南通市定点零售药店医疗保障服务协议

（2025版）

（征求意见稿）

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：

地址：

邮政编码：

联系电话：

乙方（定点零售药店）：

定点零售药店代码：

法定代表人：

地址：

邮政编码：

联系电话：

年 月

为加强和规范医疗保障定点零售药店管理，提高医保基金使用效率，保障参保人员合法权益，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》《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《社会保险经办条例》《江苏省医疗保障条例》《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》《江苏省医疗保障局关于进一步加强定点医药机构协议管理工作的通知》等法律法规规章和有关规定，经甲乙双方协商一致，自愿就医疗保障服务有关事宜签订如下医保协议，并承诺共同遵守。

第一章 总则

第一条 甲乙双方应当严格执行国家、省以及本统筹地区有关法律法规规章及政策规定，按本协议约定履行职责、行使权利、承担义务，保障参保人员依法享受医疗保障待遇。

第二条 乙方为职工基本医疗保险（含职工大病保险）、城乡居民基本医疗保险（含城乡居民大病保险）、医疗救助以及医疗保障部门管理的其他医疗保险参保人员（以下统称“参保人员”）提供的医疗保障服务，适用本协议（含本统筹地区、跨统筹地区参保人员）。

协议履行过程中，因乙方经营范围发生变更、医疗保险诚信服务信用等级发生变动，或者其他导致乙方为参保人员提供的服务范围发生的变化的，按照变化后的范围为参保人员提供医疗保障服务。

第三条 乙方为参保人员提供的服务类别包括：

□职工医保个人账户资金使用、□门诊统筹购药结算、□门诊特殊疾病保障购药结算、□“双通道”管理的医保药品（以下简称“双通道”药品）购药结算、□异地购买药品、医用耗材、医疗器械等结算，其他： 。

第四条 甲方享有以下权利：

（一）按照法律法规规章政策及协议内容对乙方开展协议管理；

掌握乙方的运营管理和医保基金使用情况，从乙方获得医保费用审核结算、会计核算、医保绩效考核、协议履行核查所需的信息数据等资料，以及药品、医用耗材、医疗器械等（以下统称“药械”）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）聘请符合条件的会计师事务所等第三方机构和专业人员协助对乙方开展稽核检查；

（五）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绩效考核；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；

（六）按医疗保险诚信服务信用等级管理有关规定对乙方实行分级管理；

（七）向医疗保障行政部门、上级医保经办机构、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绩效考核、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；

（八）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；

（九）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；

（十）要求乙方按期完成需要乙方配合的医保改革任务；

（十一）法律法规和规章规定的其他权利。

第五条 甲方履行以下义务：

（一）贯彻医保政策规定，加强医保基金管理，维护参保人员合法权益；

（二）按时与乙方签订医保协议、规范服务行为、明确违约行为及其责任，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；

（三）制定完善经办规程，为乙方提供优质高效的医疗保障经办服务；

（四）对乙方申报的费用进行审核；

（五）按医保协议约定及时足额向乙方拨付符合规定的医保费用；

（六）向乙方提供医保信息平台与乙方相关的数据集和接口标准；

（七）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咨询、查询服务；

（八）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；

（九）及时将医保目录管理规定、要求及目录调整结果告知乙方，指导乙方按期实施；

（十）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；

（十一）与乙方建立总额预算指标确定、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接收、解答、解释说明；

（十二）对作出的违约处理结果向乙方进行解释说明；

（十三）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；

（十四）法律法规和规章规定的其他义务。

第六条 乙方享有以下权利：

（一）按医保协议约定及时足额获得应由甲方支付的医保费用；

（二）要求甲方履行协议；

（三）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；

（四）要求甲方对乙方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；

（五）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；

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

（七）对完善医保协议提出意见建议；

（八）及时获知医保政策、费用结算流程等调整情况；

（九）要求甲方提供医保信息平台数据集和接口标准；

（十）法律法规和规章规定的其他权利。

第七条 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）按市场监管部门注册登记的经营范围开展经营，依据法律法规、医保政策和本协议约定，为参保人员提供符合医疗保险诚信服务信用等级管理规定的药品服务，将药品、医用器械、医用耗材与其它商品实行分类管理、分区摆放；

（三）乙方的名称、法定代表人、企业负责人、实际控制人、注册地址和药械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。同时乙方应在国家医保信息业务编码标准数据库同步变更信息。

乙方变更注册地址的（实际营业地址不变的除外），应提前5个工作日告知甲方，甲方暂停医疗保障基金结算。完成变更后，乙方应在规定时限内向甲方提出现场评估申请，经评估符合定点条件的，恢复医疗保障基金结算；不符合定点条件的，本协议终止。

（四）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；

（五）根据甲方提供的风险提示，共同防范欺诈骗保行为；

（六）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；

（七）落实医保目录管理相关要求，并主动接受监督；

（八）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；

（九）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；

（十）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5个工作日内，向属地医疗保障行政部门报送行政处罚相关信息；

（十一）定期自查本机构医保基金使用情况，及时纠正不规范行为；

（十二）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。按要求及时维护医保目录数据库和药品、医用耗材、医疗服务项目价格数据库等；

（十三）建立医保管理、财务、统计、信息和基金使用等内部管理制度，健全考核评价体系，配备专（兼）职管理人员，按要求参加由医疗保障行政部门或经办机构召开的医保会议，以及组织的宣传和培训，在本机构组织开展医疗保障相关制度、政策培训，为参保人员提供购买药品、医疗器械、医用耗材，医保政策咨询和宣传服务；

（十四）配合甲方开展医保费用审核、协议履行核查、医保绩效考核等工作；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、医保绩效考核、协议履行核查、财务记账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；配合甲方做好数据监控、视频监控、生物识别等日常医保监管工作；

（十五）公示药械价格，明码标记药械价格；

（十六）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；

（十七）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；

（十八）按照医疗保障部门要求，配合推进各项医保改革任务；

（十九）法律法规和规章规定的其他义务。

第八条 甲乙双方应当依照国家、省及本统筹地区有关的政策法规，正确行使职权。双方有权监督对方执行相关政策法规和履行职责的情况，举报或投诉对方工作人员的违法违规行为，向对方提出合理化建议。

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。

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，基本医疗保险基金不予支付。

第十一条 乙方及其工作人员应当执行实名购买药械管理规定，核验参保人员医疗保障凭证，做到人证相符。乙方应认真执行处方管理关于处方用量相关的规定，单次配购药超300元的须进行大额配售药登记，登记内容包括参保人员姓名、身份证号、配购药品名称、数量等。参保人员因特殊原因需要委托他人代为购买药械的，乙方应当核验委托人和受托人的有效身份凭证，并做好代配记录，记录内容包括代配人姓名、身份证号码、与参保人员关系、代配人联系电话、代配购药品名称和数量等，以备核查。乙方应根据甲方要求逐步实现代配药登记手续电子化记载。

乙方为门诊特殊病患者提供服务的，应核验参保人员相关病种信息，并严格按照病种用药范围提供医保结算服务。

第十二条 乙方应按药械经营法规要求，将药械与其他商品实行分区分类管理，明码标价，并对所售药械设立明确的医保标识，使用医疗保障凭证和现金购买应当价格一致。

第十三条 乙方开通门诊统筹服务，且参保人员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我市定点医疗机构（含依托我市定点医疗机构设立的我市医保定点互联网医院，下同）开具的处方。

国家、省医疗保障行政部门另有规定的，乙方可接受本统筹地区定点医疗机构以外的医疗机构外配处方。

第十三条 乙方配备“双通道”药品的，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。

第十四条 乙方需通过电子处方中心下载我市定点医疗机构开具的电子处方，按处方进行调剂，老年人等有需求的参保人员持纸质处方购药的，乙方应将纸质处方与电子处方流转平台处方比对确认一致。

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或签章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对处方的来源、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。

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，以备核查，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。

参保人员凭依托我市定点医疗机构设立的我市医保定点互联网医院开具的处方购药的，乙方按规定审核确认后调剂配发药品。

第十五条 乙方属于门诊特殊病用药、“双通道”药品供药药店的，应按照国家、省、市医疗保障部门有关规定执行。

乙方为国家医保谈判药定点药店的，应当符合并保持国谈药定点药店的条件和要求，认真贯彻执行国家、省、市国谈药“双通道”管理药品的各项政策、规定。乙方要严格落实国谈药“双通道”管理及单独支付药品经办规程有关要求，履行处方核认、药品进销存电算化管理、费用结算、注射类国谈药免费配送、信息报送等管理规定，恪守临床用药管理政策和规范。要确保纳入“双通道”管理药品的供药需求和价格规定。乙方要建立药品质量安全全程监管和追溯机制，落实储存、配送、使用等环节的安全责任，确保“双通道”管理药品质量安全。要按规定做好国谈药“双通道”管理药品配售的审核、登记（包括生产日期和批号等）、信息录入、配药等服务工作，不得将超限量或超医保规定承担期限的国谈药“双通道”管理药品费用列入医保基金支付，未按国谈药“双通道”管理有关规定和要求，造成医保基金损失的，由乙方负责赔付。

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疗保障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。乙方应按照甲方要求及时、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我市参保人员一致的服务，相关服务情况，甲方纳入统一管理和考核。

第二十条 乙方不得使用参保人员职工医保个人账户结算不属于职工医保个人账户支付范围的费用。乙方应提供职工医保个人账户家庭共济结算服务。

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。

乙方应于每月7日（节假日顺延）之前，按规定做好医疗保险医疗费用刷卡结算数据的对账工作，每月20日（节假日顺延）前按规定完成上月医疗费用固化表、结算表的认证，确保数据真实准确。因对账不准确导致的后果由乙方承担。未按规定开展对账工作的，甲方可采取约谈相关负责人、暂缓支付结算款等措施。

第二十三条 甲方根据医保政策规定开展医保基金总额预算管理，完善预算办法、健全管理机制，科学合理确定医保基金年度总额预算指标，开展总额预算指标执行情况考核评价。甲方与乙方建立医保基金风险共担机制，根据基金运行情况，对乙方合理超支给予适当补偿；对乙方不合理超支，甲方不予分担。

乙方应采取积极措施，强化内部管理，不断提高服务质量，为参保人员提供合理必要的药品服务。甲方对乙方费用增幅过高、过快，或超结算总量较多或连续二个月以上超出当期总量管理指标等费用增长异常的定点单位可采取书面预警提示、约谈相关单位负责人、暂缓支付结算款、中止医保协议等措施。

乙方应健全控费工作机制，严格执行医疗保险基金总额管理相关规定，采取积极有效措施，将费用发生额控制在年初下达的总量指标内。不得因费用管控意识不强，以总量指标超支为由，年度内发生推诿、拒绝参保人员的正常刷卡购药、突击控费等行为，情节严重或限期整改后仍达不到规定要求的，甲方可视情况对下年度总量指标予以调减。

乙方应加强与甲方的沟通协调，定期加强费用分析，定期通报医疗费用发生情况和总量指标执行情况。确因客观因素影响导致总量指标执行有困难的，应按相关规定向甲方报送总量指标执行分析报告，实行总量指标变更事前预申报。

第二十四条 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。

第二十五条 乙方应加强内部管理，建立医保费用内部审核制度，开展自查及内部医保费用审核，定期对发生的医保费用进行分析。

第二十六条 乙方应当按要求向甲方申报医保费用，如实提供费用结算单据和相关资料，并留存费用清单、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其他机构的费用纳入申请医保结算范围。

乙方开通门诊统筹、“双通道”药品购药、门诊特殊病患者购药等服务的，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。

