附件3

**温州市医疗保障**

**定点零售药店申请表**

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

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

填 写 说 明

1. 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。
2. 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《温州市医疗保障定点零售药店申请表》，并提供以下材料：

1.《温州市医疗保障定点零售药店申请书》及《评估表》;

2. 药品经营许可证、营业执照、法定代表人或实际控制人的身份证复印件及零售药店工作人员花名册;

3. 与医保政策对应的内部管理制度和财务管理制度,医保专(兼)职管理人员劳动合同;

4. 药品经营品种及价格清单(连锁门店可由总部统一提供);

5. 零售药店营业场所产权证明或经房产主管部门备案的租赁合同;

6. 执业药师资格证书或药学技术人员相关证书及其劳动合同;

7. 纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告;

8. 与医保有关的医疗机构信息系统相关材料；

9. 按相关规定要求提供的其他材料。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 县（市、区）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 | | | | | | | | |