

宁波市医疗保障局文件

甬医保发〔2020〕14号

宁波市医疗保障局关于印发 《宁波市基本医疗保险定点医药机构 协议管理暂行办法》的通知

各区县（市）医疗保障局、功能园区医疗保障部门，市社会保险管理服务中心：

现将《宁波市基本医疗保险定点医药机构协议管理暂行办法》印发给你们，请结合实际认真贯彻执行。



宁波市基本医疗保险 定点医药机构协议管理暂行办法

第一章 总则

第一条 为进一步规范和完善我市基本医疗保险定点医疗机构和定点零售药店（以下简称定点医药机构）协议管理工作，确保医疗保障事业的可持续发展，根据国家医疗保障局办公室《关于当前加强医保协议管理确保基金安全有关工作的通知》（医保办发〔2018〕21号）和人力资源和社会保障部《关于完善基本医疗保险定点医药机构协议管理的指导意见》（人社部发〔2015〕98号）等文件精神，结合宁波市实际，制定本办法。

第二条 本办法所指的定点医药机构是指自愿申请，并由属地社会（医疗）保险经办机构（以下简称经办机构）根据《中华人民共和国社会保险法》第三十一条规定及医疗保险管理服务需要，与其签订基本医疗保险服务协议（以下简称服务协议），为本市参保人员提供基本医疗保险就医购药服务的医药机构。

第三条 定点医药机构协议管理应坚持总量控制、合理布局、公平公正、公开透明、择优定点、动态管理的原则。

第四条 市级医疗保障行政部门负责全市定点医药机构协议管理监督指导工作，并根据定点医药机构分布、人口密度、基金支付等情况，对全市定点医药机构进行合理规划布局。

各区县（市）医疗保障行政部门负责落实上级医疗保障行政部门的政策和监督指导经办机构开展本辖区定点医药机构协议管理工作。

市级经办机构负责对全市定点医药机构协议管理开展经办业务指导，并具体承担市级医疗机构、市级职能部门直属医疗机构纳入医保定点及医疗费用审核、稽查、变更备案、协议续签等日常的协议管理工作。各区县（市）经办机构负责本辖区内其它医药机构的上述协议管理工作。

第五条 医药机构按季申请，按照申请、受理、审核、评估、公示、公告、服务协议签订等程序，纳入定点医药机构管理范围。

第二章 申请条件

第六条 医疗机构申请纳入定点医药机构协议管理应具备以下基本条件：

（一）本市行政区域内经卫生健康行政部门批准设立的医疗机构、经军队主管部门批准开展对外服务的军队医疗机构。医疗机构提供的医疗服务以基本医疗保险支付范围内的诊疗项目和药品为主，不包含美容、整形等医疗机构。

（二）申请定点前1年内（开业不足1年的自开业之日起）以及申请期间未被卫生健康、市场监督管理等行政部门行政处罚（药品抽验案件除外），且未发生过重大医疗事故。

（三）医疗机构应在同一地点正常执业（开展诊疗活动，有财务收支发生）3个月及以上。

（四）医疗机构按照《基本医疗保险协议定点医疗机构自评表》（附件 1）自评，总分应达到 80 分以上（不含 80 分），其中基准分达到 60 分，择优分达到 20 分以上。择优分高的医疗机构优先纳入医保定点范围。

社区卫生服务中心（乡镇卫生院）、单位内部医务室和政府重点民生建设项目的医疗机构，可按照申请、审核、服务协议签订的简易程序优先纳入。

第七条 已定点的社区卫生服务中心（乡镇卫生院，下同），其下属社区卫生服务站（村卫生室）同时符合以下条件的，可由社区卫生服务中心申请，报属地经办机构核查同意后直接纳入结算：

- （一）与社区卫生服务中心属于同一财务核算单位；
- （二）药品由社区卫生服务中心统一配送；
- （三）工作人员由社区卫生服务中心聘用；
- （四）计算机系统与社区卫生服务中心联网。

第八条 零售药店申请纳入定点医药机构协议管理应具备以下基本条件：

（一）本市行政区域内经市场监督管理行政部门批准取得《药品经营许可证》（通过药品经营质量管理规范认证）、《营业执照》的零售药店（不含药品专柜）。

（二）申请定点前 1 年内以及申请期间未被市场监督管理、卫生健康等行政部门行政处罚（药品抽验案件除外），且未发生过重大药品质量事故。

（三）零售药店应在同一地点正常营业（开展售药活动，

有财务收支发生)1年及以上。

(四)按照《基本医疗保险协议定点零售药店自评表》(附件2),总分应达到80分以上(不含80分),其中基准分达到60分,择优分达到20分以上。择优分高的零售药店优先纳入医保定点范围。

第九条 医药机构有下列情形之一的,经办机构自确认之日起,在以下时限内不再受理该医药机构及其分支机构申请成为定点医药机构:

(一)医药机构涉嫌违法违规,正在接受有关部门调查处理的。

(二)医药机构具有征信不良记录的。

(三)原定点医药机构因违反医疗保险规定被取消定点,自解除服务协议之日起未满3年的。

(四)申请材料隐瞒事实,弄虚作假的医药机构,自发现违规行为之日起未满2年的。

有上述4种情形的医药机构及其分支机构的法定代表人或企业负责人,担任其他医药机构法定代表人或企业负责人,该医药机构在上述时限内也不得申请成为定点医药机构。

第十条 符合条件的医药机构,通过网上申请,向属地经办机构提交材料申请纳入协议管理。

(一)医疗机构需提交以下材料:

1.《基本医疗保险协议定点医疗机构申请书》(附件3)一份;

2. 按照《基本医疗保险协议定点医疗机构申请书》要求提供相应材料。

(二) 零售药店需提交以下材料:

1. 《基本医疗保险协议定点零售药店申请书》(附件4)一份;

2. 按照《基本医疗保险协议定点零售药店申请书》要求提供相应材料。

第三章 申请流程

第十一条 纳入定点医药机构协议管理的程序:

(一) 受理申请。按季受理,一年四次。每年3月、6月、9月和12月的前10个工作日为申请期。符合申请条件的医疗机构、零售药店按自愿申请的原则,登陆浙江政务网按要求上传相关申请材料,其中各类医院、社区卫生服务中心以及有住院医疗服务的其它医疗机构,一并申请纳入异地就医定点医疗机构范围。经办机构应对申请材料进行审核,材料齐全的,予以受理;材料不齐或不符合条件的,一次性进行告知。医药机构收到材料补正通知后,应在告知期限内补正,逾期视作放弃。

(二) 审核联查。申请结束后,经办机构应通过社会保险信息系统等途径对相关材料进行审核联查,同时安排工作人员进行现场审核。审核联查通过的医药机构进入评估环节。

(三) 组织评估。建立定点医药机构评估工作专家库,

市级以及各区县（市）经办机构召集和组织评估专家小组开展评估工作，并向评估专家小组报告定点受理和审核联查情况。评估专家小组负责对相关医药机构是否达到本办法第六条、第八条规定条件进行综合评估，提出拟新增的定点医药机构建议名单。定点医药机构评估工作主动接受医疗保障行政部门、当地纪检监察机构监督。

（四）结果公示。拟新增市级医疗机构、市级职能部门直属医疗机构纳入医保定点名单在市级医疗保障行政部门网站公示，其他拟新增定点医药机构名单在当地人民政府网站上公示。公示为期 3 天，公示期满无异议的，确定为拟新增定点医药机构，并由经办机构向社会公告。

经办机构应于集中申请期结束后 20 个工作日内完成审核、评估、公示、公告等工作。由于医药机构方面的原因导致未在规定时限内完成以上工作的，视为自动放弃本次定点医药机构申请。

第十二条 签订基本医疗保险服务协议流程：

（一）服务协议签订前，医药机构应符合向参保人员提供医疗保险结算服务的下列要求：

1. 参加培训测试。对公示通过的医药机构，由各经办机构组织医疗保险政策和业务培训，医药机构的医保管理负责人、经办人员等应熟悉医疗保险政策，并通过经办机构组织的测试。两次测试不合格的，需重新提出定点申请。

