淮安经济技术开发区定点医药机构新申请医保定点相关说明

根据淮人社发〔2016〕123号文件的要求，定点医药机构新申请医保定点需要满足以下基本要求。

第四条 定点医药机构须具备以下条件：

（一）医药机构依法设置，遵守国家有关医疗服务和药品管理的法律、法规，执行国家和省、市物价部门规定的医疗服务和药品价格的法规和政策，申请前一年内未受到卫生计生、食品药品监督（市场监督）、物价等有关部门行政处理、处罚；

（二）执行基本医疗保险有关政策规定，建立与基本医疗保险要求相适应的内部管理制度，并配备专（兼）职管理人员和计算机系统，能够按照市人力资源社会保障信息系统技术标准和要求进行实时数据交换，符合系统联网条件及网络安全环境要求。**财务管理制度健全，有药品及医用耗材进销存软件管理系统，并按要求制作“进、销、存”台帐，会计账簿及财务报表符合国家相关规定；**

（三）具有独立经营场所，有合法的房屋产权或使用权。诊所、卫生所（室）、**医务室及社区卫生服务站业务用房使用面积城市不低于120平方米，农村不低于80平方米；零售药店营业场所使用面积（指同一平面或同一空间连续实际使用面积，不含仓库、办公附属用房面积，不得设置在超市或商场内）不低于80平方米；**

（四）医院须按核定床位合理配备卫生技术人员；诊所、卫生所（室）、医务室及**社区卫生服务站配备不少于3名的卫生技术人员，并至少有1名执业医师和1名注册护士，其中申请居民医保普通门诊统筹服务的，至少有1名全科医生；零售药店配备不少于2名药师（中药师），其中至少有1名执业药师，执业药师、药师不得挂名（核查其注册证、社会保险缴费凭证及劳动合同等相关材料），能保证营业时间内至少有1名药师在岗。经营中草药的药店，应配备1名中药师以上技术职称的中药专业技术人员；直接接触药品的人员须建立健康档案；**

（五）从业人员依法签订劳动合同，全员参加社会保险，按时足额缴纳社会保险费。

办理地点：淮安经济技术开发区总部经济园二楼社会保险基金管理中心（淮安开发区安澜路3号，直接百度地图搜索开发区总部经济园）

联系电话：83716508（马）

请各医药医药机构严格按照文件要求提供材料，并且自行装订成册，交于窗口受理，材料不装订、材料不齐均不现场受理。

所有材料需要按照下面的格式要求、顺序、目录装订。

2018年度

定点新申请材料 NO.2018\_NEW\_[KF]\_[ ]

淮安市经济技术开发区医药机构

定点新申请材料

申请单位（盖章）：

申 请 日 期：

定点新申请材料 NO.2018\_NEW\_[KF]\_[ ]

请您先确认您所需要准备的材料：

下面是我所需要提供的材料 **□**（请打钩确认）

【药店】申请定点所需要的材料如下：

1.有效期内的《药品经营许可证》和《营业执照》的副本及复印件，《药品经营质量管理规范认证证书》（GSP）原件及复印件，组织机构代码证原件和复印件；

2.零售药店法定代表人、经营者身份证原件及复印件，药师以上药学技术人员注册证（或资格证）及职称证明材料；

3.零售药店营业场所产权证明或租赁合同、平面布局图等相关资料原件及复印件；

5.近1年内食品药品监督（市场监管）、物价等行政部门无行政处罚记录，且无重大药品质量事故的书面说明；

4.证明药品、医用材料进货渠道的正规发票，以及药品经营“进、销、存”电子台账的打印件；

6.药品经营品种及价格清单；

7.社会保险登记证复印件并附参保人员名单及个人编号；

8.社会保险部门规定的其他材料。

医疗机构的分设机构、协作（合作）医院、药品零售连锁企业门店应单独申请签订服务协议。

下面是我所需要提供的材料 **□**（请打钩确认）

【医疗机构（含门诊类）】申请定点所需要的材料如下：

1.有效期内的《医疗机构执业许可证》的副本及复印件，组织机构代码证的原件及复印件。其中，营利性医疗机构另需提供《营业执照》原件及复印件，非营利性医疗机构提供《民办非企业单位登记证书》原件及复印件；

2.县级及以上卫生计生行政部门确认的医疗机构等级证明、核定病床数、临床科室设置情况，执业医师（包括助理执业医师）、执业护士、执业药师等的注册证明相关材料的原件及复印件；经卫生计生行政部门批准购置的大型医疗仪器设备清单（民营医疗机构报备）；

3.医疗机构业务用房产权证明或租赁合同、平面布局图等相关资料原件及复印件。其中属于租赁房屋的，从递交申请资料之日起计算，医疗服务场所使用权或租赁合同的剩余有效期限达到1年以上；

4.证明药品、医用材料进货渠道的正规发票，以及药品经营“进、销、存”电子台账的打印件；

5.近1年内无行政处罚和无重大医疗事故的书面说明；

6.医疗服务项目清单、药品清单；

7.社会保险登记证复印件并附参保人员名单及个人编号；

8.社会保险部门规定的其他材料。

定点新申请材料 NO.2018\_NEW\_[KF]\_[ ]

