附表3

市医疗保障

定点零售药店申请表

申请单位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申请时间\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

填 写 说 明

一、该表填写内容可打印也可用蓝色或黑色水笔填写，要求字迹工整清楚，内容真实。

二、符合医保定点条件并愿意承担医保服务的零售药店，可在规定时间内向所在辖区医保经办机构提出申请，填写《市医疗保障定点零售药店申请表》，并提供以下材料：

 1.医疗保障定点零售药店评估表;

2.药品经营许可证（正、副本）、营业执照（正、副本）原件及复印件；法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证复印件；

3.执业药师资格证书、执业地注册证或药学技术人员相关证书及其劳动合同原件及复印件；

4.医保专（兼）职管理人员的劳动合同原件及复印件；

5.与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本；

6.与医保有关的信息系统相关材料；

7.纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

8.营业场所产权证明或经房产主管部门备案的租赁合同、平面布局图（房产证、营业用房）等相关资料原件及复印件；

9.总部同意连锁门店申请协议定点的证明材料；

10.药品经营品种及价格清单；

11.工作人员花名册。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 零售药店名称 |  | 法定代表人姓名 |  |
| 法定代表人身份证号码 |  | 法定代表人联系电话 |  |
| 经营方式 | □ 连锁企业直营门店□ 加盟店□ 单体店 |
| 总店名称 |  |
| 开业时间 |  | 邮政编码 |  |
| 单位地址 |  |
| 药店用房性质（自有/租赁） |  | 药店用房租赁合同剩余有效期限 |  |
| 营业场所建筑面积 |  | 500米内有无其他定点零售药店 |  |
| 1000米内有无其他定点零售药店 |  |
| 单位经办人 |  | 联系电话 |  |
| 药品经营许可证号 |  | 许可证取得时间 |  |
| 变更记录（近三年） |
| 统一社会信用代码 |  | 营业执照取得时间 |  |
| 是否已安装医药结算监控设备 |  | 是否承诺提供医药结算监控信息 |  |
| 经营药品是否有进、销、存台账 |  |  |  |
| 经营药品种数 | 总数 |  | 西药 |  | 中成药 |  | 中药饮片 |  |
| 其中医保药品种数 | 总数 |  | 西药 |  | 中成药 |  | 中药饮片 |  |
| 备注 |  |
| 工作人员总数 | 注册执业药师（中药师） | 药师（中药师） | 从业药师（中药师） | 营业员 | 其他工作人员 |
|  |  |  |  |  |  |
| 1年以上稳定工作关系人数 |  | 参加社会保险人数 |  |
| 近一年内有无行政处罚记录 |  | 近一年内有无重大药品质量事故 |  |
| 同一法人主体（投资主体）的相关定点医药机构，1年内有无因违规被暂停、解除或终止医保协议和正在接受经办机构调查处理等情况的记录。 |  |
| 申请单位意见 | 自愿承担\_\_\_\_\_市医疗保障服务，申请成为医疗保障定点零售药店，并承诺所填写的信息、证明材料真实有效。如与事实不符，将承担提供虚假材料所造成的一切后果。自愿按医保部门和医保经办机构要求安装实名制购药验证、实时监控等智能监管系统。法定代表人签字：单位（盖章）年 月 日 |