丹东市医疗保障

定点零售药店协议管理

申请表

申请单位

申请时间

丹东市医疗保障事务服务中心印制

填写说明

一、本表适用于线下申请，采用打印版，要求内容真实。

二、提交本申请书时，附以下材料：

(1) 《药品经营许可证》、《营业执照》副本原件及复印件；

(2) 法定代表人、主要负责人或实际控制人、联系人身份证原件及复印件；

(3) 至少1名驻店药师《执业药师注册证》、《执业药师资格证书》(或药学、临床药学、中药学专业技术资格证书)原件及复印件，并与驻店药师签订的有效《劳动合同》原件及复印件；至少2名专(兼)职医保管理人员和至少1名专（兼）职计算机管理人员的有效《劳动合同》原件及复印件；聘用退休人员需提供《聘用合同》原件及复印件；

(5) 与医保政策对应的①医保药品管理制度。②财务管理制度。③医保人员管理制度。④统计信息管理制度。⑤医保费用结算制度。⑥药品和医用耗材进销存管理制度。⑦网络和信息系统安全管理制度等。⑧与医保有关的医疗机构信息系统相关材料。⑨纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

(6) 银行《开户许可证》或开户银行出具的《基本存款账户信息》复印件，账户名称与服务机构名称要一致；

（7）单位缴纳社会保险证明原件及复印件，个人缴纳社会保险证明原件及复印件；从业人员花名册（备注药师、医保管理人员、计算机管理人员）；零售药店近期工资表复印件；房屋租赁合同原件及复印件及平面设计图。

(8)市医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。

以上材料均需提供原件、复印件并加零售药店公章。

办理地址：丹东市青年大街67号丹东市医疗保障事务服务中心

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 零售药店名称 | | |  | | 成立日期 | |  |
| 统一社会信用代码 | | |  | | | | |
| 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 | | |  | | | | |
| 注册地址 | | |  | | | | |
| 仓库地址 | | |  | | | | |
| 营业地址行政区划 | | |  | | 经营药品品 种数量 | |  |
| 药品负责人姓名 | | |  | | 医保目录内 药品数量 | |  |
| 药品负责人手机号 | | |  | |  |
| 是否配有专（兼）职医保管理人员 | | | | | | |  |
| 是否具备与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度 | | | | | | |  |
| 是否建立药品进销存信息系统 | | | | | | |  |
| 是否设立医保/非医保专区，并有明确标示 | | | | | | |  |
| 是否经营中药饮片 | | | | | | |  |
| 是否具有符合医保协议管理要求的信息系统 | | | | | | |  |
| 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 | |  | | | | | |
| 单位承诺 | | 本单位承诺：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。  法定代表人签字： 单位公章：  年 月 日 | | | | | |