**2021年定点零售药店申报须知**

新定点申报需提供以下材料（一式三份）：

（一）申请书：主要包括零售药店简介、医疗机构简介、前6个月业务收支情况和医疗服务能力说明等；

（二）《宿州市基本医疗保险协议零售药店申请表》；

（三）《药品经营许可证》和《营业执照》，正本和副本复印件；

（四）法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证复印件；

（五）工作人员名册岗位设置（附件1），附劳动合同、资格证书、执业证、注册证等复印件，需要包括：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，医保专（兼）职管理人员的劳动合同复印件；

（六）药店全体人员近六个月参加社会保险证明；

（七）与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本，及医保业务岗位人员设置；

（八）药品器械品种价格清单（附件2）；

（九）与医保有关的信息系统相关材料，本机构使用的药店信息系统软硬件版本材料，和与供应商签订的协议复印件；

（十）经营场所使用证明或房产证或3年以上的房屋租赁合同，房屋建筑平面图，地理位置定位图；

（十一）纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告（附件3）；

（十二）零售药店医保服务承诺书。

注：所有新申请和复核单位所提供的材料必须真实，相关证件原件需留存在单位内随时备查。如发现材料造假，新申请单位将取消申请资格且3年内不能再次申请；工作人员名册电子档同时报送。

咨询电话：3066905

宿州市医保中心医疗科

附件1：工作人员名册（附电子档）

零售药店工作人员名册

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 药店名称 | |  | | | | | | |
| 姓名 | 性别 | | 身份证号码 | 岗位 | 执业类别 | 职称 | 执业范围 | 备注 |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |

注：负责人、医保专/兼职、质管员等职务在备注中填写。

填表人： 联系电话： 填报日期： 年 月 日

附件2：药品器械品种价格清单

零售药店药品器械品种价格清单

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 药店名称 |  | | | | |
| 通用名称 | | 规格/型号 | 单位 | 单价 | 生产企业 |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |

填表人： 联系电话： 填报日期： 年 月 日

附件3：预测性分析报告（模板）

纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告

1. 基本情况

药店注册、开业时间，经营范围，人员参保、岗位、职责，经营场所面积、位置，设施配置，药品器械品种、数量等情况。

1. 财务情况

注册资金，财务制度，财务人员，会计账目，收入支出等管理经营情况。

1. 纳入医保预测性分析

覆盖范围，经营优势，预测性医保购药人次、金额、收入。

××药店（公章）

年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **宿州市医保定点零售药店申报审评材料目录** | | |
| **序号** | **文 件 名 称** | **是否齐全** |
| **1** | **申请书** |  |
| **2** | **《宿州市基本医疗保险协议零售药店申请表》** |  |
| **3** | **《药品经营许可证》原件及其复印件** |  |
| **4** | **《营业执照》原件及其复印件** |  |
| **5** | **法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证复印件** |  |
| **6** | **药店经营场所使用证明（提供房产证或3年以上的房屋租赁合同）原件及复印件** |  |
| **7** | **工作人员花名册，本店从业以来的工资单，附劳动合同、资格证书、执业证、注册证等复印件** |  |
| **8** | **药店全体工作人员近6个月参加社会保险证明** |  |
| **9** | **医保内部管理制度和财务制度文本** |  |
| **10** | **使用的药店信息系统情况材料，和与供应商签订的协议复印件** |  |
| **11** | **药品、器械品种价格清单** |  |
| **12** | **纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告** |  |
| **13** | **市场监督管理部门和法院失信人未违规证明** |  |
| **14** | **零售药店医保服务承诺书** |  |
| **15** | **宿州市医保定点医药机构验收评估情况表** |  |
| **16** | **宿州市医保定点医药机构抽查复核情况表** |  |
| **17** | **其他需要提供的材料** |  |
| **注:相应材料齐全符合要求的，在“是否齐全”项下打“√”，材料缺失的，在该项下写明缺少材料名称。** | | |