重庆市沙坪坝区陈家桥医院

关于就医床旁结算系统项目需求调查

我院拟采购就医床旁结算系统，欢迎具有合格资质且有良好信誉和售后服务能力的单位进行推介。

一、项目概况：

为病人提供便捷的床边支付服务。通过床旁终端，实现费用查询、支付、医保结算等功能的即时处理，提升患者体验。

二、项目内容及要求

1、功能要求

系统功能：人脸识别、医保电子凭证激活、住院预交金缴纳和查询、刷脸出入院办理、参保信息登记、费用清单查询、医疗价格查询、出院缴费结算，包括但不限于以上功能。

2、硬件要求

全功能刷脸自助机。

三、资格要求

包含但不限于公司具有的相关资质、所获荣誉、服务业绩及案例情况、产业发展现状、人员配比方案、相关从业人员具备的素质、同类项目历史成交信息、项目报价、可能涉及的运行维护、质保期、备品备件、耗材等后续采购等相关信息。

四、推介要求

（一）请各单位于2025年3月12日前将阳光推介资料以PDF电子档格式发送至指定邮箱（359744015 @ qq.com）。

（二）推介时间地点：待定，以医院通知为准。

（三）联系人：朱老师，联系电话：61500030。

（四）其他说明：递交阳光推介资料应当写明供应商名称、联系人及联系电并加盖单位印章。采购人是否采纳均不影响供应商参与本项目后续采购活动，对供应商所提出的意见建议不作书面回复。供应商需实地勘察项目情况并对项目出具切实可行的方案及相关报价。

重庆市沙坪坝区陈家桥医院

2025年 3 月 10 日

附件1

**阳光采购推介信息登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **时间** | | **年 月 日** | | | | **地 点** | |  | | |
| **一、推介员基本信息** | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | | |  | 性别 |  | | 联系电话 | |  | |
| 身份证号码 | | |  | | | | | | | |
| **二、产品/服务单位基本信息** | | | | | | | | | | |
| 公司名称 | | |  | | | | | | | |
| 公司地址 | | |  | | | | | | | |
| 社会信用代号 | | |  | | 公司电话 | | | |  | |
| **三、推介产品、服务相关信息** | | | | | | | | | | |
| 产品、服务全称 | | |  | | | | | | | |
| 类别 | | | □药品类 □信息类  □医疗设备类 □医疗耗材类 □医疗设备维护  □后勤设施类 □后勤服务类  □其他类 | | | | | | | |
| 推介产品/服务内容 | | |  | | | | | | | |
| 医院参加人员 |  | | | | | 记录人 | | | | 记 |
| 备 注 | | |  | | | | | | | |

附件2

重庆市沙坪坝区陈家桥医院就医床旁结算系统阳光采购推介需求表

|  |  |
| --- | --- |
| 公司名称 |  |
| 公司简介 |  |
| 公司具有的相关资质、业绩及案例情况 |  |
| 服务产业现状 |  |
| 公司管理团队规模 |  |
| 该项目需具备的人员配比、相关从业人员需具备的资质及报价 |  |
| 公司相关业绩的成交信息 |  |
| 可能涉及的运行维护、备品备件、耗材等后续采购 |  |
| 公司对相关团队专业技术培训能力 |  |
| 公司对突发事件的应急处置能力 |  |
| 意见建议 |  |
| 推介单位 | 推介单位名称：  （盖章）  2025年 月 |