

附件 1

梅州市零售药店医疗保障定点申请 及信息变更经办指引

一、关于定点零售药店的申请及评估流程

（一）提出申请

零售药店按照《关于转发广东省零售药店医疗保障定点管理经办规程的通知》（梅市医保函〔2022〕68号）要求，通过线上方式，向所在县（市、区）医保中心提出定点申请，提交《梅州市定点零售药店申请表》（附件1），及零售药店医疗保障定点管理申请材料（附件2）。

（二）申请受理

零售药店提交申请后，各县（市、区）医保中心应当即时受理，并根据文件要求及梅州市新增定点零售药店申请资料说明（附件3），对零售药店是否符合申请条件、是否按要求提供申请资料等进行审核。

各县（市、区）医保中心应当在收到申请之日起5个工作日内完成审核，并出具相应回执。

1. 审核通过的，出具《受理回执》（附件4）及《配合评估材料清单》（附件5）。

2. 需补充材料，出具《补齐补正通知书》（附件6），

并一次性告知需更正或补充的材料。申请药店应当在5个工作日内补齐补正，逾期视为放弃当次申请。

3. 零售药店存在不予受理情形的，应出具《不予受理回执》（附件7）。

（三）组织评估

1. 评估时限。各县（市、区）医保中心应当自受理零售药店申请材料之日起3个月内完成对该零售药店的评估，零售药店补充材料时间不计入评估时限。

2. 信息系统评估。出具受理回执后，现场评估前，各县（市、区）医保中心应及时通知零售药店与市医保中心信息技术工作人员联系，做好对零售药店信息系统的评估和实际操作测试，评估测试结果将作为零售药店医疗保障定点申请是否合格的重要指标之一。

3. 评估小组。各县（市、区）医保中心应当组织评估小组或委托第三方机构开展评估。评估小组成员可以由医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等专业人员构成。现场评估应提前3个工作日通知被评估的零售药店，按要求做好现场评估的相关准备工作。主要评估流程如下：

①评估小组向被评估机构发放《新增定点零售药店申请工作纪律》、《梅州市新增定点零售药店现场核查意见反馈表》（附件8、附件9），核查评估内容与实际是否相符。评估完成后，由现场评估人员集体填写《梅州市医疗保障新增定点零售药店评估表》（附件10），并请零售药店负责人签字确认。

②集体讨论。现场评估结束后，评估小组可以通过召集同级医疗保障行政部门相关业务股室、现场评估人员进行专题会议讨论，并根据现场评估情况及结合辖区内医疗资源配置、基金收支情况等因素，对评估结果进行讨论确定。

（四）结果公示

评估结果分为合格或不合格。

1. 对于评估合格的零售药店，各县（市、区）医保中心应当通过微信公众号、医疗保障局官网等形式向社会公示，公示期为7个工作日。公示期间未收到举报或收到举报但经核查不影响评估结果的，纳入拟签订医保协议零售药店名单。公示结束后，发出《关于XX药店申请定点零售药店的批复》（附件11），完成协议签订工作，并向同级医疗保障行政部门和梅州市医疗保障事业管理中心备案。

2. 对于评估不合格的零售药店，各县（市、区）医保中心应当明确告知其理由，提出整改建议，发出《梅州市新增定点零售药店评估不合格告知书》（附件12）。自初次评估结果送达之日起，整改3个月后零售药店方可再次提交评估申请，经办机构按照前述程序再次组织评估；再次评估仍不合格的，1年内不得提起申请。

（五）完善系统配置

协议签订后，各县（市、区）医保中心应及时指导零售药店于5个工作日内在国家医保业务编码标准数据库动态维护平台维护本单位及人员的基础信息，申请赋码。国家医疗保障局审核后，零售药店应当及时向经办机构反馈信息维护

情况。

（六）信息公开

各县（市、区）医保中心应当定期向社会公布新签订医保协议的定点零售药店信息包括名称、地址等，供参保人员选择。

二、关于零售药店的信息变更流程

（一）重要信息变更

定点零售药店的名称、法定代表人、企业负责人、实际控制人、注册地址和药品经营范围等重要信息变更流程：

1. 定点零售药店自有关部门批准重要信息变更之日起30个工作日内向所在地区医保经办机构提交变更申请书、信息变更资料等材料。

2. 各县（市、区）医保中心在收齐材料后，需在15个工作日内完成对定点零售药店变更内容的资料审核确认，必要时可以组织现场考察。

3. 各县（市、区）医保中心对符合规定的变更申请，经审批同意后给予变更。

4. 零售药店在经办机构审核通过后及时在信息系统上变更相关信息。

（二）其他一般信息变更

1. 定点零售药店自信息发生变化之日起10个工作日内将有关信息变更情况报各县（市、区）医保中心备案。

2. 各县（市、区）医保中心将信息变更情况及时向同级医疗保障行政部门及梅州市医疗保障事业管理中心备案。

（三）变更所需材料

变更定点零售药店的名称、法定代表人、企业负责人、实际控制人、注册地址和药品经营范围等重大信息应提供以下材料：

1. 《梅州市定点零售药店信息变更申请表》（附件 13）
2. 药品经营许可证正副本复印件及营业执照正副本复印件。

变更银行账户时应提交以下材料：

1. 《梅州市定点零售药店信息变更申请表》
2. 银行开户许可证复印件。

三、协议变更与解除

定点零售药店提出中止医保协议、解除医保协议或不再续签医保协议的，应当提前 3 个月向经办机构提出申请并提交《梅州市定点零售药店协议状态变更申请表》（附件 14）。

- 附件：
1. 梅州市定点零售药店申请表
 2. 零售药店医疗保障定点管理申请材料清单
 3. 梅州市新增定点零售药店申请资料说明
 4. 梅州市新增定点零售药店受理回执
 5. 配合评估材料清单
 6. 梅州市定点零售药店申请材料补齐补正通知书
 7. 梅州市新增定点零售药店不予受理回执
 8. 新增定点零售药店申请工作纪律

9. 梅州市新增定点零售药店现场核查意见反馈表
10. 梅州市医疗保障新增定点零售药店评估表
11. 关于 XX 药店申请定点零售药店的批复
12. 梅州市新增定点零售药店评估不合格告知书
13. 梅州市定点零售药店信息变更申请表
14. 梅州市定点零售药店协议状态变更申请表

附件 1

梅州市定点零售药店申请表

机构名称		所在区	
注册地址		仓库地址	
经营许可证号码		统一社会信用代码或营业执照注册号	
发证日期		许可证有效期限	
经营方式		经营范围	
法定代表人(身份证号)		联系电话	
主要负责人(身份证号)		联系电话	
实际控制人(身份证号)		联系电话	
机构开户银行		机构开户名称	
机构开户账号		法定代表人(企业负责人)	
联系电话		身份证号	
申请业务类型	<input type="checkbox"/> 刷社会保障卡或医保凭证 <input type="checkbox"/> 其他		
是否配有专(兼)职医保管理人员		是否具备与医保政策对应的内部管理制度和财务制度	
是否建立药品进销存信息系统		是否设立医保/非医保专区, 并有明确标识	
是否具有符合医保协议管理要求的信息系统		是否经营中药饮片	
执业药师	人	执业中药师	人
其他药学技术人员	人	药师总人数	人

业务联系人		联系电话	
申请理由	<p>本机构自愿承担基本医疗保险服务，申请成为医疗保险定点机构，并承诺不存在《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》《广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法》等文件有关规定的不予受理定点申请的情形，且所提交资料全部真实有效，如有虚假成分，愿意承担一切相应的法律责任；如因本机构原因，零售药店地址等重要信息在提交申请至签订协议期间如发生变更，自愿放弃当次申请。</p> <p>法定代表人(签名):</p> <p>主要负责人(签名):</p> <p>实际控制人(签名):</p> <p style="text-align: right;">(单位盖章)</p> <p style="text-align: right;">申请日期: 年 月 日</p>		

附件2

零售药店医疗保障定点管理申请材料清单

序号	资料名称	原件/复印件	备注
1	梅州市医疗保障定点零售药店申请表	原件	
2	医疗机构执业许可证	复印件	
3	营业执照	复印件	
4	法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证	复印件	
5	执业药师资格证书 药学技术人员相关证书	复印件	
6	医保专(兼)职工作人员的劳动合同	复印件	
7	与医疗保障政策相应的内部管理制度	复印件	
8	与医疗保障政策相应的财务制度	复印件	
9	信息系统相关材料	复印件	
10	基金预测性分析报告	原件	
11	在职职工花名册	原件	
12	在职人员身份证复印件	复印件	
13	劳动聘用合同	复印件	
14	社保局出具的缴交养老保险的佐证材料	原件	
15	近三个月职工工资表	复印件	
16	税收完税证明	原件	
17	办公用地佐证材料	复印件	
19	医保政策学习会议记录	复印件	
20	申报医保目录中的药品清单	复印件	

注：所有提交的材料均需加盖公章，复印件应备原件供现场核查。

附件3

梅州市新增定点零售药店申请资料说明

序号	申请资料名称	资料有效性判断要点	备注
1	定点零售药店申请表	需法定代表人、企业负责人及实际控制人签名。连锁CB,需加盖连锁总公司及分店公章。单体DA、单体DB,均需加盖药店公章。	收取加盖申请机构公章的复印件
2	*药品经营许可证正、副本	应当在有效期内,有效期开始日期距申请定点日期至少3个月,盖有市场监督管理部门公章,含变更记录。	收取加盖申请机构公章的复印件
3	*营业执照正、副本	应当在有效期内,盖有市场监督管理部门公章。	收取加盖申请机构公章的复印件
4	*法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证	应当在有效期内。法定代表人(经营者、投资人)的认定方式与续签药店协议相同。	收取加盖申请机构公章的复印件
5	执业药师资格证或药师证及其劳动合同	证件在有效期内,加盖发证机构公章。劳动合同应当在有效期内并有双方签名,并按照规定在本店或连锁企业参加职工医保,加盖本机构公章。	收取加盖申请机构公章的复印件
6	医保专(兼)职管理人员劳动合同	劳动合同应当在有效期内并有双方签名,并按照规定在本店或连锁企业参加职工医保,加盖机构公章。	收取加盖申请机构公章的复印件
7	与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本	至少含医保药品管理制度、财务管理制度、医保人员管理制度、统计信息管理制度和医保费用结算制度,且符合基本要求。	收取加盖申请机构公章的原件
8	与医保有关的信息系统相关材料	1. HIS系统开发商资质(软件著作权书等); 2. 与HIS系统开发商签证的合同(要有医保接口开发需求); 3. HIS系统开发商的医保接口开发成功案例(与已经签订协议的医保单位的合同); 4. 系统硬件建设情况(机房、服务器等的照片,现场提供); 5. 网络建设情况(提供是否专网运行证明)。	收取加盖申请机构公章的原件
9	纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告	至少含四个部分内容: 1. 零售药店基本情况; 2. 近3个月运营状况: 销售商品(含药品、医疗器械、保健食品、消毒用品、非医疗用品等)总量及总费用情况; 3. 预测分析纳入定点后医保基金使用情况; 4. 医保基金安全风险防范预案及措施。	收取加盖申请机构公章的原件
10	其他补充材料	根据具体情况进行补充说明。	收取加盖申请机构公章的复印件

注: 标注"*"的材料, 如可以通过广东省电子证照系统、或政府信息共享平台实时更新查询或核验的, 不需零售药店另行提供。

附件 4

梅州市新增定点零售药店受理回执

回执编号	
机构名称	
机构地址	
办理事项	零售药店申请定点协议管理
备注	你单位申请已受理，请按《配合评估材料清单》备齐相应材料，做好评估准备工作。如未按约定时间配合完成评估，视为自愿放弃当次申请。 评估时间： 评估方式：现场评估、书面评估； 评估地点：零售药店名称或经办机构地址

(本回执一式两份， 一份送达申请机构， 一份经办机构留存。)

签收人：

联系电话：

签收时间：

经办机构(盖章)

联系电话：

经办日期：

附件5

配合评估材料清单

一、申请材料

1. 定点零售药店申请表原件(法定代表人、主要负责人、实际控制人签名并加盖药店公章);
2. 药品经营许可证正、副本原件及复印件(加盖药店公章);
3. 营业执照正、副本原件及复印件(加盖药店公章);
4. 法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证原件;
5. 与医保有关的信息系统相关材料(加盖药店公章);
6. 执业药师资格证、注册证或药学技术人员相关证书及其劳动合同复印件(加盖药店公章)和职工医保参保证明;
7. 医保专(兼)职管理人员的劳动合同原件及复印件(加盖药店公章)和职工医保参保证明;
8. 与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本原件(加盖药店公章);
9. 纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告原件(加盖药店公章)。

二、评估材料

10. 药店正门开业状态照片电子件(需包含药店招牌、名称、门牌号码);
11. 医保药品标识照片电子件;
12. 其他医疗保障部门相关文件规定的材料。

附件6

梅州市定点零售药店申请材料补齐补正通知书

回执编号	
机构名称	
机构地址	
补齐补正材料	
备注	申请机构应当在5个工作日内补齐补正，逾期视为放弃当次申请

(本回执一式两份，一份送达机构领取，一份经办机构留存。)

签收人：

联系电话：

签收时间：

经办机构(盖章)

联系电话：

经办日期：

附件 7

梅州市新增定点零售药店不予受理回执

回执编号	
机构名称	
机构地址	
受理事项	零售药店定点申请
不予受理原因	
查询方式	电话：
备注	

(本回执一式两份，一份送达机构领取，一份经办机构留存。)

签收人：

联系电话：

签收时间：

经办机构(盖章)

联系电话：

经办日期：

附件 8

新增定点零售药店申请工作纪律

根据上级和市医保部门廉政纪律有关要求，检查组在新增定点医药机构申请工作将严格遵守以下工作纪律：

（一）坚持依法办事，决不滥用权力，不准单独外出对管理对象实施现场核查，不得利用工作名义或个人职权关系，向被核查单位谋取个人非法私利。

（二）不准由被核查单位支付或补贴餐费、交通费，因特殊情况确需在被核查单位用餐的，费用自理，据实支付。不准参加被核查单位安排的宴请、旅游、娱乐和联欢等活动。

（三）不得利用核查工作时间看病购药，或打招呼带亲属朋友看病购药。不得私自使用被核查单位的交通工具。

（四）不准接受医药机构的任何纪念品、礼品、礼金、消费卡和有奖证券。

（五）不得以打招呼等任何方式影响或干扰核查业务的开展，不得参与、庇护违规骗保行为，不得泄露与核查业务有关的工作秘密或信息。

（六）不得故意摆“架子”、找茬，刁难被核查单位，不得故意制造障碍和拖延核查时间。

（七）不准向被核查单位推销商品或介绍业务。

（八）不准向被核查单位提出任何与核查工作无关的要求。

工作人员进行现场核查前须申明医保部门《加强监督检查纪律的八项规定》，并请被核查对象对医保部门工作人员进行监督，填写《梅州市新增定点零售药店现场核查意见反馈表》及时寄回医保纪检部门。

****医疗保障经办机构纪检监督电话：****

地址：****，邮编：****

**县（市、区）医疗保障事业管理中心

年 月 日

附件9

梅州市新增定点零售药店现场核查意见反馈表

单位名称		单位地址	
被核查单位 负责人姓名		被核查单位 联系电话	核查时间
核查小组人 数和成员			是否按照检 查纪律开展 现场核查
对现场核 查 组执行核 查 工作纪律情 况的意见	一、执行监督检查纪律情况： ◇是否遵守现场核查工作纪律；（ ） ◇如果违反现场核查工作纪律，是违反第（ ）条； 二、其他情况：		
对现场核 查 工作的意 见 和建议			

被核查单位负责人签名(盖章):

_____年____月____日

备注：请被核查单位按照医保部门《新增定点零售药店申请工作纪律》对工作人员进行监督，请填写《梅州市新增定点零售药店现场核查意见反馈表》。

附件 10

梅州市医疗保障新增定点零售药店评估表

零售药店名称				药店类型	<input type="checkbox"/> 单体药店 <input type="checkbox"/> 连锁直营 <input type="checkbox"/> 连锁加盟
零售药店地址				经营非医疗用品	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
评估方式		<input type="checkbox"/> 现场评估 <input type="checkbox"/> 书面评估	联系人		联系电话
序号	评估细目及要求			评估方法	评估记录
1	药品经营许可证正、副本是否在有效期内			查看证照	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
2	营业执照正、副本是否在有效期内			查看证照	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
3	法定代表人、企业负责人或实际控制人身份证是否在有效期内			查看证件	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
4	是否有与医保保障政策对应的内部管理制度和财务制度			查阅资料	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
5	执业药师是否具有资格证，注册证及劳动合同、职工医保参保证明，药学技术人员是否具有相关证书、劳动合同、职工医保参保证明			查阅资料	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
6	是否配备医保专（兼）职管理人员并签订劳动合同、职工医保参保证明			查阅资料	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
7	经营药品是否使用医保药品标识			书面或现场查看	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
8	与医保有关的信息系统相关材料			现场查看、系统验收	详见系统评估报告

9	其他医疗保障部门相关文件规定的材料		是口 否口
存在问题反馈 (现场评估填写)			
	零售药店负责人签名: _____ 年 月 日		
零售药店意见			
<p>以上核查结果情况属实。</p> <p>零售药店负责人签名（盖章）: _____ 年 月 日</p>			
评估小组签名确认			
<p>评估小组成员签名: _____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>			
<p>备注: 1. 符合的勾选“是”, 不符合的勾选“否”, 并将不符合情况在存在问题反馈一栏汇总填写; 2. 必须评估项目如有一项为“否”, 则评估不合格; 4. 评估表如有涂改, 须在涂改处由零售药店负责人及现场检查人员共同签字确认。</p>			

附件 11

关于 XX 药店申请定点零售药店的批复

*****（零售药店名称）：

根据贵单位提交的基本医疗保险定点协议申请，现批复贵单位为梅州市基本医疗保险定点协议机构。协议起始时间为：****年**月**日。协议签约机构为：*****。

*****（医保经办机构名称）

（公章）

****年**月**日

附件12

梅州市新增定点零售药店评估不合格告知书

告知书编号	(受理号)
机构名称	
办理事项	零售药店申请定点协议管理
评估结果	不合格
不合格理由	经评估，不符合《广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第 条第 款的有关规定。
整改建议	1. 2. 3.
查询方式	电话：
备注	1. 本告知书一式两份，一份送达申请机构，一份由经办机构留存； 2. 申请单位如有疑问，可以联系医保部门进行查询； 3. 自初次评估结果送达起，整改3个月后可以再次申请评估；再次评估仍不合格的，1年内不得再次申请。

签收人：

联系电话：

签收日期：

经办机构(盖章)

联系电话：

经办日期：

附件13

梅州市定点零售药店信息变更申请表

药店名称				所在区县	
地址				邮政编码	
法定代表人		身份证号		联系电话	
企业负责人		身份证号		联系电话	
注册类型		经营方式		统一社会信用代码	
药品经营许可证号		许可证有效期		经营非医疗用品	
经营范围				医保药品标识	
人员构成	类别	总人数		专职	兼职
人员构成	药师				
	营业员				
	合计				
申请信息 变更内容	变更项目	原信息		变更后信息	
申请承诺	<p>本店自愿按照政策规定及相关要求，提交有关资料，申请梅州市医疗保障定点零售药店信息变更，并郑重承诺：</p> <p>本店不存在《零售药店医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法》等法律、法规、规章及上级文件有关规定的不予受理定点变更申请的情形，且所提交资料全部真实有效，如有虚假成分，愿意承担一切相应的法律责任。</p> <p style="text-align: center;">法定代表人（签名）：</p> <p style="text-align: center;">企业负责人（签名）：</p> <p style="text-align: center;">实际控制人（签名）：</p> <p style="text-align: right;">（申请单位盖章） 年 月 日</p>				

附件14

梅州市定点零售药店协议状态变更申请表

药店名称				所在区县	
地址				邮政编码	
法定代表人		身份证号		联系电话	
企业负责人		身份证号		联系电话	
注册类型		经营方式		统一社会信用代码	
药品经营许可证号		许可证有效期		经营非医疗用品	
经营范围				医保药品标识	
人员构成	类别	总人数		专职	兼职
人员构成	药师				
	营业员				
	合计				
申请事项	中止医保协议 <input type="checkbox"/> 解除医保协议 <input type="checkbox"/> 不再续签医保协议 <input type="checkbox"/>				
申请承诺	<p>本店自愿按照政策规定及相关要求，提交有关资料，申请梅州市医疗保障定点零售药店协议解除，暂停时间自 始，并郑重承诺：</p> <p>本店不存在违反《零售药店医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法》等法律、法规、规章及上级文件有关规定的情形，且所提交资料全部真实有效，如有虚假成分，愿意承担一切相应的法律责任。</p> <p style="text-align: center;">法定代表人（签名）：</p> <p style="text-align: center;">企业负责人（签名）：</p> <p style="text-align: center;">实际控制人（签名）：</p> <p style="text-align: right;">（申请单位盖章） 年 月 日</p>				

