淮安市基本医疗保险门诊统筹

定点零售药店申请表

医保编码：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 药店名称 |  | | |
| 地址 |  | | |
| 所属区划 |  | 所属乡镇（街道） |  |
| 机构类别 | □连锁 □非连锁 | 纳入医保定点  协议服务时间 | （ ）年（ ）月 |
| \_\_\_\_年考核结果 | （ ）分 | 近一年是否受过行政处罚或协议处理 | □是 □无 |
| 是否能对接电子处方流转平台 | □是 □否 | 是否能对接药店“进销存”系统 | □是 □否 |
| 是否具备医保电子凭证扫描环境 | □是 □否 | 是否能按要求开展药品和医用耗材集中采购、结算 | □是 □否 |
| 药店负责人 |  | 联系电话 |  |
| 申报承诺 | 本机构符合门诊购药服务基本条件，自愿申请成为淮安市基本医疗保险门诊统筹购药服务定点零售药店，并承诺如下：  1.所有填报信息真实、完整、合法、有效；  2.严格执行医保基金管理要求和服务协议内容，为参保人提供优质服务；  如违反上述承诺，愿自动退出门诊统筹购药服务范围。  法定代表人签名：  单 位 盖 章：  年 月 日 | | |