2. 完成系统安装。医药机构应建立独立的计算机管理系统，按医保专网安全要求，完成与医保信息系统联网和接口

测试，并按管理要求安装人脸识别、智能监控和视频监控等监管信息系统。

医药机构完成医保信息系统联网和接口测试前，各经办机构应在医保信息系统中做好医药机构基本参数等相关信息指标维护。

3. 建立医保管理制度。医药机构应建立健全医疗保险内部管理制度和规范的财务制度。

（二）告知服务协议内容。服务协议应明确双方的责任、权利和义务，主要内容为医疗保险服务范围、服务管理、药品和服务项目管理、收费与结算、年度医保付费指标、费用审核与控制、违约责任及双方约定的其他事项等，具体由经办机构根据医疗保险政策和监管需要进行调整。签订服务协议前，经办机构将服务协议内容书面告知医药机构，双方就服务协议内容达成一致的，方可签订服务协议。

（三）签订服务协议。医药机构接受服务协议内容并符合上述提供医保结算服务要求的，经办机构应及时与其签订服务协议。

医药机构未能在公告发布后 1 年内签订服务协议的，视作放弃本次定点申请。

第十三条 服务协议签订后，各经办机构及时向同级医疗保障行政部门以及市级经办机构备案，市级经办机构汇总新增定点医药机构名单后，统一向市级医保行政部门备案。医疗保障行政部门应对双方服务协议履行情况进行监督。

第四章 协议履行

第十四条 定点医药机构应认真履行服务协议，健全各项管理制度，根据服务协议要求严格执行基本医疗保险有关规定。经办机构应按照管辖权限对定点医药机构执行医疗保险政策、履行服务协议、医保医师管理、医保编码维护、申请定点承诺事项落实情况以及是否符合本办法第六条或第八条规定条件等进行监督检查。

第十五条 经办机构可采取网上审核、实地稽核、书面稽核和约谈等方式，开展日常审核稽查、专项稽核和举报稽核等工作，也可委托有资质的第三方，开展审计检查和巡查工作。开展审核稽查工作时，可以记录、录音、录像、照相、复制和查扣与稽核工作事项有关的资料；定点医药机构及相关人员应予配合，并应根据需要提供各类相关材料。定点医药机构涉嫌违反医疗保险政策法规、协议规定的，在立案调查、处理期间，经办机构可以依据协议暂停拨付医疗费用。定点医药机构年度内违反医保政策法规、协议被处理的，定点医疗机构当年度预算总额视情核减 1%-5%；定点零售药店视情核减支付当年度医保费用。

第十六条 服务协议期限一般为 1 年。服务协议履行期间，双方协商签订的补充服务协议具有同等法律效力。协议期内定点医药机构违反服务协议的，经办机构有权提出限期改正、暂停协议和解除协议。限期改正最长不超过 1 个月，暂停协议最长不超过 12 个月。服务协议到期后，双方可根据协议履行、医疗保险运行情况等决定是否续签协议。协议

期满前定点医药机构未及时办理续签手续的，服务协议自动终止。涉及限期改正或协议暂停、解除、续签的具体条件在服务协议中约定。

第五章 协议变更、中止和终止

第十七条 定点医疗机构经相关职能部门批准变更单位名称、法定代表人、主要负责人、经营性质、所有制形式、服务对象、诊疗科目、级别等，或定点零售药店经相关职能部门批准变更单位名称、法定代表人、经营范围、企业负责人、执业药师等，应自批准变更后的 30 个工作日内报送变更申请及有关批准文书，向属地经办机构备案。未按规定备案的，经办机构暂停其服务协议。定点医药机构应于暂停结算之日起 30 日内提出信息变更申请，符合变更规定的，经办机构可恢复结算；未在规定期限内提出变更申请或不符合信息变更规定的，经办机构予以解除服务协议。

其中，协议有效期内定点医药机构单位名称、法定代表人等关键信息发生变更的，应与经办机构进行医保服务协议变更。

第十八条 协议有效期内定点医药机构类别发生变更的，医药机构应按本办法重新申请医保定点，原医保服务协议延伸到申请医保定点程序完成后，未能重新纳入医保定点的，终止服务协议。重新纳入医保定点的，按新增定点签订服务协议并确定付费总额，原医保服务协议期间医疗费按其实际服务月份数折算总额后进行清算，其中，高于折算总额

指标的，超支部分由医疗机构按规定分担，低于折算总额指标的，按实际发生付费。

第十九条 定点医药机构在同一行政区域内地址变更，由属地经办机构重新审核，确定是否需要重新申请医保定点。

定点医药机构跨行政区域地址变更的，原医保服务协议终止，医药机构应按本办法向新管辖地经办机构重新申请医保定点。

第二十条 定点医药机构因违规被调查、处理期间不得申请变更信息。

第二十一条 定点医药机构需要停业（歇业）3个月以上的，应及时向属地经办机构备案，停业（歇业）期间可中止服务协议，未按规定备案的，暂停服务协议。超过6个月未恢复正常服务，自动终止服务协议，恢复正常服务以提供医保医药服务为准。

第二十二条 定点医药机构被暂停服务协议的，如需恢复协议，应在暂停期满前15个工作日内向属地经办机构提交恢复申请。经办机构应在收到申请后的15个工作日内进行验收，验收合格的如期恢复服务协议。逾期不提出恢复申请的，视作自动解除协议。

第二十三条 对签约的定点医药机构，经办机构要建立常态化的解约退出机制，密切跟踪，对履约能力进行动态评估，定点医药机构有下列情形之一的，经办机构应解除其服务协议：

(一) 定点医疗机构《医疗机构执业许可证》或定点零售药店《药品经营许可证》、《营业执照》之一注销、被吊销或过期失效的。

(二) 医药机构提供虚假材料骗取签约或者办理信息变更备案手续时提供虚假信息、伪造证明材料的。

(三) 医疗保险管理服务年度考核不合格的，或纳入医保定点后累计 3 次被暂停服务协议。

(四) 医药机构存在《宁波市基本医疗保险服务协议》中应解除服务协议条款中所列违约行为的。

(五) 违反《社会保险法》第八十七条、第八十八条，以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗保险基金支出的。

(六) 已不符合本办法第六条或第八条相关规定条件的。

第二十四条 本办法实施前已纳入医保定点范围并签订服务协议的医药机构，应在 2020 年底前达到本办法第六条第四项或第八条第四项基准分规定条件，未达到的，2021 年起经办机构不再续签服务协议。其中，各类医院及有住院医疗服务的其它医疗机构，应在 2020 年底前纳入异地就医直接结算范围。

第二十五条 因定点医药机构违反服务协议造成基本医疗保险基金损失的，经办机构应按规定追回基金损失并作出相应处理；需行政处罚的，应提交医疗保障行政部门处理；涉及其他行政部门职责的，移交相关部门；涉嫌犯罪的，依

法移送司法机关。

第六章 附则

第二十六条 本办法适用全市，各县（市）和奉化区可结合当地实际适当调整，并报市级医疗保障行政部门备案。

第二十七条 本办法自发文之日起施行。原有关规定与本办法不一致的，按本办法执行。如国家、省相关规定调整，按国家、省相关规定执行。

第二十八条 本办法由市级医疗保障行政部门负责解释。

附件：1. 基本医疗保险协议定点医疗机构自评表
2. 基本医疗保险协议定点零售药店自评表
3. 基本医疗保险协议定点医疗机构申请书
4. 基本医疗保险协议定点零售药店申请书

附件 1

基本医疗保险协议定点医疗机构自评表

序号	认定项目	基准分标准	基准分	择优分标准	择优最高加分	提交材料	自评分
1	经营场所	具有独立经营场所（独立经营场所指具有独立的地名地址）；从递交资料之日起租赁剩余期限至少 3 年。	5	租赁期限超过 3 年以上的，每增加 1 年，加 1 分（最高不超过 3 分）；经营场所建筑面积每超过 100 平方米的，加 1 分（最高不超过 2 分）；与最近同类、同级别医保定点医疗机构直线距离大于 500 米，加 3 分。	8	《医疗机构执业许可证》正、副本；房屋租赁合同	
2	药品进、销、存管理	随机抽查药品 10 种，实行信息化系统管理，且进、销、存相符。	5	财务账目清晰，票据齐全、合法。	5	储备药品的目录清单 现场抽查	
3	服务项目公示以及收费情况	服务项目价格公示，收费符合物价规定。	5			现场检查	
4	医疗服务管理制度以及医疗服务规范	有完善的内部管理等各项规章制度，医疗管理符合卫健等相关行政部门要求，有规范的医疗护理技术操作规程，诊疗记录、门诊病历、住院病历等符合行业规范。	10	药品、医疗器械、医用设备、医用材料、病案等管理规范，相关台账资料按规定期限保存完整，加 3 分； 医疗文书、诊疗记录、处方实现信息系统电子化管理，加 4 分；按规定提供药品、检查、治疗、服务等收费票据及清单，加 3 分。	10	现场检查	
5	诊疗环境	诊疗环境整洁有序、布局规范合理、标示标牌清晰，工作人员着装规范。	5			现场检查	

6	从业人员情况	达到医疗机构设置标准的医师、药师、护士数量；医师符合《执业医师法》相关要求，并根据执业范围规范执业。	10	医疗机构法定代表人为第一执业点高级职称医师的，加2分（与下面项目不重复加分）；超过医疗机构设置标准，且第一执业地点为该机构的高级职称医师，每增加1人，加2分（最高4分）；有专职的医保管理人员，加2分；有专职的财务人员，加1分；有专职信息管理人员，加1分。	10	医务人员资质证书 现场检查
7	参保情况	按规定为所有从业人员在本单位按时、足额缴纳社会保险，且连续缴纳时间不少于3个月。	5			工作人员花名册
8	财务制度	门诊部以下的建立无坐支现金、无现金支出进货款、收入支出均和金融机关关联的财务制度；根据计算机系统每日业务数据收入报表，及时足额上缴营业收入至本单位对公账户；门诊部及以上的依照法律法规以及相关法规，建立财务、会计制度。	5			承诺是，得5分 新增医疗机构为承诺书项是()否()

9	信息系统	<p>按照医保实时结算及监管要求，完成医保系统接口对接，将药品进、销、存业务信息纳入医保中心平台，实现药品实时库存管理、追溯管理、库存动态变化过程实时记录，保证药品账物相符；按规范安装人脸识别、视频监控等医保监管系统，保障在营业期间相关监控设备使用正常，监控数据质量符合要求，且至少保留3个月及以上，确保医保就医购药结算行为真实有效。同时自愿承担与接入医保系统必要设备、网络使用等费用，自愿承担与医保系统接口费用及今后医保政策调整的接口改造费用。</p>	10		<p>承诺是，得10分 新增医疗机构为承诺事项是()否()</p>	
10	医疗机构设置情况		<p>建造(评审)等级二级及以上的，加2分；临床科室数量超过医疗机构设置标准的，每增加2个临床科室，加1分(最高2分)；有住院且实际开展住院医疗服务的，加2分；有国家级或省、市级重点学科的，加1分。</p>	7	<p>卫健行政部门的等级文件、现场检查</p>	
总分			60	40		

备注:

(一) 本表用于新增申请签订服务协议的医疗机构自评、审核评估和签订服务协议后经办机构的日常检查, 基准分应达到 60 分, 同时择优分达到 20 分以上。

(二) 如果近一年内被卫生健康、市场监管等部门行政处罚的(药品抽验案件除外), 本次申请无效, 且按照提供虚假材料的情节处理。

(三) 政府重点民生建设项目的医疗机构申请医保定点需提供相关的文件及文号。

(四) 第 9 项“信息系统”以完成医保系统测试、验收为准。

附件 2

基本医疗保险协议定点零售药店自评表

序号	评定项目	基准分标准	基准分	择优分标准	择优最高加分	提交材料	自评分
1	经营场所	具有独立经营场所（独立经营场所指具有独立的地名地址）；从递交资料之日起租赁剩余期限至少 2 年。	10	租赁剩余期限每增加 1 年，加 1 分（最高不超过 3 分）；营业场所建筑面积大于 80 平方米，加 3 分；与最近医保定点零售药店直线距离大于 500 米，加 3 分。	9	《药品经营许可证》正、副本；房屋租赁合同，有效的房产证明。	
2	经营范围	本店内不得摆放或销售食品（除奶粉外）、生活用品、化妆品等非医药类商品。	10	仅经营药品及医疗器械。	4	现场检查	
3	售药情况	储备的医保非处方药品品种大于 400 种及以上；处方药销售符合相关规定，药品质量管理规范，明码标价，实行收费清单制，有质量管理检查记录和药品养护记录。	10	销售处方药，经执业药师审核签字，且处方保存 1 年及以上，加 3 分；具备 24 小时营业条件的，加 2 分。	5	现场检查（抽查，按比例放大）	
4	进、销、存管理	实行信息系统管理，可查询到 1 年及以上数据。在售商品账物相符并可追溯溯源。随机抽查 20 种商品，进、销、存相符率高于 90%（不含）。	10	建立符合国家规定的财务管理制度，在售商品进、销、存相符，资料按规定期限保存齐全，加 3 分；提供规范的票据清单（包括药品通用名、剂型、规格、生产厂家、数量、金额），加 3 分。	6	现场检查	

5	从业人员情况	2名药师在本店,至少1名为执业药师。	5	每增加1名执业药师,加1分(最多加8分); 有专职的医保管理人员,加1分; 有专职的财务人员或信息管理人员,加1分。	10	药师以上药学技术人员注册证(或资格证)及职称证书 现场检查	
6	参保情况	按规定为所有从业人员按时、足额缴纳社会保险,且连续缴纳时间不少于6个月;其中执业药师、药师以及医保管理人员必须在本单位参保。	5	所有从业人员连续缴纳1年以上。	3	工作人员花名册	
7	经营环境	经营场所干净整洁、布局合理、药品摆放规范。	2			现场检查	
8	财务制度	建立无坐支现金、无现金支出进货款、收入支出均和金融机构关联的财务制度; 根据计算机系统每日业务数据收入报表及时足额上缴单位营业收入到本单位的对公账户。	3			承诺是,得3分 新增零售药店为承诺事项是()否()	

9	信息系统	按照医保实时结算及监管要求，完成医保系统接口对接，将药品进、销、存业务信息纳入医保中心平台，实现药品实时库存管理、追溯管理、库存动态变化过程实时记录，保证药品账物相符；按规范安装人脸识别、视频监控等医保监管系统，保障在营业期间相关监控设备使用正常，监控数据质量符合要求，且至少保留3个月及以上；确保医保就医购药结算行为真实有效。并自愿承担与接入医保系统必要设备、网络使用等费用，自愿承担与医保系统接口费用及今后医保政策调整的接口改造费用。	5		承诺是，得5分 新增零售药店为承诺事项是()否()	
10	经营方式			连锁经营	3	《药品经营许可证》和《营业执照》
总分			60		40	

备注：

(一) 本表用于新增申请签订服务协议零售药店自评、审核评估和签订服务协议后经办机构的日常检查，基准分应达到60分，同时择优分达到20分以上。

(二) 如果近一年内被卫生健康、市场监管等部门行政处罚的(药品抽检案件除外)，本次申请无效，且按照提供虚假材料的情节处理。

(三) 医保非处方药是指《浙江省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》中的非处方药。药品品种数按照药品通用名进行统计。

(四) 第9项“信息系统”以完成医保系统测试、验收为准

基本医疗保险协议定点 医疗机构申请书

申请单位：_____

申请时间：_____

医疗机构名称		医疗机构 其他名称			
所有制形式		法定代表人姓名			
法定代表人 身份证号码		法定代表人 联系电话			
医院等级		邮政编码			
是否分支机构		上级医疗 机构名称			
经营性质		开业时间			
单位用房性质 (自有/租赁)		单位用房租赁合同 剩余有效期限			
建筑面积		500米内有无其他 定点医疗机构			
单位地址					
单位经办人		联系电话			
医疗机构执业 许可证号		执业许可时间			
		变更记录 (近三年)			
统一社会 信用代码		民办非企业单位 登记证号			
诊疗科目					
人员构成	人数	高级职称	中级职称	初级职称	其他
医师					
其中：第一执业点医师					
护士					
医技人员					
药学人员					
其他人员					
合 计					

1年以上稳定工作关系人数	参加社会保险人数	
核定床位数	实际开放床位数	
配备药品种数	其中医保药品种数	
已开展医疗服务项目数	其中医保范围内医疗服务项目数	
50万元以上大型医用仪器设备数量	50万元以上大型医用仪器设备名称	
近一年内有无行政处罚记录	近一年内有无重大医疗事故	
同一法人主体（投资主体）的相关定点医药机构，1年内有无因违规被暂停、解除或终止医保服务协议和正在接受经办机构调查处理等情况的记录		
是否已安装医疗结算监控设备	是否承诺提供医疗结算监控信息	
申请单位意见	<p>自愿承担宁波市基本医疗保险服务，申请成为医疗保险定点医疗机构，并承诺所填写的信息、证明材料真实有效。如与事实不符，将承担提供虚假材料所造成的一切后果。</p> <p style="text-align: right;">法定代表人签字： 单位 (盖章) 年 月 日</p>	
填表说明	<p>请上传以下材料办理申请手续：</p> <p>(一) 基本医疗保险协议定点医疗机构申请书一份；</p> <p>(二) 基本医疗保险协议定点医疗机构自评表一份；</p> <p>(三) 《医疗机构执业许可证》的正、副本各一份。营利性医疗机构另需提供《营业执照》一份；</p> <p>(四) 县级及以上卫生健康部门确认的医疗机构等级证书（无等级不需提供）、执业医师（包括执业助理医师、乡村医师）注册证书等相关材料；</p> <p>(五) 已开展的医疗服务项目及价格清单、药品及价格清单，经省卫生健康部门批准购置的大型医用设备清单一份；</p> <p>(六) 医疗机构用房产权证明或经房产主管部门备案的租赁合同等相关资料各一份；</p> <p>(七) 法定代表人身份证及医疗机构工作人员花名册。</p>	

备注：储备医保药品种数按照《浙江省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》以药品通用名进行统计。已开展医保范围内医疗服务项目数按《浙江省基本医疗保险医疗服务项目目录》统计。

附件 4

基本医疗保险协议定点 零售药店申请书

申请单位：_____

申请时间：_____

零售药店名称		法定代表人姓名	
法定代表人 身份证号码		法定代表人 联系电话	
经营方式	<input type="checkbox"/> 连锁企业直营门店 <input type="checkbox"/> 加盟店 <input type="checkbox"/> 单体店		
总店名称			
开业时间		邮政编码	
单位地址			
药店用房性质 (自有/租赁)		药店用房租赁合同 剩余有效期限	
营业场所 建筑面积		500 米内有无其他 定点零售药店	
单位经办人		联系电话	
药品经营许可证号		许可证取得时间	
		变更记录 (近三年)	
统一社会信用代码		营业执照 取得时间	
药品经营质量管理规范认证号			
是否提供远程药学服务			
是否已安装医疗结算监控设备		是否承诺提供医疗 结算监控信息	
经营药品是否有 进、销、存台帐		是否按 GSP 要求 进行管理	

经营药品 种数	总数		西药		中成药		中药 饮片	
其中医保 药品种数	总数		西药		中成药		中药 饮片	
备注	经营医保非处方药品种数 ()							
工作人员 总数	注册执业药师 (中药师)	药师 (中药师)	从业药师 (中药师)	营业员	其他工作人员			
1年以上稳定 工作关系人数				参加社会保险人数				
近一年有无 行政处罚记录				近一年有无 重大药品质量事故				
同一法人主体(投资主体)的相关定点医药机构,1年内有无因违规被 暂停、解除或终止医保服务协议和正在接受经办机构调查处理等情况的的记 录								
申请单位 意见	<p>自愿承担宁波市基本医疗保险服务,申请成为医疗保险定点零售药 店,并承诺所填写的信息、证明材料真实有效。如与事实不符,将承担 提供虚假材料所造成的一切后果。</p> <p style="text-align: right;">法定代表人签字: 单位 (盖章) 年 月 日</p>							
填表说明	<p>请上传以下材料办理申请手续:</p> <p>(一)基本医疗保险协议定点零售药店申请书一份;</p> <p>(二)基本医疗保险协议定点零售药店自评表一份;</p> <p>(三)《药品经营许可证》、《营业执照》的正本、副本各一份;</p> <p>(四)药品经营品种及价格清单(连锁门店可由总部统一提供)一 份;</p> <p>(五)零售药店营业场所产权证明或经房产主管部门备案的租赁合 同、平面布局图等相关资料各一份;</p> <p>(六)药师以上药学技术人员注册证(或资格证)及职称证书;</p> <p>(七)法定代表人身份证及零售药店工作人员花名册。</p>							

备注:1.经营医保药品种数按照《浙江省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》
的药品通用名进行统计。

2.医保非处方药是指药品目录中的非处方药,药品品种数按照药品通用名进行统
计。

抄送：浙江省医疗保障局。

宁波市医疗保障局办公室

2020年4月10日印发
