|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 附件2 |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 大理州医疗保险 |
| 慢性病特殊病定点零售药店申请表 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 申 请 单 位 |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 申 请 时 间 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 大理州医疗保障局编制 |  |

填 写 要 求

一、此表用钢笔填写,要求字迹工整清楚。

二、所列相关数据应真实、准确。

1. “申请内容”一栏由零售药店填写签订医保服务协议意向。

四、零售药店向统筹区医保经办机构提交本申请表时,须按《大理州城镇职工医疗保险慢性病特殊病门诊定点零售药店购药试点方案》及《关于受理2020年城镇职工医疗保险慢性病特殊病零售试点药店申报的公告》要求提供相关资料,并提供上一年度业务收支情况。

五、药店附属业务是指除药品、医疗器械等销售业务以外的其他业务,如:药店内设诊所等;其中具体业务情况描述是指输液床位、输液椅数量、具体的理疗或治疗项目等情况。

|  |  |
| --- | --- |
| 药店名称 |  |
|  单位地址 |  | 联系电话 |  |
|  营业执照号 |  | 营业面积  |  ㎡ |
| 法定代表人 |  | 联系人 |  |
| 所有制形式 |  | 上级业务主管部门 |  |
| 药品经营许可证发证机关 |  | 许可证号码 |  |
| 药店所处经纬度坐标 |  |  |  |
| 单位开户银行及账号 |  |  |  |
| 人员构成 | 药学技术人员数 | 药学技术人员 人，其中驻店执业药师 人 |
| 营业人员 |  |  |  |
| 其他人员数 |  |  |  |
| 合计人数 |  |  |  |
| 业务情况 | 药品经营品种 | 共有 个，其中：西药 个，中成药 个，中草药 个。 |
| 药品购买渠道 |  |
| 上年度业务收入 | 总收入： 元 | 医保个人账户收入： 元 | 其他业务收入： 元 |
| 参加医疗保险 | 签订劳动合同： 人 | 参加医疗保险 人；参加生育保险 人 |
| 药店附属业务情况 | 附属业务名称 | 开展业务范围 | 具体业务情况描述 | 从业人员 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 药店简介 |  |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 慢性病特殊病药品经营情况 | 是否专营慢性病特殊病药品 |  | 慢性病特殊病药品专柜使用面积 |  ㎡ |
| 云南省基本医疗保险门诊慢特病用药范围内的药品品种 |  个 | 药品覆盖病种 |  个 |
| 是否已参加国家组织的带量采购 |  | 药品购销差率 |  |
| 药品配送上门服务方式 |  |  | 合作的物流配送企业名称 |  |
| 合作的互联网医院 |  |
| 信息服务平台搭建方式及开发商（第三方）名称 |  |
| 申请内容 | 申请慢性病特殊病门诊购药试点 |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | （申请单位印章） |  |
| 法定代表人签字： |  |  |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |
| 医疗保险经办机构审查意见 |  |  |  |  |  |
|  |  |  | （印章） |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |