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。