市直及市辖区版本

河源市医疗保障定点零售药店申请书

（征求意见稿）

申请单位：

申请时间：

河源市医疗保障事业管理中心印制

**说 明**

一、申请条件

**零售药店向统筹地区医保经办机构提出医疗保障定点申请，应具备以下条件：**

取得药品经营许可证，并同时符合以下条件的零售药店均可申请医疗保障定点：

（一）在注册地址正式经营至少3个月；

（二）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；

（三）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；

（四）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；

（五）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；

（六）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；

（七）符合法律法规和省级及以上医疗保障行政部门规定的其他条件。

二、申请材料

**零售药店向统筹地区医保经办机构提出医疗保障定点申请，应提供以下材料：**

（一）河源市医疗保障定点零售药店申请表;

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

（三）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;

（四）医保专（兼）职管理人员的劳动合同复印件;

（五）与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本;

（六）与医保有关的信息系统相关材料;

（七）纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告;

（八）省级医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。

三、不予受理定点零售药店申请情形

**零售药店有下列情形之一的，不予受理定点申请：**

（一）未依法履行行政处罚责任的；

（二）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；

（三）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；

（四）因严重违反医保协议约定而被解除医保协议未满1年或已满1年但未完全履行违约责任的；

（五）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；

（六）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；

（七）法律法规规定的其他不予受理的情形。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 零售药店名称 |  | | 所在县（区） |  |
| 药店医保编码 |  | | | |
| 经营范围 |  | | | |
| 经济性质 |  | | 注册类型 |  |
| 法人代表 |  | | 联系电话 |  |
| 药店负责人 |  | | 联系电话 |  |
| 统一社会信用代码 |  | | 邮政编码 |  |
| 主管部门 |  | | 发证机关 |  |
| 经营地址 |  | | | |
| 营业执照注册号 |  | | 营业执照有效期至 | 年 月 日 |
| 药品经营许可证号 |  | | 许可证有效期至 | 年 月 日 |
| 在注册地址正式经营开始日期 | 年 月 日 | | | |
| 近3年来受到医保、卫健、市场监督等部门查处的违法违规情况 |  | | | |
| 是否为新增定点零售药店 |  | | 原签订协议时间 | 年 月 日 |
| 申请事项办理人 |  | | 联系电话 |  |
| 开户银行名称 |  | | 银行账号 |  |
| 人 员 构 成 | 药学技术  人员人数 | 其中：高级职称 人；  中级职称 人；初级职称 人。 | | |
| 营业人员人数 |  | | |
| 其他人员人数 |  | | |
| 合 计 |  | | |
| 申  请  理  由 | （申请单位盖章）  法人代表签名： 年 月 日 | | | |
| 申  请  承  诺 | 河源市医疗保障事业管理中心：  本机构自愿按照政策规定及相关要求，提交有关资料，申请成为河源市医保定点医疗机构，并郑重承诺：所提交资料全部真实有效，如有虚假成分，自愿放弃本次申请并承担一切相应的法律责任；    法定代表人（签名）：  （申请单位盖章）  申请时间： 年 月 日 | | | |
| 市医疗保障事业管理中心  意见 | 负责人签名： （公章） 年 月 日 | | | |

注：提交申请表需一式四份。