附件1

**年度考核资料提供明细**

1.2020年度履行医保服务协议情况自查报告。

2.定点医药机构基本情况登记表（附件2）或定点零售药店基本情况登记表（附件3）。

3.公立医疗机构：《医疗机构执业许可证》（副本）、《事业单位法人证书》（副本）复印件；法定代表人与医保负责人身份证复印件。

4.非公立医疗机构：《医疗机构执业许可证》（副本）、《营业执照》（副本）、《民办非企业单位登记证书》复印件；法定代表人与医保负责人身份证复印件。

5.药店：《药品经营许可证》(副本)、《营业执照》(副本)、《药品经营质量管理规范认证证书》复印件；法定代表人与医保负责人身份证复印件；执业药师资格证书复印件。

附件2

**定点医疗机构基本情况登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构全称 |  | | | | | |
| 统一社会信用代码 |  | | 法定代表人 | |  | |
| 法人身份证号码 |  | | 法人联系电话 | |  | |
| 医保负责人 |  | | 联系电话 | |  | |
| 医疗机构性质 | □公立 □私立 | | 主办单位 | |  | |
| 医疗机构等级 | □三级 □二级 □一级 □无等级 | | | | | |
| 单位地址 |  | | | | | |
| 已有哪些统筹  地区定点 | □省级 □西宁市 □海东市 □海西州 □海南州 □海北州 □黄南州 □果洛州 □玉树州 | | | | | |
| 人员构成及  设置床位数 | 医生数 | 护士数 | | 医技人员数 | | 床位数 |
|  |  | |  | |  |
| 单位印章  法定代表人签字： 年 月 日 | | | | | | |

附件3

**定点零售药店基本情况登记表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 药店名称 |  | | |
| 统一社会信用代码 |  | 法定代表人 |  |
| 法人身份证号码 |  | 法人联系电话 |  |
| 医保负责人 |  | 联系电话 |  |
| 零售药店性质 | □连锁 □单体 | 营业面积 |  |
| 单位地址 |  | | |
| 已有哪些统筹  地区定点 | □省级 □西宁市 □海东市 □海西州 □海南州 □海北州 □黄南州 □果洛州 □玉树州 | | |
| 人员构成 | 执业药师 |  | |
| 营业人员数 |  | |
| 合 计 |  | |
| 单位印章  法定代表人签字： 年 月 日 | | | |