

附件 1

省本级职工基本医疗保险 门诊统筹定点零售药店申请表

申请单位_____

申请时间_____

四川省医疗保障事务中心统一印制

零售药店名称					
机构编码		法定代表人		联系方式	
医保负责人		联系方式		是否在劳动合同期限内	
单位地址					
纳入医保协议管理是否 3 年（含 3 年）以上					
近三年是否有市场监管等部门行政处罚					
近三年是否有医疗保障部门行政处罚					
近三年是否有中止医保协议					
是否至少有 1 名熟悉医疗保障法律法规和有关制度规定的专（兼）职医保管理人员					
是否建立进销存管理系统，并按规定将真实数据录入和上传到医保信息系统					
MIS 系统是否与电子处方流转平台对接，是否建立完善的医保结算系统，并实时上传医保结算数据					
是否具有独立的经营场所，经营面积连锁药店达到 80 平方米、单体店达到 100 平方米					
是否建立门诊购药电子（或纸质）档案					
营业时间内是否有一名执业药师在岗					
是否足额配备医保目录内药品，药品经营品种不低于药品目录的 50%					
是否具备对所售药品电子追溯的能力					
药品售价是否高于四川省药械集中采购及医药价格监管平台同产品的挂网价格					
是否建立药品配送登记管理制度和冷链服务管理能力					
经营场所是否为租赁					
零售药店承诺书	本单位自愿申请成为省本级门诊统筹定点零售药店，严格遵守基本医疗保险有关管理规定，确保信息系统升级改造后达到医保管理要求，对所提交资料的真实性负责。如有提供虚假资料，本单位将承担由此带来的一切法律、经济等方面的后果及责任。 法定代表人签字：_____（印章） _____年 月 日				