附件1

**重庆市基本医疗保险**

**定点零售药店申请表**

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

申请时间： 年 月 日

·重庆市医疗保障局制·

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 药店名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 社会统一信用代码 | |  | | | | | | | | | | 药品经营  许可证号 | | |  | | | | | | | | |
| 所有制  形式 | |  | | | | | | | | | | 药店性质 | | | （直营加盟单体其他） | | | | | | | | |
| 企业负责人 | |  | | | | | | | | | | 联系电话 | | |  | | | | | | | | |
| 身份证号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 实际控制人 | |  | | | | | | | | | | | 联系电话 | | |  | | | | | | | |
| 身份证号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代表人 | |  | | | | | | | | | | 是否独立  法人 | | | 是（）否（） | | | | | | | | |
| 医保主管  领导 | | 姓名 | | | | | | | | | | 联系电话 | | |  | | | | | | | | |
| 医保职  能部门 | | 负责人 | | | | | | | | | | 联系电话 | | |  | | | | | | | | |
| 专职人数 | | | | | | | | | | 兼职人数 | | |  | | | | | | | | |
| 药店地址 | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | |
| 经营时间 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 营业面积 | | 平方米 | | | | | | | | | | 仓储面积 | | | 平方米 | | | | | | | | |
| 单位开户银行及帐号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 人员构成 | | | 药学技术人  员数 | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 营业  人员 | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其他  人员 | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合计 | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 药师配置  情况 | | | 姓名 | | | 性别 | | | 年龄 | | | 技术资格 | | | 发证日期 | | | | | | | 证书编号 | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | | | | |  | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | | | | |  | |
| 药店许可  经营范围 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 经营品种情况 | | | 药品种数 | | | | | 医保用品种数（非药品） | | | | | | | | | 合计 | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
| 24小时服务  方式 | | | 夜间小窗口（）夜间营业（）自动售药机（）其他： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否24小时药师值班 | | | | | | | | | | | 是（）否（） | | | | | | | | | | | |
| 是否经营  中药饮片 | | | | | 是（）否（） | | | | | | 近三年内有无药品  质量方面的违法行为 | | | | | | | | 有（）无（） | | | |
| 工作人员  参加社会保险的情况 | | 总人数（人） | | | | | 应参保人数（人） | | | | | | | 实际参保人数（人） | | | | | | | 参保率 | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | |
| 上级公司名称 | | | |  | | | | | | 上级公司地址 | | | | | | | |  | | | | |
| 申报  内容 | 法人代表（负责人）签字：　　　　　（单位公章）  　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申报  当事人  姓名 |  | | | | | | | | | | | | | 联系电话 | | | | | |  | | |
| **（以上内容请零售药店如实填写）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **备**  **注** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

冷链设施设备清单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **冷链设施设备清单** | | | |
| 品种 | 型号及数量 | 购买年月 | 有效期 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

附件2

　　　重庆市医药机构申请定点管理联网登记表

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 定点医药机构名称（加盖公章） |  | | | | | 等级 |  | |
| 详细地址 |  | | | | | 邮编 |  | |
| 医保负责人 |  | | | 手机 |  | 办公电话 |  | |
| 信息负责人 |  | | | 手机 |  | 办公电话 |  | |
| 医药机构代码 |  | | | | 批准文号 |  | | |
| 开通项目 | 医药定点  管理 |  | | 生育保险  定点管理 |  | 长护保险  定点管理 |  | |
| 连接医保专线 链路情况 | 网络营运商 |  | | 带宽 |  | 安装时间 |  | |
| IP地址  （统一规划） |  | |
|
| 医保接口情况 | 医保接口  服务商 |  | | 联系电话 |  | 项目负责人 |  | |
| HI软件商情况 | HIS商 |  | | 联系电话 |  | 项目负责人 |  | |
| 医保目录 对照情况 | 医药机构目录对照完成时间 |  | | 区县经办机构意见 |  | 审核人（签字） |  | |
|
| 医保接口与HIS  软件测试 | 医药机构HIS软件版本 |  | | 安装时间 |  | 测试时间 |  | |
| 接口版本 |  | | 安装时间 |  | 测试时间 |  | |
| 测试结果 |  | | | 测试人员签字 |  | | |
| 异地就医软件  测试情况 | 测试时间 |  | 测试结果 | |  | 测试人员签字 | |  |
| 协议签订情况 | 签订时间 |  | | | 区县经办机构  （签章） |  | | |
| 市医保局医疗保障事务中心意见 | 经办人： |  | | | 组长： |  | | |
|
| 市医保局信息化工作组意见 | 经办人： |  | | | 组长： |  | | |
|
| 医药机构开通  情况 | 开通时间 |  | | | 经办人： |  | | |

