

三门峡市医疗保障定点零售药店服务协议

(2025 版)

甲方(医疗保障经办机构): _____

医疗保障经办机构代码: _____

法定代表人/主要负责人: _____

地址: _____

邮政编码: _____

联系电话: _____

乙方(医疗保障定点零售药店): _____

定点零售药店代码: _____

法定代表人/主要负责人: _____

地址: _____

邮政编码: _____

联系电话: _____

目 录

第一章	总则
第二章	药械服务
第三章	费用结算
第四章	药械价格与集采
第五章	信息管理
第六章	医保年度评价
第七章	违约责任
第八章	附则

为加强和规范医疗保障定点零售药店管理，提高医疗保障基金使用效率，根据《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国药品管理法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《社会保险经办条例》等法律法规，以及国家医疗保障局《基本医疗保险用药管理暂行办法》《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》等政策文件规定，甲乙双方在平等协商的基础上，自愿就医疗保障服务（以下简称“医保服务”）有关事宜签订如下医疗保障服务协议（以下简称“医保协议”），并承诺共同遵守。

第一章 总 则

第一条 甲方为医疗保障经办机构，代表职工基本医疗保险（含职工大额医疗费用补助）、城乡居民基本医疗保险（含城乡居民大病保险）等参保人员，医疗救助对象及离休干部医疗保障对象等（以下统称“参保人员”）向乙方购买适宜的医保服务。乙方为定点零售药店，为参保人员提供医保服务，适用本协议（含本统筹地区、跨统筹地区参保人员）。

第二条 甲乙双方应严格执行国家、省、统筹地区有关法律法规及政策规定，遵循依法、公平、协商原则按本协议约定履行职责、行使权利、承担义务，共同促进医疗保障基金合理高效使用，保障参保人员依法享受医疗保障待遇。

第三条 甲乙双方按医保协议约定履行职责、行使权利、承担义务。

第四条 乙方根据纳入医保定点类别不同，履行相应医保协

议内容，甲方对乙方实行分类管理。

定点零售药店承担医保服务分类如下：

- ☐ 职工医保个人账户刷卡结算
- ☐ 城乡居民医保个人账户刷卡结算
- ☐ 异地就医直接结算
- ☐ 跨省异地就医直接结算
- ☐ 职工医保门诊慢性病购药结算
- ☐ 职工医保门诊统筹购药结算
- ☐ 城乡居民医保门诊慢性病购药结算
- ☐ 集中带量采购药品购药结算
- ☐ “双通道”购药结算
- ☐ 离休干部医疗保障购药结算
- ☐ 线上购药结算

乙方根据承担医保服务在相应方框内划“√”。

第五条 甲方享有以下权利：

（一）掌握乙方的医保基金使用情况，从乙方获得医保费用审核结算、会计核算、医保年度评价、协议履行核查所需的信息数据等资料，以及药品和医疗器械（以下统称“药械”）等数量、价格及追溯码等数据资料；

（二）接入乙方药店信息系统（包括但不限于 MIS、进销存系统，下同）；

（三）通过远程获取或查询端口开放的形式，获取审核和监

管所需数据及支持数据的记录凭证并保护患者隐私,包括但不限于影像记录、扫码记录,以及银行卡、微信、支付宝及其他非现金方式收款记录等;

(四)对乙方定期、不定期开展协议履行核查;对乙方履行医保协议等情况进行医保年度评价;调查、处理乙方违约行为,发现乙方存在违反医保协议约定情形的,根据医保协议约定采取相应处理;

(五)向卫生健康、中医药、市场监管、药品监管、公安、财政、税务、金融监管、商务等部门以及社会公众,通报或公开乙方或乙方法定代表人、企业负责人、实际控制人,或乙方为参保人员提供使用医保基金结算的医药服务的主要负责人(即药品经营许可证上的主要负责人,下同)履行医保协议、医保支付资格管理记分、违法违规违约行为处理以及医保年度评价、信用评价等相关情况,并要求乙方以甲方认可的方式公开上述相关情况;

(六)通过多种方式获取与药械服务、药械费用有关的行政处罚信息;

(七)对乙方为参保人员提供使用医保基金结算的医药服务的主要负责人开展医保支付资格管理;

(八)要求乙方按期完成需要乙方配合的医保改革任务;

(九)法律法规和规章规定的其他权利。

第六条 甲方履行以下义务:

（一）向社会公布签订、中止、终止及解除医保协议的定点零售药店信息，包括名称、地址等；

（二）对乙方申报的费用进行审核；

（三）按医保协议约定及时足额向乙方拨付医保费用；

（四）向乙方提供医保信息平台数据集和接口标准；

（五）对乙方开展医保政策、管理制度、操作流程的宣传培训，为乙方提供医疗保障业务咨询、查询服务；

（六）在条件允许时，向乙方推送涉及药械和参保人员等医保支付相关的风险提示；

（七）及时将医保目录管理政策、要求及目录调整结果告知乙方，督促乙方按期实施；

（八）明确数据质量、审核结算、协议履行核查、考核评价、协商谈判等事项；

（九）与乙方建立费用支付、审核结算相关的协商机制，对乙方的意见建议及时予以接收、解答、解释说明；

（十）对作出的违约处理结果向乙方进行说明；

（十一）遵守个人信息保护和数据安全有关制度，保护乙方商业秘密及涉及乙方药械经营相关的数据信息；

（十二）法律法规规章规定的其他义务。

第七条 乙方享有以下权利：

（一）有权在约定时间内获得应由甲方支付的医保费用；

（二）对支付管理政策提出意见建议，对争议费用与甲方沟

通、申辩，或提请同级医疗保障行政部门协调处理；要求甲方对不予支付的费用进行解释说明；

（三）要求甲方对作出的违约处理结果进行解释说明，对甲方的核查及处理进行陈述、申辩；对处理结果仍有异议的，有权向医疗保障行政部门提请协调处理；

（四）对甲方履约情况进行监督，举报或投诉甲方及工作人员的违法违纪违规行为；

（五）甲方违反医保协议的，有权要求甲方纠正或者提请医保行政部门协调处理、督促整改，也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼；

（六）及时获知医保政策、费用结算流程等调整情况；

（七）要求甲方提供医保信息平台数据集和接口标准；

（八）法律法规规章规定的其他权利。

第八条 乙方履行以下义务：

（一）在显著位置悬挂统一样式的定点零售药店标识；

（二）根据甲方要求，展示甲方对乙方或乙方相关人员的考核结果；

（三）根据甲方提供的风险提示，共同防范欺诈骗保行为；

（四）执行符合医保协议管理要求的医保药械管理制度、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；

（五）落实医保目录管理相关要求，并主动接受监督；

（六）严格遵守医疗保障、卫生健康、中医药、市场监管、药品监管、公安、财政、税务、金融监管、商务等部门有关政策和管理要求；

（七）符合《中华人民共和国税收征收管理法》《中华人民共和国企业所得税法》《中华人民共和国个人所得税法》《人民币银行结算账户管理办法》《会计档案管理办法》等相关管理规定；

（八）受到卫生健康、中医药、市场监管、药品监管、公安、财政、税务、金融监管、商务等部门药械服务、药械费用有关的行政处罚的，在行政处罚决定书送达之日起按照与甲方约定的时限向医疗保障行政部门报送行政处罚相关信息；

（九）定期自查本机构医保基金使用情况，及时纠正不规范行为；

（十）在国家医保信息业务编码标准数据库动态维护平台按照医疗保障信息业务编码等标准和要求，及时对零售药店及药师的登记、备案、变更等相关信息进行动态维护；

（十一）参加由医疗保障行政部门或经办机构组织的宣传和培训，在本机构组织开展医疗保障相关制度、政策培训，为群众提供医保政策宣传、咨询服务；

（十二）配合甲方开展医保费用审核、协议履行核查、医保年度评价等工作；按甲方要求以实时联网或定期报送等形式提供医保费用审核结算、会计核算、医保年度评价、协议履行核查等医保协议管理所需信息，如实报送药械的采购价格和数量，并对其真实性以承诺书形式作出承诺（承诺书样本附后）；按照规定向

医疗保障行政部门报告医疗保障基金使用监督管理所需信息；

（十三）公示药械价格，明码标记药械价格；

（十四）公布医保投诉举报渠道，及时处理投诉举报问题，接受社会监督；

（十五）遵守数据安全有关制度，保护参保人员个人信息，保障医保数据安全；

（十六）按照医疗保障部门要求，配合推进各项医保改革任务；

（十七）执行实名购药和相关票据管理规定，核验参保人员医保凭证，如实向参保人员出具费用单据，为参保人员提供相关的咨询及社会保障卡信息查询、密码修改服务；

（十八）法律法规和规章规定的其他义务。

第二章 药械服务

第九条 甲方应为乙方实现参保人员直接结算医保费用提供必要的支持。

乙方应严格按照营业执照、药品经营许可证、医疗器械经营许可证中载明的经营范围等从事经营活动。

乙方应确保营业时间内注册地在乙方的执业药师或者依法经过资格认定的其他药学技术人员在岗，并提供 24 小时购药服务。

乙方应向参保人员提供医保相关的解释、咨询服务，以及参保人员在本机构药械费用和医保基金结算相关的查询服务或查

询渠道。

第十条 甲方应指导乙方做好基本医疗保险药品、医用耗材、医疗器械等目录(以下简称“医保目录”)的对应工作。

乙方应严格执行医保目录对支付范围、支付标准等的要求,乙方超出医保目录范围、药品法定适应症等的费用,甲方不予支付。

乙方应严格按照营业执照、药品经营许可证、医疗器械经营许可证(备案凭证)中载明的经营范围和方式从事经营活动。

乙方须配备至少一名取得执业药师资格证书或具有药学、临床药学、中药学专业技术资格证书的药师,执业药师注册地须在乙方,且劳动合同或劳务合同在效期内。

第十一条 乙方对参保人员提供医保服务时,应核对参保人员医疗保障凭证,做到人证相符。参保人员因特殊原因需要委托他人代为购买药械的,乙方应核验委托人和受托人有效身份凭证,并做好记录。对同一人同时为多人代为购买药械的,应在记录上注明理由,记录内容包含但不限于代购药械名称、数量以及代购人、被代购人身份证件号码、联系方式等信息。乙方应保留参保人员票据至少 2 年,以备甲方核查。

参保人员持医保码(医保电子凭证)、社保卡在乙方结算时,乙方应将符合个人账户支付范围的费用使用其个人账户支付。一次使用个人账户金额超过 500 元的,须登记参保人员姓名、身份证号码、联系方式及所购药械等信息备查。

乙方为门诊慢性病、特定药品（以下简称门诊慢特病）患者提供服务的，应核验参保人员门诊慢特病病种信息，并严格按照病种用药范围提供医保结算服务。

参保人员为医疗救助对象的，乙方应在结算时确认医疗救助对象身份信息。

第十二条 乙方应按药品经营质量管理规范要求，将药械与其他商品实行分区分类管理，明码标价，并对所售药械设立“医保支付”和“非医保支付”标识。

第十三条 乙方开通门诊统筹服务，且参保人发生的费用由统筹基金按规定支付的，乙方应核验参保人员提供的本统筹地区定点医疗机构开具的处方，乙方应通过医保信息系统核对处方医生须为在国家医保信息业务编码标准数据库进行信息维护并取得医保医师编码的医生。乙方须配备2名注册到店的执业药师，提供处方审核、调配和合理用药指导等医保服务，指导参保人员在购药结算单上签字确认；发现不合理购药情形需登记并向甲方报告。

第十四条 乙方被确定为“双通道”定点零售药店的，应按照“双通道”定点零售药店管理规定，有与所经营药品相适应确保质量的物流、仓储、配送、冷链等条件，设置有专门的“双通道”管理药品经营区域、显著标识及独立患教区域，配备谈判药品专职负责人和联络人，为使用谈判药品参保人员建立购取药档案，“一人一档”，“双通道”管理药品的注射制剂，须由乙方按

照冷链运输等要求配送至定点医疗机构调配使用。配备 2 名及以上专职执业药师(且有一名为执业中药药师),有专业药学服务人员对参保人员进行用药指导、回访等。

“双通道”定点零售药店须具备对所售药品实现电子追溯的技术和条件,做到所售药品全周期信息可追溯;配置 24 小时视频监控系統,具备完善的购药视频采集系統,能够对参保人员进行身份识别或确认,并具备实时上传能力,监控影像资料至少储存 2 年以上备查。“双通道”定点零售药店均需通过电子处方中心流转“双通道”药品处方,在电子处方中心下载本统筹地区定点医疗机构处方信息,购药、结算全流程线上留痕。

第十五条 参保人员凭本统筹地区定点医疗机构处方购买医保目录内处方药。参保人员须凭处方购药的,处方应符合处方管理相关规定,定点医疗机构开具的纸质处方须经本院医保医师签名并加盖外配处方专用章后有效,乙方应当由注册地在乙方的执业药师或者依法经过资格认定的其他药学技术人员,按照处方调配相关规定到处方的来源、真实性、合法性、规范性,以及用药信息、有效期、参保人员信息等进行审核,签字确认后调剂配发药品,发现问题的可拒绝调剂,并及时向统筹地区医保部门反映存疑外配处方线索;因调剂不当出现的药事责任由乙方承担。

乙方应当按规定存档电子处方备查;参保人员使用纸质处方的,乙方核验调剂后按规定留存处方,定期提交统筹地区医保部门核查,纸质处方保存期限不少于 2 年。处方时间晚于药品结算

时间的，视为无效处方。

第十六条 乙方应如实向参保人员出具费用单据，标明医保支付金额，规范开具发票。乙方不得将应当由医保基金支付的费用转嫁参保人员自费结算。乙方不得留存参保人员社会保障卡（以下简称“社保卡”）。

乙方不得串换药械，不得诱导、协助他人冒名或者虚假购买药械，不得组织、串通参保人员及第三方骗取医疗保障基金。

乙方不得以医保定点名义或者字样从事商业广告、促销活动等。

乙方不得为参保人员利用其享受医保待遇的机会转卖药械，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利。

第十七条 乙方应严格按照有关规定，对乙方经营的所有药械，在购进、销售（含线上线下）、库存所有环节，准确采集、核验、上传所有药械追溯码信息至医保信息平台（耗材、医疗器械无追溯码的除外，下同）。甲方有权接入乙方药店信息系统查询所有药械追溯原始信息。

第十八条 乙方应当按照药械法规要求建立药械购进、销售、库存等管理制度。乙方应全流程记录乙方经营的所有药械的购进、销售、库存（以下简称“进销存”）。乙方进销存系统应有详细的药械销售信息，包括流水号、姓名、销售明细、金额、准确时间、收款方式等。甲方有权接入乙方药店信息系统查询上述原始信息。乙方应按统筹地区规定时限保管凭证、票据、出入库记录等药械进销存原始材料。

乙方应建立进销存电子台账，相关信息数据应与实际情况一致，并实现相关信息数据可追溯。台账记录包括但不限于通用名称、医保信息业务编码、药械追溯码、剂型(型号)、规格、生产厂商(中药材标明产地)、供货单位、有效期、批准文号、购(销)数量、购(销)价格、批号、生产日期、购进日期等信息。乙方应及时、准确上传进销存台账记录，且应与本协议要求台账记录内容包括的信息项目一致。

第十九条 乙方提供异地购买药械直接结算服务的，应做好政策宣传并严格执行相关规定，为异地参保人员提供与本统筹地区参保人员一致的服务。

第二十条 乙方应按照医疗保障相关规定和经办流程为参保人员使用医保码（医保电子凭证）、社保卡结算药械费用。乙方不得使用参保人员职工基本医疗保险个人账户结算本统筹区规定的个人账户资金支付范围外的费用（包括但不限于化妆品、日用品、主副食品“X食健字”类、“X卫健字”类、“X妆X字”类商品、婴幼儿配方乳粉等）。

第三章 费用结算

第二十一条 甲方与乙方建立沟通协商机制，就服务内容、付费方式、结算标准等相关事宜进行沟通协商。

第二十二条 参保人员费用中应当由医保基金支付的部分，由甲方与乙方按规定进行结算；属于参保人员个人承担的费用，由参保人员直接与乙方结算。

第二十三条 为确保乙方严格履行医保协议，提高服务质量，维护医保基金安全，经甲乙双方商定，甲方预留拨付乙方费用的5%，作为当年度医保服务质量保证金。甲方应按约定时间及时清算质量保证金。

甲方根据对乙方日常管理、年度评价结果返还质保金，评价办法、评分标准及结果应用按照相关规定执行。

第二十四条 乙方应加强内部管理，建立医保费用内部审核制度，开展内部自查及内部医保费用审核，定期对本机构发生的医保费用进行分析。

第二十五条 乙方应如实提供费用结算单据和相关资料，并留存结算清单、票据等相关资料备查，确保申请结算的材料完整、真实。

乙方不得将处于中止医保协议期间的零售药店或非定点零售药店费用纳入申请医保结算范围。

乙方开通门诊统筹及门诊慢特病、“双通道”药品购药等服务的，不得将未开通相应服务的零售药店费用纳入申请医保结算范围。

第二十六条 甲方对乙方申报的费用应建立规范的初审、复审两级审核机制。通过医保信息系统实现对乙方申报的费用进行100%全覆盖初审，初审发现的疑似违规费用应当通过现场核查等方式核实。对初审通过的费用采取随机抽查方式进行复审。不符合规定的，应当及时告知乙方，乙方应当在规定时间内向甲方作

出书面说明，逾期不说明或无正当理由的，甲方可不予支付相关费用。

甲方定期开展定点医疗机构与定点零售药店之间外配处方“对账”工作，对外配处方量多、金额较大或数据异常波动的重点检查，涉及乙方费用的，乙方应积极配合。

甲乙双方对费用审核结果存在争议的，可提请同级医疗保障行政部门协调处理。

第二十七条 甲方应按照统筹地区医保支付政策与乙方结算医保费用。乙方应于每月 5 日前(遇节假日顺延)，将参保人员上月发生的费用通过河南省医疗保障信息平台进行对账并发起费用结算申请。甲方原则上应当在乙方申报医保费用后 30 个工作日内拨付符合规定的医保费用。甲方待乙方申报成功之日起开始确认应拨付费用，乙方待申报成功之日起开始确认应收费用。乙方应在收到拨付基金后在河南省医疗保障信息平台进行收款确认。甲方超出约定时限不予拨付的，乙方可提请同级医疗保障行政部门协调处理。

第二十八条 乙方应提供一个按中国人民银行规定开立的基本存款账户，用于办理医保基金收付。乙方不得以现金支付方式结算药械购置款。甲方以银行转账的方式向乙方拨付医保费用。

第二十九条 甲方建立并完善基金收付对账机制，与乙方定期核对账目，并与乙方开展年终清算。

双方完成费用清算后甲方不予支付的费用，乙方不得作为医

保欠费处理。

第三十条 经核实后属于违规费用的，甲方不予支付；已经支付给乙方的，乙方应按要求及时退回。

甲方不予支付的费用、乙方按医保协议约定被扣除的质量保证金及其支付的违约金等，乙方不得作为医保欠费处理。

第三十一条 乙方应按照《中华人民共和国会计法》等有关要求进行会计核算。乙方使用会计软件等会计信息系统进行会计核算的，应当能够确保甲方现场核查时，准确完整有效读取或解析电子会计数据。

乙方为总公司统一管理财务的连锁零售药店的，应设立门店财务会计账目和信息获取权限，能够为甲方在门店核查财务会计账目和进销存情况提供条件。

第三十二条 乙方应当按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、费用明细等原始资料。乙方应保存全部经营数据供医疗保障部门查验。

乙方会计账目、会计凭证以及相关会计材料保存年限应符合《会计档案管理办法》相关规定，应确保会计核算资料的真实性、完整性，以备医疗保障部门查验。

乙方应将参保人员医保目录内药品外配处方、药械费用清单及相关票据等医疗保障结算资料(以下简称“结算资料”)保存2年，且保存年限应符合《处方管理办法》等相关规定，以备医疗保障部门查验。结算资料应当真实、准确、完整、清晰，且与实

际情况相符。

乙方应按年度对结算资料进行立卷归档，相关结算资料须加盖乙方公章。乙方应严格执行有关票据管理办法，票据或相关财务凭证丢失、损毁的，应当在规定时限内向甲方备案。

第四章 药械价格与集采

第三十三条 乙方应当按照公平、合理、诚实信用和质价相符的原则制定药械价格，自觉遵守药械价格相关的各项法律法规和政策规定，配合履行各项价格义务。协议期内谈判药品，乙方销售价格按照不高于国家和省统一制定的医保支付标准执行。

第三十四条 乙方向参保人员提供药械时，应当主动关注本地区其他实体药店、网络药店价格，不得明显高于本地区定点零售药店相对集中的价格区间，不得对医保参保人员实行不公平、歧视性价格，不得以高于非医保患者的价格销售。

第三十五条 乙方应当主动关注所经营的全部医保药品与医药集中采购平台挂网价格的价格差距，主动调整不合理的药品价格，持续将量价比较指数（指定点药店所有医保药品价格与平台挂网价格的比较值根据销售量加权计算所得的平均值）保持在合理范围。

乙方应按要求配合做好价格监测相关工作，按照规定及时完成核查、处置、报送工作。

第三十六条 乙方被确定为集中带量采购药品销售定点药店的，还应执行《关于将部分零售连锁纳入我省药品集中带量采

购范围（试点）的通知》要求。

第三十七条 乙方应明码标识、如实公开公示所提供的药械的价格，自觉接受社会监督和行政监管。

第五章 医保信息系统

第三十八条 甲方应向乙方提供医保信息平台接口标准。乙方应严格按照接口标准在约定时间内做好本机构信息系统与医保信息平台的对接及更新。乙方自主选择与医保对接的有关信息系统的运行和维护供应商，相关费用由乙方承担，甲方不得以任何名义收取任何费用及指定供应商。

甲方有权要求乙方提供本机构信息系统接口标准并获得接入乙方信息系统的权限。

第三十九条 乙方应按照国家统一要求，做好国家医保信息业务编码标准数据库的应用和动态更新维护工作。

乙方应在本机构信息系统中应用国家医保信息业务编码及数据库信息，并及时在国家医保信息业务编码标准数据库按规定时限填报并维护乙方的基本信息、乙方执业药师(含执业药师注册证编号)或者依法经过资格认定的其他药学技术人员等信息。因乙方信息维护不及时、对应不正确，导致相关费用未能纳入医保基金支付的，由乙方自行承担。

第四十条 乙方应配合医疗保障部门依托全国统一的医保信息平台，推进医保电子处方中心落地应用，按甲方要求提供进销存系统、追溯码系统对接接口；乙方应配合做好电子处方流转、

进销存、追溯码等电子管理系统与医保信息平台的对接。

甲方医保结算系统、医保智能监控系统延伸至乙方进销存、追溯码管理系统的，乙方应当予以配合。

第四十一条 乙方应按照甲方要求配置必备的医保身份识别设备、医保综合服务终端设备，支持参保人员使用医保码（医保电子凭证）、社保卡等。乙方应在显著位置张贴、摆放医保码宣传物料，引导参保人员使用医保码进行结算，确保本单位医保码结算率不低于80%。乙方应加强对医保身份识别设备管理，不得转借或赠与他人，因乙方管理使用不当造成的损失由乙方自行承担。

乙方配置的医保业务综合服务终端应符合医疗保障部门相关技术规范和管理要求，且应接入国家医疗保障信息平台终端管理子系统。

甲方对使用视频监控、人脸识别、实名制监管等系统有要求的，乙方应予以配合。视频监控内容保存时限须达到统筹地区规定的时限要求。视频监控系统无法正常使用的，乙方应在甲方规定时限内向甲方备案。

乙方新增医保身份识别设备的，应向甲方备案。解除或终止医保协议后，乙方应妥善处置医保身份识别设备。

第四十二条 甲方应为乙方对接国家医疗保障信息平台智能监管子系统提供支持，对药械服务行为实时提醒，帮助乙方减少违法违规行为的发生。

第四十三条 乙方应按规定及时向医保信息平台传送参保人员医保审核结算、医保基金监管所需信息、数据，对其真实性负责。特殊情况不能及时传输的，应在故障排除后 24 小时内上传。因未及时上传信息造成数据丢失产生的相关费用，甲方不予支付。

第四十四条 乙方应确保对接医保信息平台的网络、设备与互联网物理隔离，与其他外部网络联网时采用有效的安全及隔离措施，医保信息数据同步存储备份。因系统升级、硬件损坏等原因重新安装本地系统时，应向甲方备案，经甲方重新验收后方可与医保信息平台对接。乙方不得在注册地址外的地点接入医保信息平台。

第四十五条 甲乙双方应当制定应急预案，一方信息系统出现故障并影响参保人员医保结算的，应及时通知对方启动应急预案。

第四十六条 甲乙双方应当严格遵守国家、省级信息系统安全管理的相关规定，建立信息安全体系，采取有效措施保护参保人员信息。乙方应按甲方要求做好医保信息化标准化其他相关工作。

第六章 医保年度评价

第四十七条 甲方应建立并完善医保协议履行核查制度。甲方或其委托的符合规定的第三方机构，依法依规以定期、不定期形式对乙方履行医保协议情况进行核查。甲方或其委托的符合规

定的第三方实施核查时,应确保核查人员不少于2人,并主动表明身份,出示工作证件或检查告知通知书。核查工作不得妨碍乙方正常经营秩序。甲方不得将核查中获取、获悉的乙方相关资料或者信息用于其他用途。

乙方应当积极配合核查,按要求提供相关资料(含电子数据),确保提供的资料真实、准确、完整,不得拒绝、阻碍核查或者谎报、瞒报。核查完毕后,甲方应及时将核查结果以书面形式反馈乙方。乙方在保留申诉权利的前提下,须对核查结果当场签字确认并加盖公章。拒绝签字或盖章的,核查人员应在核查结果上注明。

甲方对乙方提供的异地就医直接结算服务与本地服务一并纳入核查。其他统筹地区医保部门委托甲方对乙方实行核查的,乙方应予以配合。

第四十八条 甲方或其委托的符合规定的第三方机构按照医保年度评价办法,对乙方开展医保年度评价,并以适当形式反馈考核结果,医保年度评价结果与质量保证金返还、医保协议续签等挂钩。

第四十九条 甲方可视情况通过公开途径将医保年度评价、医保支付资格管理记分、医保基金监督检查和行政处罚结果向社会予以公示,有权要求乙方将相关结果在乙方服务场所予以公告。

第五十条 甲方可对乙方信息管理相关情况进行核查。可采取在线监控、大数据分析等方式对乙方提供的药械服务全过程进

行核查。

甲方对参保人员年底统筹基金支付金额达到本人年度支付限额一定比例等突击购药、冲顶年度支付限额行为开展相关核查的，乙方应予以配合。

第五十一条 甲方发现乙方涉嫌违反医保协议约定，可能对医保基金安全、就医人员权益造成重大风险的，有权要求乙方配合核查。核查期间，甲方有权暂停拨付乙方医保费用(含已结算但尚未支付的费用)、中止医保协议(中止时间原则上不得超过180日，下同)。

第五十二条 在已支付的医保费用中，乙方存在虚假申报或者申报费用不符合医保基金支付规定的，乙方应予以退回。涉及违法违规的，按相关规定处理。

第五十三条 甲乙双方均应履行医保协议约定，监督对方执行有关法律法规政策和履约情况。甲乙双方就协议履行发生争议的，可通过协商解决；乙方认为甲方违反协议的，有权要求纠正或者提请医疗保障行政部门协调处理，也可以申请行政复议或者提起行政诉讼。

乙方未按照医保协议约定履行义务，经甲方催告后不履行，甲方可以作出要求其履行医保协议的书面决定。乙方收到书面决定后在法定期限内未申请行政复议或者提起行政诉讼，且仍不履行，医保协议内容具有可执行性的，甲方可以向人民法院申请强制执行。

第五十四条 乙方受到医疗保障、药品监管、市场监督管理等部门行政处罚的，应在行政处罚决定书送达之日起 30 个工作日内向甲方报送行政处罚相关信息。

第七章 违约责任

第五十五条 甲方有下列情形之一的，乙方可要求甲方纠正或提请医疗保障行政部门协调处理、督促整改：

（一）未按医保协议约定及时向乙方拨付符合规定的医保费用的；

（二）未向乙方提供医保信息平台数据集和接口标准的；向乙方指定与医保对接的有关信息系统的运行和维护供应商的，或向乙方收取任何费用的；

（三）未对乙方提供必要的医保政策、管理制度、支付政策、操作流程的宣传培训，以及医疗保障咨询、查询服务的；

（四）未对作出的违约处理结果向乙方进行解释说明的；

（五）未对乙方的意见建议及时接收、解答、解释说明的；

（六）未遵守个人信息保护和数据安全有关制度，未保护乙方商业秘密及涉及乙方药械经营相关的数据信息，导致信息泄露的；

（七）工作人员违反工作纪律规定，对乙方造成影响的；

（八）其他违反法律法规和规章及医保协议约定的情形。

第五十六条 经查实，乙方有下列情形之一的，甲方有权约谈乙方法定代表人、主要负责人或实际控制人，督促其限期整改：

（一）未建立医保管理、财务、统计信息和基金使用等内部管理制度，或制度不健全、管理混乱的；

（二）未按要求及时如实向甲方上传参保人员购买药械的品种、规格、价格等费用信息明细的；

（三）未执行处方外配相关规定的；乙方开通门诊统筹、“双通道”药品购药、门诊慢特病患者购药等服务，拒绝为享受相应待遇的参保人员结算医保费用的；

（四）未按规定配备专门机构或者人员负责医保基金使用管理工作的；

（五）未按规定向参保人员提供药械费用直接结算清单和相关资料的；未在票据上标明医保支付金额的；

（六）未向参保人员提供个人账户余额查询，密码修改服务的；

（七）未按要求配置医保费用结算设备，不支持参保人员使用医保码（医保电子凭证）、社保卡结算药械费用的；

（八）未如实报送药械的采购价格和数量的；未公开药械价格等信息的；

（九）不能为参保人员提供 24 小时服务的；

（十）将甲方不予支付的费用，乙方按医保协议约定扣除的质保金及其支付的违约金等，作为医保欠费处理的；

（十一）未公布投诉举报渠道，或未及时处理举报投诉或社会监督反映问题的；

(十二)乙方或乙方内部人员发表关于医保管理政策相关的不当言论，造成恶劣影响的；

(十三)将应当由医保基金支付的费用转嫁参保人员自费结算的；

(十四)无正当理由拒绝为符合条件的参保人员直接结算医保费用的；

(十五)医保药品量价比较指数高于本统筹地区年度量价比较指数监测值的；

(十六)对医保患者实行不公平、歧视性价格或其他违反价格法、价格政策的；

(十七)未将药械与其他商品实行分区分类管理，未对所售药品设立明确的医保用药标识的；

(十八)以医保定点名义或者字样从事商业广告、促销活动的；

(十九)其他未按医保协议约定落实管理措施，且未造成基金损失的。

第五十七条 经查实，乙方有下列情形之一的，或存在第五十七条情形，且造成较大社会影响的，甲方在约谈乙方法定代表人、主要负责人或实际控制人、督促其限期整改基础上，暂停医保费用拨付，整改到位的，甲方恢复乙方医保费用拨付，暂停拨付期间乙方发生的符合规定的医保费用甲方予以支付：

(一)未按照甲方提供的医保信息平台接口标准进行系统开

发和改造的;未按规定使用国家统一的医保信息业务编码的;未做好国家医保信息业务编码标准数据库的应用和动态维护工作的;因医保信息业务编码维护不及时、对应不正确,影响参保人员正常结算或造成结算错误的;

(二)对接医保信息平台的网络、设备未与互联网物理隔离,与其他外部网络联网时未采用有效的安全及隔离措施的;未遵守个人信息保护和数据安全有关制度,导致参保人员个人信息或医保数据泄露的。

(三)未按规定及时向医保信息平台传送参保人员医保审核结算所需信息、数据的;

(四)未按要求采集、核验、上传药械追溯码信息的;

(五)一次刷卡金额超过500元,未按医保协议约定登记的;

(六)营业期间内无药师在岗的;

(七)医保药品量价比较指数高于本统筹地区年度量价比较指数监测值,经约谈,拒绝整改或整改后仍不符合要求的;

(八)经核实,对医保患者实行不公平、歧视性价格或其他违反价格法、价格政策,经约谈,拒绝整改或整改明显不到位的;

(九)未开展药械进销存管理的,以及未留存相关凭证、票据的;

(十)未按规定配合使用视频监管等系统,且未造成相关违法违规违约事实无法查清的;

(十一)未规范财务管理,未规范票据的领购、使用、保管

及核销等，且未造成相关违法违规违约事实无法查清的；

（十二）未按照相关档案管理规定管理、保存相关结算资料（含信息系统资料），且未造成相关违法违规违约事实无法查清的；

（十三）被约谈但未在限期内完成整改的；

（十四）存在其他对基金拨付造成影响，乙方应予以整改，但整改不到位的情形。

第五十八条 经查实，乙方有下列情形之一的，或有第五十七、第五十八条情形造成医保基金较大损失，或社会影响较大的，甲方可约谈乙方法定代表人、主要负责人或实际控制人，督促其限期整改，发生的违规费用不予支付、已支付的予以追回；可要求乙方支付违约金（违约金原则上不得超过乙方违规费用的30%，下同）：

（一）使用医保基金刷卡销售食品、日用品、化妆品等生活用品或“国食健字”“卫食健字”保健品等的；

（二）将不属于保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算的；将超出医保目录范围、药品法定适应症的费用纳入医保统筹基金结算范围的；

（三）违反医疗保障行政部门药械价格政策，将不属于医疗保障基金支付范围的药械费用纳入医保基金结算的；

（四）执业药师配备与相关规定不符或存在使用无执业资质人员销售处方药并将相关费用纳入医保基金支付的；

（五）上传参保人员的结算信息或提供的医保票据、结算清单、处方等与实际发生不一致的；

（六）因乙方操作失误，致参保人员个人账户损失的；

（七）未有效核验参保人员医疗保障凭证，造成冒名购买药械的；

（八）诱导参保人员集中使用门诊统筹购药或违反门诊统筹相关规定，未凭本统筹地区定点医疗机构处方销售药品，将费用纳入门诊统筹结算的；

（九）未执行本统筹区门诊统筹、“双通道”药品、门诊慢特病医疗保障相关规定，造成医疗保障基金损失的；

（十）未按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、费用明细、视频监控影像资料、药品和医疗器械出入库记录等资料，造成无法核实费用发生及结算真实情况的；

（十一）违反处方管理规定且相关费用纳入医疗保障基金结算的；处方时间晚于费用结算时间的；

（十二）造成医保基金损失的其他违法行为。

第五十九条 经查实，乙方发生下列情形之一的，或存在第五十七条、第五十八条、第五十九条情形，且造成医保基金较大损失或社会影响较大的，或有第五十七条、第五十八条、第五十九条情形以骗取医疗保障基金支出为目的，给予中止医保协议处理（中止时间不超过180日，下同），并向社会公布中止医保协议情况，可要求乙方支付违约金（违约金原则上不得超过乙方违规

费用的 30%):

(一) 中止医保协议小于(含)2个月的情形:

1. 未遵守国家、省及统筹地区药品采购、使用管理规定的;
2. 因乙方原因超过6个月未通过医疗保障信息平台对账并发起清算申请的;
3. 未按购销合同约定结算货款未超过3个月的;
4. 医保药品量价比较指数高于本统筹地区年度量价比较指数监测值, 暂停拨付医保费用后仍拒绝整改或整改后仍不符合要求的;

(二) 中止医保协议2-4个月(含4个月)的情形:

1. 未建立药品、医用耗材的“进销存”电子台账或不能提供完整、准确的药品“进销存”数据的;
2. 不能做到账账相符、账物相符, 医保药械对照管理混乱的;
3. 集中带量采购药品定点零售药店高于承诺的加价率销售集中带量采购中选药品的;
4. “双通道”定点零售药店谈判药品高于谈判价格销售的;
5. 门诊统筹定点零售药店药品价格变动频繁、变动幅度较大, 同类品种销售价格明显高于其他零售药店的;
6. 参保人员持伪造处方购药, 乙方仍予受理的;
7. 收费印章与零售药店名称不相符的;
8. 未经甲方允许, 随意修改服务器和网络配置或擅自修改收费系统中关于医疗保障相关数据, 或医疗保障结算数据与实际不

符的。

（三）中止医保协议 4-6 个月（含 6 个月）的情形：

1. 不配合费用审核、医保协议管理核查、年度评价的；
2. 规定时限内无法提供，核查违法违规违约行为相关材料，且造成违法违规违约事实无法查清的；
3. 视频监控保存未达到规定时限要求，且造成违法违规违约事实无法查清的；
4. 虚假上传、串换上传药械追溯码信息的；
5. 协助倒卖医保基金支付的药品、销售医保基金支付的回流药的；
6. 利用参保人员享受医疗保障待遇转卖药品，接受返还现金、实物或者为获得其他非法利益提供便利的；
7. 诱导、协助他人冒名或者虚假购买药械，提供虚假证明材料，或者串通他人虚开费用单据的；
8. 在处方等资料中伪造、变造、冒用执业药师或依法经过资格认定的其他药学技术人员签名骗取医保基金的；
9. 医保协议有效期内，累计 2 次及以上发生同一种一般违约行为或较重违约行为的；
10. 未按规定向医疗保障部门提供有关数据或提供数据不真实的；
11. 根据日常检查和年度评价，发现对医保基金安全和参保人员权益可能造成重大风险的；

12. 为参保人员套取个人账户或统筹基金的；
13. 执业药师“挂证”的；
14. 超出药械经营许可证范围或者备案证等规定范围开展药械服务的，并纳入医疗保障基金结算的；
15. 医疗保障行政部门或其他有关部门在行政执法中，发现乙方存在骗取医保基金行为的；
16. 将票据转让或转借给其他单位和人员使用，提供不实资料、传输虚假数据，造成医保基金损失的。

（四）其他：

1. 根据医保协议约定应当中止医保协议的；
2. 法律法规规定的应当中止医保协议的其他情形。

第六十条 经查实，乙方发生下列情形之一的，或存在第五十六条、第五十七条、第五十八条、第五十九条情形，且性质恶劣，造成医保基金重大损失的，或社会影响严重的，给予乙方解除医保协议处理（可视情况执行到相关责任人员或者所在部门涉及医保基金使用的医疗服务），发生的医保费用不予支付、已支付的予以追回，可要求支付违约金（违约金原则上不得超过违规费用的 30%），并向社会公布解除医保协议情况：

- （一）医保协议有效期内累计 2 次及以上被中止医保协议，被中止医保协议期内未按要求整改或整改不到位的；
- （二）发生重大药品质量安全事件的；
- （三）以弄虚作假等不正当手段申请取得定点资格的；

（四）为非定点零售药店、中止医保协议期间的定点零售药店或其他机构进行医保费用结算的；暂停结算医保费用后仍拒绝整改或整改后仍不符合要求的；

（五）拒绝、阻挠或不配合医疗保障部门开展智能审核、年度评价、监督检查等，情节恶劣的；

（六）重大信息发生变更但未按规定办理变更的；

（七）乙方停业或歇业后未按规定向甲方报告的；

（八）以“变更法定代表人/负责人”为名，转让、买卖医保协议签订资格的；

（九）医疗保障行政部门或有关执法机构在行政执法中，发现定点零售药店存在重大违法违规行为造成医疗保障基金重大损失的；

（十）药品经营许可证或营业执照被吊销、注销、过效期的；

（十一）法定代表人、企业负责人或实际控制人不能履行医保协议约定，或有违法失信行为的；

（十二）违法违规被曝光，造成恶劣社会影响的；

（十三）不能按医保协议约定为参保人员提供基本医保服务的，一年内无医保费用发生的；

（十四）以伪造、变造医保药械进销存票据和账目、伪造处方或参保人员费用清单等方式，骗取医疗保障基金的；

（十五）将非医保药品或其他商品串换成医保药品，倒卖医保药品或套取医疗保障基金的；协助倒卖医保基金支付的药品、

销售医保基金支付的回流药的；

(十六) 要求提供或恢复视频监控，在统筹地区规定的时限内无法提供或恢复，且造成违法违规违约事实无法查清的；

(十七) 将医保结算设备转借或赠与他人，改变使用场地的；

(十八) 未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的；

(十九) 从非法渠道购进药械进行医保销售存在药械经营质量管理不规范或未达标安全问题的；

(二十) 根据医保协议约定应当解除协议的；

(二十一) 法律法规规章规定的应当解除医保协议的其他情形。

第六十一条 审计、公安、检察院、法院、纪检、卫生健康、中医药、市场监管、药品监管、财政、税务、金融监管、商务等部门发现乙方涉嫌存在重大违法违规行为、影响医保基金安全等情形，向甲方通报后，甲方可对乙方采取暂停医保费用结算等措施。待有关部门调查完结后，查实乙方存在违反协议约定情形的，甲方依据医保协议做出协议处理。

第六十二条 乙方违反相关法律法规或违反医保协议约定，依法应当给予行政处罚的，甲方应当移交违法行为发生地的医疗保障行政部门处理。乙方被追究行政、刑事责任的，不影响乙方按照协议约定承担违约责任。

第六十三条 定点零售药店连锁经营企业总部法定代表人、

企业负责人或实际控制人违法违规导致连锁零售药店其中一家分支零售药店被解除医保协议的，相同法定代表人、企业负责人或实际控制人的其他分支零售药店同时解除医保协议。

第六十四条 经查实，乙方及其工作人员存在骗取医疗保障基金等违法违规行为的，甲方可提请有关部门将乙方和相关人员纳入医保领域失信名单，并按相关规定进行处理。

第六十五条 甲方对违法或违反服务协议的定点零售药店相关责任人员，根据行为性质和负有责任程度等，按照医保支付资格管理要求进行记分，当记分达到一定分值，暂停或终止相关责任人员医保支付资格和费用结算。

第六十六条 乙方被所在地的地市级及以上的统筹区医保经办机构中止或解除医保协议的，乙方与其他统筹地区的医保协议也同时中止或解除。

第六十七条 甲方或乙方及工作人员违法泄露参保人员个人信息的，或甲方泄露乙方商业秘密的，按有关法律法规处理。

第六十八条 乙方在停止医保服务期间(含中止、解除、终止医保协议等)，应在其营业场所显著位置进行公告，并向就医人员解释说明。乙方未公告或解释说明，导致就医人员医疗费用不能纳入医保基金支付范围的，相关责任和后果由乙方承担。

第六十九条 在甲方或其委托的第三方介入检查前，乙方自查发现并进行整改的违约行为(骗取医保基金行为除外)，甲方给予乙方约谈、退回违规费用，甲方可不再向乙方追究本协议约定

的其他违约责任。

第八章 附 则

第七十条 原则上由地市级及以上的统筹地区经办机构与医疗机构签订医保协议。

第七十一条 医保协议续签应由乙方于医保协议期满前 3 个月向甲方提出申请或由经办机构统一组织。甲方与乙方就医保协议续签事宜进行协商谈判，双方根据医保协议履行情况和年度评价情况等决定是否续签。协商一致的，可续签医保协议；未达成一致的，医保协议到期后自动终止。

第七十二条 医保协议履行期间，乙方的名称、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发生变更的，应自有关部门批准之日起 30 个工作日内向甲方提出变更申请，其他一般信息变更应及时书面告知。乙方变更地址或控股发生变化时，应停止医保刷卡，根据甲方现场评估结果决定是否继续履行医保协议。

乙方不得以“变更法定代表人/负责人”为名，转让、买卖医保协议签订资格。

乙方发生下列情形之一的，甲方不予受理其信息变更：

- （一）乙方因违法违规违约处于中止医保协议处理期间的；
- （二）乙方涉嫌违法违规违约处于核查期间的；
- （三）法律法规规定的其他情形。

第七十三条 医保协议履行期内，乙方因停业或歇业等原因

可在规定时限内向甲方提出中止医保协议申请，经甲方同意，可以中止医保协议，医保协议中止超过 180 日，乙方仍未提出继续履行医保协议申请的，原则上本协议自动终止。

乙方主动提出终止协议的，甲方应当对与乙方结算的医保费用开展复核（近期接受过核查除外）。

第七十四条 有下列情形之一的，医保协议终止：

本协议履行期间，乙方不再符合本统筹地区定点零售药店确定的基本条件和评估要求的；

（一）注销药品经营许可证或营业执照的；

（二）乙方主动提出且甲方同意的；

（三）超过本协议有效期，甲乙双方就续签医保协议未达成一致的，或乙方未按甲方要求续签医保协议的，医保协议到期后自动终止；

（四）因不可抗力致使医保协议不能履行的；

（五）法律法规和规章规定的其他情形。

乙方主动提出中止医保协议、解除医保协议或不再续签的，应提前 3 个月向甲方提出申请。

第七十五条 甲乙双方均应履行医保协议约定，监督对方执行有关法律法规规章及协议履行情况。甲乙双方就医保协议签订、履行、变更和解除发生争议的，可以自行协商解决或者请求同级医疗保障行政部门协调处理，也可以依法提起行政复议或行政诉讼。

第七十六条 双方中止、终止或解除医保协议的，乙方应对

参保人员做好善后解释工作。乙方终止或解除医保协议后，不得再悬挂定点零售药店标识。

第七十七条 甲、乙双方一致确认医保协议中记载的双方联系方式（包括但不限于：通讯地址、联系电话、电子邮箱、微信号等，下同）均真实有效。任何一方变更联系方式的，应提前 5 个工作日书面通知对方，否则原联系方式继续有效，因未通知导致的送达失败责任由变更方承担。

甲、乙双方一致确认医保协议中记载的双方联系方式为双方履行医保协议、解决医保争议及人民法院/仲裁机构送达法律文书时接收文件、通知及其他信息的有效送达方式。双方及人民法院/仲裁机构有权按照以下任一方式进行送达：

（一）直接送达，以对方签收之日视为送达日。

（二）邮寄送达：通过邮政 EMS 或挂号信寄送至协议记载地址的，自寄出之日起第 3 日（含寄出日）视为送达日。

（三）电子送达：短信/微信/电子邮件发送至协议记载的手机号/微信号/电子邮箱，以发送之日视为送达日。前述送达指相关信息进入服务商的服务器终端而不以相关信息实际在乙方终端显示为标准。

（四）电话通知：紧急事项可通过协议记载的电话号码通知，通话录音或通话记录可作为送达凭证。

（五）公告送达：若通过上述方式仍无法送达，可采用公告方式送达。公告方式包括：本协议约定的住所地或通讯地址张贴公告，或在全国范围具有传播力、影响力的报纸、信息网络等媒

体上刊登公告等。公告期限依照《中华人民共和国民事诉讼法》第九十五条规定执行,自发出公告之日起,经过三十日视为送达。

本条约定属于医保协议中独立存在的解决争议条款,医保协议无效、被撤销或者终止的,不影响本条款的效力。

第七十八条 医保协议执行期间,国家法律法规和政策发生调整的,从其规定。针对调整部分,甲乙双方可按照新规定对本协议进行修改和补充,其效力与本协议等同。

第七十九条 下列用语的含义为:

(一)超量开药:指超过规定剂量开药的行为。

(二)挂证:指执业药师的执业地点虽在定点零售药店,但因其他原因导致人、证分离,不能确保营业期间在岗,造成参保人员用药安全隐患的行为。

(三)串换药械:将不得使用医保基金刷卡销售食品、日用品、化妆品等生活用品或“国食健字”“卫食健字”保健品等,串换成药械进行结算。

(四)违规费用:指定点零售药店履约过程中的违法违规违约行为所涉及的费用中由医保基金支付的部分。

(五)中止医保协议:指医保经办机构与定点零售药店中止履行医保协议约定,中止期间发生的费用(含已结算但尚未支付的费用)不予结算。

(六)解除医保协议:指医保经办机构与定点零售药店之间的,医保协议关系不再存续。解除医保协议后产生的购药费用,

医保基金不再结算。

（七）冒名购买药械：指在定点零售药店购买药械时，冒用他人身份，并使用他人医保凭证进行医保结算，以此骗取医保待遇的行为。

第八十条 本协议未尽事宜，甲乙双方在遵循国家、省、统筹地区有关法律法规及政策规定前提下，可根据统筹地区实际、医保管理需要或医保政策变化及具体结算规定等，另行签订《补充医保服务协议》或以换文形式进行补充，《补充医保服务协议》需在河南省医疗保障行政部门及经办机构进行备案，其效力等同。本协议及《补充协议》均需向同级医疗保障行政部门备案。

第八十一条 本协议有效期自 年 月 日起至 年 月 日止。医保协议期满后，因甲方原因未签订新协议前，原医保协议继续有效。

第八十二条 本协议一式两份，甲乙双方各持一份，医保协议经甲乙双方法定代表人签字并加盖公章后生效。医保协议最终解释权归甲方所有。

甲方（公章）：

法定代表人/主要负责人（签章）：

人（签章）：

年 月 日

乙方（公章）：

法定代表人/主要负责人

年 月 日

承 诺 书

本机构声明：

本机构向（甲方全称）提供的（材料名称）均真实、合法、有效。如有不实之处，愿按照与（甲方全称）签订的《定点零售药店医疗保障服务协议》承担相应的违约责任。

特此声明！

单位盖章：

年 月 日