上述材料请各申请单位经办人仔细阅读，对存在疑问的材料请当面询问经办人员（社保中心19号窗口），对于所需准备的材料无任何异议时，请单位经办人员签字确认。

**请申请单位安装上述材料顺序装订，装订请使用塑料封套装订成册。**

**我已经明确了我要准备的材料以及材料装订要求。**

申请单位经办人签字（签章）：

确认时间：

定点新申请材料 NO.2018\_NEW\_[KF]\_[ ]

**淮安市基本医疗保险零售药店**

**签约申请书**

申请单位：

申请时间 ：

定点新申请材料 NO.2018\_NEW\_[KF]\_[ ]

**填 写 说 明**

一、该表填写，要求字迹工整清楚，内容真实。

二、“申请内容”一栏由零售药店填写申请意向。

三、最后一栏由医疗经办机构负责填写。

四、零售药店提交本申请书时，要附加以下材料：

1.《药品经营企业许可证》、《营业执照》（核原件收复印件）；

2.经营场所房屋产权证明或经营场所租赁合同及产权证明复印件（核原件收复印件）；

3.零售药店法定代表人及经营者身份证（复印件）；（核原件收盖章复印件）；授权委托书；代理人身份证原件、复印件；

4.执业药师资格证、注册证、身份证；

5.从业人员劳动合同和参加社会保险的证明材料。

备注：上述材料均需加盖申请单位公章。

定点新申请材料 NO.2018\_NEW\_[KF]\_[ ]

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 药店名称 | |  | | | | 营业执照 | |  | |
| 法人代表 | |  | | 身份证号 | | |  | | |
| 经营性质 | | 连锁直营□ 加盟□ / 非连锁自营直营□个体□其他□ | | | | | | | |
| 单位地址 | |  | | | | | | | |
| 联系人 | |  | | | 联系电话 | | | |  |
| 药品经营许可证号 | | |  | | | | | | |
| 单位开户银行及帐号 | | |  | | | | | | |
| 连锁公司或母公司名称 | | |  | | | | | | |
| 人  员  构  成 | 药学技术  人员数 | | 共    人，其中:执业药师    人。  高级职称     中级职称     初级职称 | | | | | | |
| 其他人员数 | |  | | | | | | |
| 合     计 | |  | | | | | | |
| 申  请  内  容 | (申请单位印章)  法人代表签字                      年     月   日 | | | | | | | | |
| 经办机构审核意见 | (印章)                              年     月   日 | | | | | | | | |

  定点新申请材料 NO.2018\_NEW\_[KF]\_[ ]

**淮安市基本医疗保险医疗机构**

**签约申请书**

申请单位：

申请时间：

定点新申请材料 NO.2018\_NEW\_[KF]\_[ ]

**填 写 说 明**

一、该表填写，要求字迹工整清楚，内容真实。

二、“申请内容”一栏由医疗机构填写申请意向。

三、最后一栏由医疗保险经办机构负责填写。

四、医疗机构提交本申请书时，要附加以下材料：

1.《医疗机构执业许可证》正、副本（核原件收复印件）；

2.医疗机构设置批复文件、等级评审文件或者卫生行政部门出具的相当登记证明材料（复印件）；

3.经营场所房屋产权证明或经营场所租赁合同及产权证明复印件（核原件收复印件）；

4.单位法人代表居民身份证复印件；授权委托书；代理人身份证原件、复印件；

5.医师、护师（士）专业技术资格证、医师执业证书；全科医师资格证、医师执业证书；医技人员专业技术资格证（核原件收复印件）；

6. 《大型医用设备清单》（附设备发票复印件）。

备注：上述材料均需加盖申请单位公章。

定点新申请材料 NO.2018\_NEW\_[KF]\_[ ]

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 | |  | | | | | 医院等级 | | |  |
| 法人代表 | |  | | 身份证号 | |  | | | | |
| 经营性质 | | 公立 □   民营 □  营利 □  非营利 □ | | | | 申请  服务类型 | | 门诊□  住院□  门特□ | | |
| 单位地址 | |  | | | | | | | | |
| 医保分管负责人 | |  | | | | 联系电话 | |  | | |
| 医保科负责人 | |  | | | | 联系电话 | |  | | |
| 联系人 | |  | | | | 联系电话 | |  | | |
| 医疗机构执业许可证号 | | |  | | | | | | | |
| 单位开户银行及帐号 | | |  | | | | | | | |
| 人  员  构  成 | 执业医师 | | 共     人，其中：      高级职称      中级职称      初级职称 | | | | | | | |
| 注册护士 | | 共      人，其中：  高级职称      中级职称      初级职称 | | | | | | | |
| 其他人员 | | 共     人 | | 合 计 | | | |  | |
| 科室  情况 | 临床科室：      个； 医技科室：       个 | | | | | | | | | |
| 床位  情况 | 核定床位：      张； 开放床位：       张 | | | | | | | | | |
| 申    请    内    容 | (申请单位印章)  法人代表签字                     年     月    日 | | | | | | | | | |
| 医疗保险经办机构审查意见 | (印章)                                       年   月   日 | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |