开发  5.医保支付订单/对账接口开发  6.医保订单查询接口开发  7.预约挂号/当天挂号医保支付/退费流程，内部开发联调  8.诊间支付医保支付/退费流程，内部开发联调  9.配合医保局、医院HIS完成医保支付的全流程联调测试  10.配合医院完成医保局对支付宝国家移动医保支付的录屏与验收 |
| 8 | 前置服务改造内容 | 1.待缴费信息查询接口改造  2.缴费详情接口改造  3.诊间支付接口改造  4.透传体接口改造  5.服务对象接口改造  6.优惠费用查询接口改造  7.挂号支付接口改造 |
| 9 | 实施测试和上线跟进 | 部署升级、上线跟踪和验收 |

**三、服务要求**

1、交货期：合同签订后3个月内达上线要求

2、质保期及售后服务要求：

系统出现故障无法正常使用（系统瘫痪、对最终用户的业务运作有重大影响或由于系统性能失常严重影响用户的业务运作），应立即响应，远程处理或1小时内到达客户现场，采取相应解决方案直至系统可以正常运行为止。项目验收合格之日起提供为期1年的运维服务，保质期后按不高于软件价格的10%收取年度维保费用，具体费用双方商议。

1. **付款方式**

1、合同签订并生效后15个工作日内，采购人向成交供应商支付合同总价的40%。

2、合同验收之日起15个工作日内，采购人向成交供应商支付合同总价的60%。

3、付款方式：采用银行转账方式。

**第二部分　材料基本目录**

1、\*项目报价表

2、\*公司《企业法人营业执照》及与本项目相关的资质

3、\*公司法定代表人证明（附身份证复印件）

4、\*公司业务员授权书（附身份证复印件）

5、\*需求响应表

6、\*服务方案

7、\*售后服务承诺

7、\*同类项目业绩（近三年同类项目业绩清单及合同关键页）

8、公司介绍或彩页

9、报价人认为需要提交的其它材料

说明：

1、以上材料需加盖公章，按顺序摆放，均在有效期内。带星号（\*）项为必交材料。

2、材料中的任何重要的插字、涂改和增删，必须由法定代表人或经其正式授权的代表在旁边加盖公章或签字才有效。

**第三部分 材料格式**

**3.1封面**

**南方医科大学皮肤病医院**

**HIS医保移动支付改造项目**

**公司名称：**

**联系人：**

**联系电话：**

**联系邮箱：**

**日期：**

**3.2目录**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **材料名称** | **页码** |
| 1 | \*项目报价表 | 第( )页 |
| 2 | \*公司《企业法人营业执照》及与本项目相关的资质 | 第( )页 |
| 3 | \*公司法定代表人证明（附身份证复印件） | 第( )页 |
| 4 | \*公司业务员授权书（附身份证复印件） | 第( )页 |
| 5 | \*需求响应表 | 第( )页 |
| 6 | \*服务方案 |  |
| 7 | \*售后服务承诺 | 第( )页 |
| 8 | \*同类项目业绩（近三年同类项目业绩清单及合同关键页） | 第( )页 |
| 9 | 公司介绍或彩页 | 第( )页 |
| 10 | 报价人认为需要提交的其它材料 | 第( )页 |

**3.3项目报价表**

项目名称：HIS医保移动支付改造项目

报价内容：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 服务内容/ 软件名称 | | 品牌 | 制造商/产地 | 单位 | 数量 | 单价（元） | 分项价格（元） |
| …… | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |
| 服务费用 | | | | | | |  |
| 其他费用 | | | | | | |  |
| 总报价（大写）： | | | | | | | 小写： |
| 保修期内的服务项目 |  | | | | | | |
| 备注 | 1)所有根据合同或其它原因应由供应商支付的税款和其它应交纳的费用都要包括在供应商提交的总报价中；  2)报价中必须包含本项目涉及的运输、安装、调试、培训辅导、质保期售后服务、全额含税发票、雇员费用、合同实施过程中应预见和不可预见费用、综合关税等。 | | | | | | |

公司名称（加盖公章）：

法人代表或授权代表签名：

日期： 2023年 月 日

**3.4法定代表人/负责人资格证明书**

**法定代表人/负责人资格证明书**

兹证明，同志，（性别），现任我司职务，为本公司的法定代表人，特此证明。

供应商法定代表人签字（盖章）：

公司名称（盖章）：

日期：

|  |
| --- |
| 粘贴代理人身份证复印件 |

**3.5法定代表人授权委托书**

**法定代表人/负责人授权委托书**

**本授权书声明：**

注册于（公司地址）（公司名称）

（法定代表人姓名、职务）代表本公司授权 （被授权人的姓名、职务、联系方式）为本公司的合法代理人，以本公司名义负责处理在南方医科大学皮肤病医院 XXXXXXXXXXXX 项目中报名、院内谈判及合同签订事务。

本授权书在签字盖章后生效，特此声明。

供应商法定代表人签字（盖章）：

被授权人签字（盖章）：

公司名称（盖章）：

日期：

|  |
| --- |
| 粘贴代理人身份证复印件 |

**3.6需求响应表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 院方需求 | 实际参数  (报价人应按货物/服务实际数据填写，不能照抄院方参数要求) | 是否偏离  （无偏离  /正偏离  /负偏离） | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |