

附件 2

鄂州市门诊统筹定点零售药店申请表

申请单位名称_____

申请时间_____

联系人_____

联系方式：_____

填写说明

一、该表填写要求字迹工整清楚，内容真实。

二、零售药店提交本表时，需准备下述材料的扫描件（复印件均需加盖单位公章），并将电子文档发送至3768479@qq.com.

（一）《药品经营许可证》、营业执照（正副本）、法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证复印件；

（二）药店平面布局图（单独支付药品定点申请）；

（三）定点药店医保结算电脑相关配置照片；药店监控照片、视频截图；

（四）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复印件；近一个月考勤记录；

（五）医保药品管理、财务管理、人员管理、信息管理、人证相符以及医保费用结算、药品服务管理、健康档案管理等内部管理制度文本；

（六）信息化改造相关操作视频、截图，结算票据；

（七）经营药品目录；

（八）冷链储存应急预案、冷链设备购置发票、通过验证的相关文书或证明材料；

（九）门诊统筹用药保障电子档案或纸质档案，包括外配处方、购药清单、购药记录、药品配送凭证；

鄂州市门诊统筹定点零售药店申请表

| | | | | |
|--|------|---|-----------|--|
| 定点零售药店名称 | | | 成立日期 | |
| 统一社会信用代码 | | | 医保编码 | |
| 法定代表人 | 姓名 | | 联系方式 | |
| | 身份证号 | | | |
| 企业负责人 | 姓名 | | 联系方式 | |
| | 身份证号 | | | |
| 实际控制人 | 姓名 | | 联系方式 | |
| | 身份证号 | | | |
| 药品经营许可证证号 | | | 发证机关 | |
| 发证日期 | | | 有效期 截止日期 | |
| 经营方式 | | | 经济类型 | |
| 经营范围 | | | | |
| 经营性质 | | 连 锁：直管 <input type="checkbox"/> 加 盟 <input type="checkbox"/> | | |
| | | 非连锁：个体 <input type="checkbox"/> 有限公司 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> | | |
| 注册地址 | | | | |
| 仓库地址 | | | | |
| 营业地址行政区划 | | | 经营药品品种数量 | |
| 药店负责人姓名 | | | 医保目录内药品数量 | |
| 药店负责人手机号 | | | | |
| 是否配有专（兼）职医保管理人员 | | | | |
| 是否建立与医疗保障政策对应的医保药品管理、财务管理、人员管理、信息管理、人证相符以及 医保费用结算制度 | | | | |
| 药店管理系统是否含有“进销存”管理功能 | | | | |

申请开通门诊统筹服务告知书

各定点机构：

申请开通门诊统筹服务采取自愿申请原则，成为门诊统筹定点机构须满足有关文件规定条件。同时，前期会有人力、设备及接口改造等费用投入。申报单位经营人员要做好风险预估和盈亏预判。

鄂州市医疗保障服务中心

我已认真阅读并知晓告知内容，做好风险预估和盈亏预判，由此产生的一切问题，由我单位自行承担。

（请负责人于下列空白处亲笔抄写上述内容）

签字：

申请机构（公章）：

日期： 年 月 日

药品目录填报模板

机构名称:

机构医保编码:

| 序号 | 药品代码 | 注册名称 | 批准文号 | 目录药品名称 | 医保目录类别（甲类、乙类药品填报目录内，目录外药品填报目录外） | 是否为谈判药品（是/否） | 谈判药品销售价格（选填项） |
|----|-------------------------|------------------------|----------------|----------|---------------------------------|--------------|---------------|
| 1 | XJ01CRA042X006010105388 | 阿莫西林克拉维酸钾 (4:1)干混悬剂 | 国药准字 H10970407 | 阿莫西林克拉维酸 | 目录内 | | |
| 2 | XD01BAH079A001010102968 | 灰黄霉素片 | 国药准字 H14020764 | | 目录外 | | |
| 3 | XD01AET021F002050201955 | 盐酸特比萘芬乳膏 | 国药准字 H20113196 | 特比萘芬 | 目录内 | | |
| 4 | | | | | | | |