附件1

**重庆市基本医疗保险**

**定点零售药店申请表**

申请单位­­­­：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申请时间： 年 月 日

·重庆市医疗保障局制·

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 药店名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 统一社会信用代码 | |  | | | | | | | | | | 药品经营  许可证号 | | |  | | | | | | | | |
| 所有制  形式 | |  | | | | | | | | | | 药店性质 | | | （直营加盟单体其他） | | | | | | | | |
| 企业负责人 | |  | | | | | | | | | | 联系电话 | | |  | | | | | | | | |
| 身份证号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 实际控制人 | |  | | | | | | | | | | | 联系电话 | | |  | | | | | | | |
| 身份证号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代表人 | |  | | | | | | | | | | 是否独立  法人 | | | 是（）否（） | | | | | | | | |
| 医保主管  领导 | | 姓名 | | | | | | | | | | 联系电话 | | |  | | | | | | | | |
| 医保职  能部门 | | 负责人 | | | | | | | | | | 联系电话 | | |  | | | | | | | | |
| 专职人数 | | | | | | | | | | 兼职人数 | | |  | | | | | | | | |
| 药店地址 | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | |
| 经营时间 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 营业面积 | | 平方米 | | | | | | | | | | 仓储面积 | | | 平方米 | | | | | | | | |
| 单位开户银行及账号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 人员构成 | | | 药学技术人  员数 | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 营业  人员 | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其他  人员 | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合计 | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 药师配置  情况 | | | 姓名 | | | 性别 | | | 年龄 | | | 技术资格 | | | 发证日期 | | | | | | | 证书编号 | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | | | | |  | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | | | | |  | |
| 药店许可  经营范围 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 经营品种情况 | | | 药品种数 | | | | | 医保用品种数（非药品） | | | | | | | | | 合计 | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
| 24小时服务  方式 | | | 夜间小窗口（）夜间营业（）自动售药机（）其他： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否24小时药师值班 | | | | | | | | | | | 是（）否（） | | | | | | | | | | | |
| 是否经营  中药饮片 | | | | | 是（）否（） | | | | | | 近三年内有无药品  质量方面的违法行为 | | | | | | | | 有（）无（） | | | |
| 工作人员  参加社会保险的情况 | | 总人数（人） | | | | | 应参保人数（人） | | | | | | | 实际参保人数（人） | | | | | | | 参保率 | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | |
| 上级公司名称 | | | |  | | | | | | 上级公司地址 | | | | | | | |  | | | | |
| 申报  内容 | 法人代表（负责人）签字：　　　　　（单位公章）  　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申报  当事人  姓名 |  | | | | | | | | | | | | | 联系电话 | | | | | |  | | |
| **（以上内容请零售药店如实填写）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **备**  **注** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

工作人员花名册

零售药店（签章）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 职务 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

注：在本单位上班的所有人员均要如实填写。

附件2

重庆市医药机构申请定点管理联网登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 定点医药机构名称（加盖公章） |  | | | | | | | 等级 |  |
| 详细地址 |  | | | | | | | 邮编 |  |
| 医保负责人 |  | | | 手机 |  | | | 办公电话 |  |
| 信息负责人 |  | | | 手机 |  | | | 办公电话 |  |
| 开通项目 | ◎医药定点管理 | | | ◎生育保险定点管理 | | | | ◎长护保险定点管理 | |
| HIS软件商情况 | HIS商 | |  | 联系电话 |  | | | 项目负责人 |  |
| HIS  软件测试 | 医药机构HIS软件版本 | |  | 安装时间 |  | | | 测试时间 |  |
| 测试结果 | |  | | 测试人员签字 | | |  | |
| 模拟医保目录对照情况 | 对照药品数量： 对照诊疗项目数量： | | | | | | | | |
| **签订协议后填写以下内容** | | | | | | | | | |
| 医药机构代码 |  | | | | | | | | |
| 连接医保专线 链路情况 | 网络营运商 |  | | 带宽 |  | | 安装时间 | |  |
| IP地址  （统一规划） | |  |
| 网络接入组网模式模式 | ◎网对网/◎点对网 | | | 网络接入方式 | ◎专线/ ◎VPDN | | | | |
| 终端安全管理软件安装情况 | 一机多网监测◎ 安全监控◎ 软件管理◎ 补丁推送◎ 系统修复◎ 恶意软件阻拦◎ 介质管理◎ 可视化展示◎ | | | | | | | | |
| 医保目录 对照情况 | 医药机构目录对照完成时间 | |  | 对照人签字 | |  | | | |
| 协议签订情况 | 签订时间 | |  | | 区县经办机构  （签章） | | |  | |
| 医药机构开通  情况 | 开通时间 | |  | | 经办人： | | |  | |

说明：1.表中除协议签订情况、医药机构开通情况由经办机构填写，其余内容均为申请定点医药机构自行填写，且均为必填项。

2.表中◎所示项目为勾选项，根据机构实际情况在◎内勾√

3.此表需在提交定点资料时一并提交。

4.咨询电话：023-63177903/023-60309115

附件3

医保基金的预测性分析报告

1. 零售药店基本情况

包括药店规模、人员配比及合约、设备配备、制度建设、系统建设情况等。

1. 零售药店运行情况

包括收支及结余，药品品规、药品采购、药品配送、药品销售情况等。

1. 基金使用预测分析

包括对医保基金使用总额预估，基金使用额度预判，保障参保人数预判，纳入医保定点能够解决周边参保人员哪些医保服务上的问题等。