附件 1

定点零售药店纳入门诊统筹申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 零售药店名称 | |  | 成立日期 |  |
| 统一社会信用代码 | |  | 机构国家编码 |  |
| 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 | | | |  |
| 是否建立与医疗保障政策对应的医保药品管理、财务管理、人员管理、信  息管理、人证相符以及医保费用结算制度 | | | |  |

。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 药店管理系统是否含有“进销存”管理功能 | | |  |
| 是否具备符合医保协议管理要求的信息系统，具有符合医保信息系统要求  的网络接口，能为参保人员提供直接联网结算 | | |  |
| 是否可实现医保结算数据和“进销存”数据真实、全面、准确、实时上传  至市医保信息平台 | | |  |
| 是否对所售医保目录内药品设立明确的甲乙类标识 | | |  |
| 有医保支付限制的药品是否在醒目位置标明限制条件 | | |  |
| 药店管理系统是否具备药品医保支付类别、限制性条件、长处方管理药品  等事前提醒、事中拦截、智能审核功能 | | |  |
| 是否具有档案管理硬件设施，是否具备保存“进销存”台账、外配处方  购药清单的纸质和电子资料能力 | | | 、 |
| 是否经营中药饮片 | | |  |
| 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 |  | | |
| 定点零售药店申请及承诺 | 本药店申请纳入拉萨市职工医保门诊统筹范围，并承诺，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，本药店一律自行承担责任  法定代表人（委托代理人）签字： 单位公章：  年 月 日 | | |