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）](mailto:三、医疗机构提交本申请书时，需同时准备下述材料的复印件（复印件均需加盖单位公章），并将原件扫描成PDF文档发送至ygk4680653@163.com),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：直营□ 加 盟□ | | |
| 非连锁：个体□ 有限公司□ 其他□ | | |
| 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 | | | |  |
| 是否具备符合医保协议管理要求的信息系统，具有符合医保信息系统要求 的网络接 口，能为参保人员提供直接联网结算 | | | |  |
| 是否可实现医保结算数据和“进销存 ”数据真实、全面、准确、实时上传 至省医保信息平台 | | | |  |
| 药店管理系统是否具备药品医保支付类别、限制性条件、长处方管理药品 等事前提醒、事中拦截、智能审核功能 | | | |  |
| 是否具有档案管理硬件设施，是否具备保存“进销存 ”台账、外配处方、 购药清单的纸质和电子资料能力 | | | |  |
| 是否经营中药饮片 | | |  |  |
| 执业药师 | 人 | 执业中药师 | 人 |  |
| 从业药师 | 人 | 从业中药师 | 人 |  |
| 其他药师 | 人 | 药师总人数 | 人 |  |
| 已设主要管理制度、工作台账名称 |  | | | |
|
|
| 申请业务类别 | 1）职工门诊共济 2）门诊慢特病 3）单独支付药品 | | | |
| 单位申请及承诺 | 本单位申请纳入鄂州市职工医保门诊统筹和异地就医直接结算范围，并承诺，所有上传填报的资料全部真实完整、合法、有效，如因违反上述承诺造成的任何后果或不良影响，本单位一律自行承担责任。  法定代表人（委托代理人）签字： 单位公章：  年 月 日 | | | |
|
|

|  |
| --- |
| **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营亏预判。  鄂州市医疗保障服务中心 |
| 我已认真阅读并知晓告知内容，做好风险预估和营亏预判，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 |  |  |  |  |  |  |  |