452036040W01

医保定点零售药店基础信息变更

服务指南

XXXX年X月X日发布 XXXX年X月X日实施

XXXX（发布单位全称） 发 布

1. 事项编码

452036040W01

1. 适用范围

取得医疗保障定点资格、签订医疗保障定点服务协议的零售药店。

1. 事项类别

公共服务

1. 设立依据

1.《中华人民共和国社会保险法》（主席令第35号）；

2.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第3号）第三十七条；

3.《广西壮族自治区医疗保障局关于印发广西零售药店医疗保障定点管理暂行办法的通知》（桂医保发〔2022〕2号）第三十七条。

1. 受理机构

各级医保经办机构

1. 决定机构

各级医保经办机构

1. 办理条件
2. 准予批准的条件：

1.定点零售药店登记事项发生变更；

2.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、银行账户和药品经营范围等信息发生变更。

1. 不予批准的情形：

上述情况以外

1. 其他需要说明的情形：

无审批数量限制

1. 申办材料

（一）申请人把下列申请资料（文件、物品）送交办理窗口：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 提交材料名称 | 原件/复印件 | 份数 | 纸质/电子版 | 特定要求 |
| 1 | 《广西医保定点零售药店基础信息变更表》 | 原件 | 1 | 纸质 | 需加盖零售药店公章 |
| 2 | 药品经营许可证副本 | 复印件 | 1 | 纸质 | 需加盖零售药店公章 |
| 3 | 营业执照 | 复印件 | 1 | 纸质 | 需加盖零售药店公章 |
| 4 | 服务场所房产证（或租赁合同等） | 复印件 | 1 | 纸质 | 需加盖零售药店公章 |

（二）网上申报：上传以上材料的原件图片或pdf文件。

1. 办理方式
2. 窗口受理：直接到各级医保经办窗口提交申请材料。
3. 网上申报：进入广西数字政务一体化平台（http://zwfw.gxzf.gov.cn/）或广西医疗保障网上服务大厅（https://ybwt.ybj.gxzf.gov.cn/）进行网上申报。
4. 办理流程
5. 流程图

|  |
| --- |
| 申请  （即时） |
|  |
| 受理  （即时） |
|  |
| 审核  （即时） |
|  |
| 结果反馈  （即时） |

1. 办理程序

1.申请

申请人提出申请并提交办理材料。

2.受理

医保经办机构对申请事项符合受理条件的，应当场予以受理并出具受理回执。

3.审核

医保经办机构审核材料齐全、合法合规性在医保信息平台进行信息变更备案。

4.结果反馈

申请人在窗口领取或自助一体机打印或邮寄反馈表。申请人登录“国家医保信息业务编码标准数据库动态维护平台”上传已备案信息。

1. 办理时限
2. 法定时限

20个工作日

1. 承诺时限

即时办结

1. 收费依据及标准
2. 收费项目

无

1. 收费依据

无

（三）收费标准

无

1. 结果送达

窗口自取；自助一体机自取或邮寄或短信送达。

1. 咨询方式
2. 现场咨询

各级医保经办机构服务窗口

1. 电话咨询

12345

1. 网上咨询

各级医保部门官方网站

1. 监督投诉渠道
2. 现场监督投诉

各级医保经办机构服务窗口

1. 电话监督投诉

各级医保部门监督投诉电话

1. 网上监督投诉

各级医保部门官方网站

1. 办理地址和时间

地址：XX市XX区（市、县）XX路XX号XX服务大厅XX-XX号窗口

时间：周X至周X 上午XX：XX-XX:XX 下午XX：XX-XX:XX

1. 办理进程和结果查询
2. 办理进程查询方式

1.现场查询

各级医保经办机构服务窗口

2.电话查询

各级医保经办机构查询电话

3.网上查询

窗口办理的：微信扫描受理单二维码查询

网上办理的：通过原办理渠道查询

1. 结果公开查询方式

1.现场查询

各级医保经办机构服务窗口

2.电话查询

各级医保经办机构查询电话

3.网上查询

窗口办理的：微信扫描受理单二维码查询

网上办理的：通过原办理渠道查询

附件1

广西医保定点零售药店基础信息变更表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 定点零售药店名称 | | | (加盖公章） | | | |
| 医保编号 | |  | | 所属经办机构 |  | |
| 经办人 | |  | 联系电话 |  | 填报时间 |  |
| 变 更 内 容 | 变更项目 | | 变更前信息 | | 变更后信息 | |
| 1.名称 | |  | |  | |
| 2.注册地址 | |  | |  | |
| 3.法定代表人 | | 姓名： | | 姓名： | |
| 联系电话： | | 联系电话： | |
| 4.企业负责人 | | 姓名： | | 姓名： | |
| 联系电话： | | 联系电话： | |
| 5.质量负责人 | | 姓名： | | 姓名： | |
| 联系电话： | | 联系电话： | |
| 5.银行账户 | | 银行户名：  开户支行名称：  银行账号： | | 银行户名：  开户支行名称：  银行账号： | |
| 6.药品经营许可证编号 | |  | |  | |
| 7.药品经营范围 | |  | |  | |

填表说明

本表可用钢笔、水性笔填写或打印，要求字迹工整清晰，内容真实。

请填写有变更事项，没有变更的项目请不要填写。

申请表需附以下资料：

1.《药品经营许可证》副本，复印件1份；

2.营业执照副本，复印件1份；

3.变更地址的附服务场所产权证明或租赁合同复印件。

广西医保定点零售药店基础信息变更表

（填写示范文本）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 定点零售药店名称 | | | XXXX药店 (加盖公章） | | | |
| 医保编号 | | PXXXXXXXXXXX | | 所属经办机构 | XXXX医疗保障事业管理中心 | |
| 经办人 | | XXX | 联系电话 | XXXXXXXXXXX | 填报时间 | XXXX年XX月XX日 |
| 变 更 内 容 | 变更项目 | | 变更前信息 | | 变更后信息 | |
| 1.名称 | | XXXX药店 | | XXXXXX药店 | |
| 2.注册地址 | |  | |  | |
| 3.法定代表人 | | 姓名：张三 | | 姓名：李四 | |
| 联系电话：XXXXXXXXXXX | | 联系电话：XXXXXXXXXXX | |
| 4.企业负责人 | | 姓名： | | 姓名： | |
| 联系电话： | | 联系电话： | |
| 5.质量负责人 | | 姓名： | | 姓名： | |
| 联系电话： | | 联系电话： | |
| 5.银行账户 | | 银行户名：  开户支行名称：  银行账号： | | 银行户名：  开户支行名称：  银行账号： | |
| 6.药品经营许可证编号 | |  | |  | |
| 7.药品经营范围 | |  | |  | |

填表说明

本表可用钢笔、水性笔填写或打印，要求字迹工整清晰，内容真实。

请填写有变更事项，没有变更的项目请不要填写。

申请表需附以下资料：

1.《药品经营许可证》副本，复印件1份；

2.营业执照副本，复印件1份；

3.变更地址的附服务场所产权证明或租赁合同复印件。

常见错误示例

1.《广西医保定点零售药店基础信息变更表》未加盖公章，未按要求填写。

2.申报材料不齐全或未加盖公章。

常见问题解答

1.问：一般多长时间可以办完信息变更手续？

答：承诺即时办结。

2.问：收费标准及依据是什么？

答：办理此事项不用收费。