附件1

谈判药品使用认定、治疗、供药机构申请表

申请机构名称（章）： 申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医保定点医药机构编号 |  | | |
| 机构地址 |  | | |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  |
| 负责人 |  | 联系电话 |  |
| 工作联系人 |  | 联系电话 |  |
| 谈判药品供药  机构申请 | 恶性肿瘤用药： | | |
| 眼科用药： | | |
| 其它： | | |
| 服务能力基本情况 |  | | |
| 附申请资料 | 1. 截止申请之日近一年国家谈判药品进销存台账及药品随货同行单； 2. 经营场所内设置并作专门标识的医保谈判药品经营区域图片； 3. 符合医保要求的信息系统和网络安全管理制度。 | | |

附件2

门诊慢特病供药机构申请表

申请机构名称（章）： 申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医保定点医药机构编号 |  | | |
| 机构地址 |  | | |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  |
| 负责人 |  | 联系电话 |  |
| 医保负责人 |  | 联系电话 |  |
| 本店申请作为黔江区基本医疗保险门诊慢特病药品供药零售药店，严格按照有关规定，做好门诊慢特病供药服务及管理工作。  法定代表人（签名）：    年    月   日 | | | |
| 区医保中心初核意见：                      经办人：                                               年    月   日 | | | |
| 区医保中心复核意见：          复核人：                                         年    月   日 | | | |
| 区医保中心审批意见：   审批人：  （单位盖章）                                          年    月   日 | | | |

附件3

申请谈判药品使用认定、治疗、供药机构

核查记录表

核查医药机构名称及编号： 检查日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 查看内容 | 查看方法 | 结果 |
| 1 | 是否为相关行政主管部门认定的机构。 | 现场查看营业执照、药品经营许可证的正、副本原件。 | 是□否□  备注： |
| 2 | 相关资质 | 现场查看注册在申报门店的执业药师名单，身份证及执业注册证复印件，是否是与传入国家医保网一致。 | 是□否□  备注： |
| 3 | 服务环境 | 现场查看申报门店谈判药品专门服务与提供图片是否一致。 | 是□否□  备注： |
| 4 | 配送服务 | 现场查看是否有药品配送冷链设备，提供实际配送记录复印件，含有患者签收单据。 | 是□否□  备注： |
| 5 | 谈判药品销售 | 提供申报门店2020年至今销售谈判相关药品进销发票（单据）复印件，并与进销存系统记录进行核验是否一致，库存是否相符。 | 是□否□  备注： |

核查医药机构负责人签名： 区医保中心检查人员签名：