附件3

2023年度第三批

南昌市医疗保障

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，可在注册地址正式经营满三个月后向所在辖区医保经办机构提出申请，填写《南昌市医疗保障定点零售药店申请表》，并提供以下书面材料（一式两份）,材料可提供纸质复印件或照片、扫描件：

1. 《南昌市医疗保障定点零售药店评估表》；
2. 药品经营许可证、营业执照正副本和法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证；
3. 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；
4. 医保专（兼）职管理人员的劳动合同；
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. 药品经营品种和收费标准清单（连锁门店可由总部统一提供）；
8. 年度（运营不足一年的提供申报前所有月份）药品销售收入情况表；
9. 纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；
10. 零售药店用房产权证或房屋租赁备案证及租赁合同；
11. 药师花名册；
12. 医保管理人员任命文件；
13. 按相关规定要求提供的其他材料。

**备注：药品经营品种及收费标准清单、药师花名册、提供材料真实性声明函等申请[材料请严格按附件中模板格式提供](mailto:材料模板请从hzybddjg@163.com)。**

**所有材料均需加盖单位公章（复印件或照片、扫描件须清晰可见），且全部使用A4纸制作，按材料顺序编制目录、标注页码装订成册（一式1份），另将所有纸质材料按页码顺序扫描成PDF文件保存至U盘，用制式档案袋统一封装后加盖申请单位公章。各项申请材料中涉及的时间截点为2023年12月29日。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |  | |
| 主要负责人姓名 | |  | | | 主要负责人  身份证号码 | | |  | |
| 主要负责人  联系方式 | |  | | | 实际控制人姓名 | | |  | |
| 实际控制人  身份证号码 | |  | | | 实际控制人  联系方式 | | |  | |
| 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 | | |  | |
| 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 | | |  | |
| 零售药店及其法定代表人、主要负责人、或实际控制人有无失信行为。 | | | | | | | |  | |
| 申请单位  意 见 | 自愿承担南昌市医疗保障服务，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。  法定代表人签字：  单位（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |

南昌市零售药店医疗保障定点评估表

零售药店名称（填写盖章）： 地址：

| 指标类型 | 序号 | 评估项目 | 评 估 标 准 | 自评情况 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **基础指标** | 1 | 经营时间 | 在注册地址是否已正式经营3个月以上，“否”即为不合格。 |  |
| 2 | 药师配备 | 药店是否至少有1名取得执业药师资格证书或具有药学、临床药学、中药学专业技术资格证书的药师，且注册地在该零售药店所在地，药师是否已签订1年及以上劳动合同且在合同期内，“否”即为不合格。 |  |
| 3 | 医保管理 | 是否至少有2名熟悉医疗保障法律法规和相关制度规定的专（兼）职医保管理人员负责管理医保费用，并签订1年及以上劳动合同且在合同期内，“否”即为不合格。 |  |
| 4 | 药品管理 | 是否已按药品经营质量管理规范要求，开展药品分类分区管理，并对所售药品设立明确的医保用药标识，“否”即为不合格。 |  |
| 5 | 制度建设 | 是否具有符合医保协议管理要求的医保药品管理制度、财务管理制度、医保人员管理制度、统计信息管理制度和医保费用结算制度，“否”即为不合格。 |  |
| 6 | 信息系统 | 是否已确定系统开发商，并签订合作协议，“否”即为不合格。 |  |
| 7 | 基础数据库 | 是否已设立医保药品等基础数据库，并按规定使用国家统一的医保编码，“否”即为不合格。 |  |
| 8 | “进、销、存” | 是否有药品、医用耗材“进、销、存”计算机管理系统，并建有“进、销、存”台账，“否”即为不合格。 |  |
| 9 | 信用制度 | 药店的法定代表人、主要负责人或实际控制人是否有被列入失信人名单的，“是”即为不合格。 |  |
| 10 | 其他不予受理的情形 | 零售药店是否有国家、省医保部门规定的其他不予受理情形，“是”即为不合格。 |  |

备注：基础指标有一项不合格，评估结果即为不合格。本表用于申请医保定点零售药店自评。