附件3

医保基金的预测性分析报告

1. 零售药店基本情况

包括药店规模、人员配比及合约、设备配备、制度建设、系统建设情况等。

1. 零售药店运行情况

包括收支及结余，药品品规、药品采购、药品配送、药品销售情况等。

1. 基金使用预测分析

包括对医保基金使用总额预估，基金使用额度预判，保障参保人数预判，纳入医保定点能够解决周边参保人员哪些医保服务上的问题等。

附件4

**重庆市申请零售药店定点管理受理书**

**（经办机构留存）**

受理经办机构（业务章）

编号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请定点  零售药店名称 |  | | | |
| 申请单位地址 |  | | | |
| 申请联系人 |  | | 联系电话 |  |
| 申请类别 | 医疗□生育□ | | 受理日期 |  |
| 受理情况 | 受理 □    不予受理□  不予受理原因： | | | |
| 受理经办  机构联系人 |  | 联系电话 | |  |

**重庆市申请零售药店定点管理受理情况回执单**

受理经办机构（业务章）

编号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请定点  零售药店名称 |  | | | |
| 申请单位地址 |  | | | |
| 申请联系人 |  | | 联系电话 |  |
| 申请类别 | 医疗□生育□ | | 受理日期 |  |
| 受理情况 | 受理 □    不予受理□  不予受理原因： | | | |
| 受理经办机构  联系人 |  | 联系电话 | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件5 | |  |  |  | |  |  | |
| 零售药店申请定点管理评估表  申请零售药店名称： 时间： 年 月 日 | | | | | | | | |
| **序号** | **项目** | **基本条件** | | **核查要点** | **核查获取信息** | | | **评估结果** |
| 1 | 药店资格 | 取得药品经营许可证 | | 1. 是否取得药品经营许可证； 2. 市场监管部门制发的营业执照信息是否与药品监督管理部门颁发的药品经营许可证相关信息一致。 |  | | | 符合 □/ 不符合 □ |
| 2 | 运营时间 | 在注册地址正式经营至少3个月 | | 药品经营许可证发放时间为正式营运起算时间，计算是否达到3个月；申请表运营有关信息是否符合要求。 |  | | | 符合 □/ 不符合 □ |
| 3 | 专业技术人员 | 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，药师须签订1年以上劳动合同且在合同期内 | | 1. 核查药师执业资格和注册地信息是否真实，并符合要求； 2. 核查药师签订的劳动合同是否1年以上且在合同期内。 |  | | | 符合 □/ 不符合 □ |
| 4 | 医保管理岗位设置 | 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年以上劳动合同且在合同期内 | | 1. 专（兼）职医保管理人员是否达到2人及以上； 2. 医保管理人员是否熟悉医疗保障法律法规和相关制度规定； 3. 医保管理人员签订劳动合同是否1年以上且在合同期内。 |  | | | 符合 □/ 不符合 □ |
| 5 | 分区和标识 | 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 | | 1. 药品分类分区管理是否符合药品经营质量管理规范要求；  2、医保药品用药标识是否明确规范。 |  | | | 符合 □/ 不符合 □ |
| 6 | 管理制度 | 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 | | 1. 医保药品管理制度是否符合医保协议管理要求； 2. 财务管理制度是否符合医保协议管理要求；  3、医保人员管理制度是否符合医保协议管理要求；  1. 统计信息管理制度是否符合医保协议管理要求； 2. 医保费用结算制度是否符合医保协议管理要求。 |  | | | 符合 □/ 不符合 □ |
| 7 | 信息技术条件 | 具备符合医保协议管理要求的信息系统技术和接口标准，实现与医保信息系统有效对接，为参保人员提供直接联网结算，建立医保药品等基础数据库，按规定使用国家统一医保编码 | | 1. 信息系统技术和接口标准是否符合医保协议管理要求； 2. 信息系统对接是否到位； 3. 是否具备为参保人员提供直接联网结算条件； 4. 是否建立医保药品等基础数据库； 5. 是否支持医保电子凭证各项业务； 6. 是否按规定使用国家统一的医保编码，专机专用。 |  | | | 符合 □/ 不符合 □ |
| 8 | 国谈药品定点条件 | 至少与2名取得《执业药师资格证》的药师签订1年以上劳动合同，且劳动合同在有效期内；要求经营场所为独立门面，店面内设置专门的医保谈判药品经营区域，具备用于仓储、药品销售、药学服务等专用区域，并有明确标识；可开展药品网络销售业务，有全市范围内医保谈判药品冷链配送服务能力，具备冷链药品储存、配送设施设备如恒温冷库、冰箱等各种必要设备，具备全程冷链质量管理标准操作规范，由专人提供配送服务，确保配送药品质量安全，并按要求准时送达，以确保病人在医疗操作规范时间内完成药物使用；承诺并落实国家医保谈判药品销售价格不高于国家谈判价格 | | 1、核查药师执业资格和注册地信息是否真实，并符合要求；  2、核查药师签订的劳动合同是否1年以上且在合同期内； 3、是否为独立经营门面； 4、是否专门设置国谈药品经营区域； 5、能否开展药品网络销售业务； 6、是否具备药品冷链服务能力和冷链质量管理标准操作规范，确保配送药品质量安全； 7、核收落实国家医保谈判药品销售价格不高于国家谈判价格承诺书。 |  | | | 符合 □/ 不符合 □ |
| 9 | 门诊慢特病药品定点条件 | 已取得或拟取得国谈药品定点管理资格的零售药店；至少有2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，药师须签订1年以上劳动合同且在合同期内；具备及时供应基本医疗保障用药及药师24小时提供服务能力，执业药师审核慢特药处方，并对慢特药处方调配的全过程进行专业指导；有生物制品经营范围；  具有门诊慢特病药品冷链配送服务的能力，建立完善的冷链药品质量管理体系，冷链管理全过程有记录、可追溯。 | | 1. 是否取得或拟取得国谈药品定点管理资格；   2、核查药师执业资格和注册地信息是否真实，并符合要求；  3、核查药师签订的劳动合同是否1年以上且在合同期内； 4、是否具备药师24小时服务能力； 5、执业药师是否具备审核慢特药品处方，并对慢特药处方调配进行全过程专业指导能力； 6、经营范围是否包括生物制品； 7、是否具备门诊慢特病药品冷链配送服务能力，管理过程是否有记录、可追溯。 |  | | | 符合 □/ 不符合 □ |
| 10 | 执业范围与合规经营 | 无不予受理情形（另附后表分项评估） | | 根据申请表、预测性分析报告、营业执照、药品经营许可证以及法定代表人、主要负责人或实际控制人身份信息等核查相关执业范围、经营、履约信息 |  | | | 符合 □/ 不符合 □ |
| 评估结论 | | 合格 □/ 不合格 □ | | | 经办机构（盖章） | | | |

注：1、基本医疗保障定点零售药店除第8、9项外，其他项目均符合，评估结论为合格，有一项不符合即为不合格。

2、国谈药品定点管理零售药店除第9项外，其他项目均符合，评估结论为合格，有一项不符合即为不合格。

3、门诊慢特病定点管理零售药店此表格所有项目均符合，评估结论为合格，任一项目不符合即为不合格。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 零售药店不予受理情形评估 | | | | |
| **序号** | **不予受理情形** | **核查形式** | **核查获取信息** | **评估结论** |
| 1 | 未依法履行行政处罚责任的 | 部门联查 □/ 承诺事项公示 □  其他：（说明具体方式） |  | 存在 □/ 不存在 □ |
| 2 | 以弄虚作假等不正当手段申请定点，自发现之日起未满3年的 | 部门联查 □/ 承诺事项公示 □  其他：（说明具体方式） |  | 存在 □/ 不存在 □ |
| 3 | 因违法违规被解除医保协议未满3年或已满3年但未完全履行行政处罚法律责任的 | 部门联查 □/ 承诺事项公示 □  其他：（说明具体方式） |  | 存在 □/ 不存在 □ |
| 4 | 因严重违反医保协议约定而被解除协议未满1年或已满1年但未完全履行违约责任的 | 部门联查 □/ 承诺事项公示 □  其他：（说明具体方式） |  | 存在 □/ 不存在 □ |
| 5 | 法定代表人、企业负责人或实际控制人曾因严重违法违规导致原定点零售药店被解除医保协议，未满5年的 | 部门联查 □/ 承诺事项公示 □  其他：（说明具体方式） |  | 存在 □/ 不存在 □ |
| 6 | 法定代表人、企业负责人或实际控制人被列入失信人名单的 | 部门联查 □/ 承诺事项公示 □  其他：（说明具体方式） |  | 存在 □/ 不存在 □ |
| 7 | 申报后经整改再次评估不合格，再次评估之日起未满1年的 | 部门联查 □/ 承诺事项公示 □  其他：（说明具体方式） |  | 存在 □/ 不存在 □ |
| 8 | 法律法规规定的其他不予受理的情形 | 部门联查 □/ 承诺事项公示 □  其他：（说明具体方式） |  | 存在 □/ 不存在 □ |