附件1

河南省职工基本医疗保险

门诊统筹定点零售药店申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 定点零售药店名称(公章) |  | | 定点零售药店代码 |  |
| 法定代表人/负责人 |  | | 联系电话 |  |
| 统一社会信用代码 |  | | | |
| 营业地址 |  | | | |
| 营业用房产权性质 | 口自有 口租赁 口其他 | | 是否连锁企业 | 口是 口否 |
| 医疗保障负责人 |  | | 联系电话 |  |
| 开户银行 |  | | 银行账户名称 |  |
| 银行账户号码 |  | | 职工人数 |  |
| 营业面积（㎡） |  | | 药品目录内品种数 |  |
| 执业药师 | 共 名，其中西药执业药师 名，中药执业药师 名 | | | |
| 药师姓名 | 执业类别 | 执业证号 | 药师贯标码 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 经营范围 | 口西药+中成药 口中药饮片 口保健品  口医疗器械 口特医食品 口其他 | | | |

附件2

申请门诊统筹定点零售药店承诺书

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 定点零售  药店名称 |  | 定点零售药店代码 |  |
| 法定代表人/负责人 |  | 联系电话 |  |
| 经认真学习医疗保障相关政策文件，本单位自查符合申请门诊统筹定点零售药店条件，自愿承担本统筹区医疗保障服务，自愿申请成为门诊统筹定点零售药店，现郑重承诺:  1.所提交的申请材料真实、合法、有效，内部管理制度健全，两年内无重大药品质量事故，无行政处罚，无中止医保服务协议等情形;  2.完成视频监控系统建设，实现对购药、处方审核、配药等服务过程的全流程视频监控，相关视频至少保存2年备查;  3.使用国家统一医保信息平台定点管理子系统，真实、全面、准确、实时上传药品“进销存”数据和结算费用;不串换药品;不伪造药品虚假进价票据;  4.足额配备《药品目录》内药品且及时、完整、准确、全面完成药品贯标，具备及时供应医疗保障用药及应急供药能力;  5.承担好医保定点属性，加强自律，严格执行明码标价相关规定，为参保人员提供价格适宜的药品。遵守医疗保障行政部门药品价格政策，积极参与国家、省 (含省级联盟及全省执行的其他采购联盟) 集中带量采购。协议期内谈判药品、竞价药品、医保支付标准试点药品，自愿按照国家、省统一制定的医保支付标准销售;  6.自愿接受医疗保障部门及社会监督。  法定代表人/负责人签字:  (加盖单位公章)  年 月 日 | | | |

附件3

河南省基本医疗保险定点零售药店委托代购药登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 代购药日期 | 被代购人姓名 | 被代购人医保卡号 | 代购药品名称 | 代购药品数量 | 代购人姓名 | 代购人证件类型/证件号 | 代购人  联系电话 | 登记药师 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |