附件1

巴音郭楞蒙古自治州基本医疗保险定点医药机构申报材料清单

（一）定点医疗机构申报材料

符合规定的医疗机构向辖区内属地经办机构提出医保定点申请，并提供下列材料：

1.《医疗机构申请医保定点协议管理申请表》（附件2）;

2.医疗机构执业许可证、中医诊所备案证或军队医疗机

构为民服务许可证照复印件；

3.医疗机构需提供有效期内以下证件之一 ：《营业执照》(统一组织机构代码证)、《事业单位法人证书》、《民办非企业单位登记证书》;

4.法定代表人、主要负责人、联系人身份证复印件；

5.医疗机构医师、护师(士)、医技、药剂人员名单及资格证、职称证、注册证；

6.与医保政策对应的《医保管理制度》《财务制度》《统计信息管理制度》《医疗质量安全核心制度》等，与医保有关的信息系统是否具备开展直接联网结算的印证材料，纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

7.巴州医疗保障行政部门要求提供的其他材料。

（二）定点零售药店申报材料

凡符合规定的零售药店向辖区内属地经办机构提出医保定点申请，并提供下列材料：

1.《零售药店申请医保定点协议管理申请表》（附件4）;

2.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、联系人身份证复印件；

3.执业药师资格证书或者药学技术人员相关证书及其劳动合同复印件；

4.医保(专)兼职管理人员的劳动合同复印件；

5.与医疗保障政策对应的《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》《医保费用结算制度》,与医保有关的信息系统是否具备开展直接联网结算的印证材料，纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

6.巴州医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。

（三）门诊慢性病定点零售药店申报材料

1.《自治州门诊慢性病定点零售药店申请表》（附件6）；

2.《药品经营许可证》《营业执照》（正本及副本）复印件，法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证复印件；

3.房屋权属证书或租房协议书，药店平面布局图；

4.职工花名册，执业药师资格证书及其劳动合同复印件，专职负责人、联络人的劳动合同复印件；

5.医保门诊药品价格及供应清单；

6.药品采购销售、信息系统及监控视频系统、全程冷链物流及设备清单等符合申请条件的证明材料。

附件：2《医疗机构申请定点协议管理申请表》

附件：4《零售药店申请定点协议管理申请表》

附件：6《门诊慢性病定点零售药店申请表》

附件2

医疗机构申请定点协议管理申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | |  | | | | |
| 统一社会信用代码 | |  | | | | |
| 注册地址 | |  | | | | |
| 注册面积 | |  | | 建筑面积 |  | |
| 法定代表人 | 姓名 |  | | 联系方式 |  | |
| 身份证号 |  | | | | |
| 医保负责人 | 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 |  | | | | |
| 医疗机构成立时间 | |  | | 医疗机构等级 |  | |
| 医疗机构性质 | |  | | 医疗机构类别 |  | |
| 医疗机构执业许可证发证机关 | | |  | | | |
| 医疗机构执业许可证登记号 | | |  | | | |
| 医疗机构执业许可证 发证日期 | |  | | 许可证有效期开始日期 | |  |
| 许可证有效期截止日期 | |  |
| 执业地址行政区划 | |  | | 执业地址 |  | |
| 服务对象 | |  | | 诊疗科目 |  | |
| 编制床位数 | |  | | 实际开放床位数 |  | |
| 收费等级 | |  | | 医疗用房性质 |  | |
| 银行账号 | |  | | 银行开户行 |  | |
| 是否配有专(兼)职医保管理人员 | | | | |  | |
| 是否设有内部医保管理部门 | | | | |  | |
| 是否具有医保管理、财务、统计信息管理、 医疗质量安全核心制度 | | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 是否具有符合医保协议管理要求的信息系统 | | | |  | |
| 是否设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、  医用耗材、 疾病病种等基础数据库 | | | |  | |
| 是否建立进销存信息系统 | | | |  | |
| 是否建立门诊信息系统 | | | |  | |
| 是否建立住院信息系统 | | | |  | |
| 卫生技术人员构成 |  | 高级职称 | 中级职称 | | 初级职称 |
| 医生 |  |  | |  |
| 护士 |  |  | |  |
| 药师 |  |  | |  |
| 医技 |  |  | |  |
| 合计 |  |  | |  |
| 已设主要管理制度、 台账名称 | |  | | | |
| 联系人姓名 | |  | 固定电话 |  | |
| 联系人手机号 |  | |
| 申请日期 | | 年 月 日 | | | |
| 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 | | | |

注：本表以电子形式填写，申请单位法定代表人签字、盖单位公章后以 PDF格式扫描上报。

附件4

零售药店申请定点协议管理申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | |
| 医保负责人 | 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 | |

注：本表以电子形式填写，申请单位法定代表人签字、盖单位公章后以PDF格式扫描上报

附件6

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 门诊慢性病定点零售药店申请表 | | | | | |
| 零售药店名称  （公章） |  | | 法定代表人  及联系电话 | |  |
| 营业执照统一  社会信用代码 |  | | 国家医疗保障  平台代码 | |  |
| 营业地址  是否连锁企业 |  | | 用房产权性质 | | 自有□  租赁□ |
| 医疗保障负责人及联系电话 |  | | 职工人数 | |  |
| 银行账户名称 |  | | 银行账户号码 | |  |
| 开户银行 |  | | 银行行号 | |  |
| 社会保险  缴费人数 |  | | 营业面积 | |  |
| 执业药师（西）：   人，姓名：  执业药师（中）：   人，姓名： | | | | | |
| 医保门诊药品种数 | | 种 | | 供应医保门诊  药品种数 | 种 |
| 经营范围 | | 西药+中成药 □  中药饮片 □  医疗器械：一类 □  二类 □ | | | |
| 申请前（上年度）营业额（万元） | |  | | | |

注：本表以电子形式填写，申请单位法定代表人签字、盖单位公章后以PDF格式扫描上