第二十七条 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。

甲方定期开展的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核查等，涉及乙方费用的，乙方应积极配合。

第二十八条 甲方应按照我市医保支付政策与乙方结算医保费用。甲方原则上应当在乙方申报医保费用后30个工作日（遇系统停机等特殊情况顺延）内拨付符合规定的医保费用。相关医保费用需进一步调查核实的，可暂缓支付，且暂缓时间原则上不得超过30个工作日。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。

第二十九条 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。

第三十条 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。

第三十一条 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，应在收到清算资金15个工作日内将应由自身承担的医疗费用完成账务处理。

第三十二条 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。

第三十三条 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。

第三十四条 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

第三十五条 乙方应当按照公平、合理和诚实信用、质价相符的原则确定药品和医用耗材价格，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统一制定的医保支付标准执行。

第三十六条 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。

第三十七条 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（指定点零售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。

乙方应按照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。

第三十八条 乙方须在省阳关采购平台采购一定数量的国家或省级集采药品。严格落实“五统一”要求，实行统一挂牌管理、统一设置专柜、统一明码标价、统一制度上墙、统一监督监管，并按平台采购价实行零差率销售。不得借销售集采中选药品搭售或捆绑销售其他药品，不得倒卖集采中选药品。

医疗保障部门加强对定点零售药店采购销售集采中选药品和生产企业供应情况的监测和监管，推进集采药品进定点零售药店。

乙方在省阳光采购平台采购除集采中选药品、国家谈判药品、省级储备药品外的其他阳光挂网药品时，应主动开展议价，按议价结果采购，并在不高于挂网价前提下合理确定销售价格。

第三十九条 乙方应明码标识、如实公开公示所提供的药械价格，自觉接受社会监督和行政监管。

乙方应做好“江苏药价通”上定点药店基础信息、在售药品价格、规格、剂型、生产厂家、医保码等信息的上传，并根据在售药品变动情况实时进行维护更新，及时处理异常反馈信息并告知医疗保障部门处理结果。

第五章 医保信息系统

第四十条 甲方应向乙方提供医保信息平台接口标准、接口规范。乙方应当落实专人负责医疗保险信息系统管理工作，严格按照甲方提供的接口标准和规范，做好本机构医保信息系统建设和日常维护工作，专职管理人员应及时报甲方备案。医保信息系统接口标准、接口规范变更或者新增时，乙方需按甲方要求，在规定的时限内完成本机构系统改造。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，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药店信息系统并获取数据的权限。

第四十一条 甲方应按照国家、省统一要求，组织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，并及时通知乙方做好更新维护，乙方应当予以配合。。

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。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。

第四十二条 乙方应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，相关信息发生变更时，应按规定时限进行维护。

第四十三条 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。

第四十四条 乙方应按照甲方要求配置必备的医保身份识别设备，支持参保人员使用医保电子凭证（医保码）、社保卡等。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。视频监控管理和监控内容保存时限须达到甲方规定的时限要求。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。

乙方应加强日常视频监控管理，不得遮挡摄像头、设置屏障、未经备案改变医保结算处位置、中断视频设备电源等造成离线、影像不清、监控不到位等情形或擅自接入视频监控系统，发现参保人员存在违规行为的，应主动向甲方基金监管部门反馈。

第四十五条 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。乙方应明确专人负责使用药店端医保智能监控系统，加强事前、事中管理，因乙方工作需要，须对系统进行调整的，应向甲方提交书面申请，双方协商解决。

第四十六条 乙方应按甲方要求使用指定的医保交互系统，做好医保交互系统的网上申报、业务办理等工作。甲方通过CA平台发放通知、告知书等，在告知机构后超5个工作日未认证的，视为已认证。甲方对乙方通过乙方CA证书在医保交互系统的所有行为，均视为乙方真实意思表达。乙方须对通过乙方CA认证证书在医保交互系统的所有行为承担责任。

第四十七条 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。乙方应按照要求，开展数据治理工作，规范上传医保相关数据，因数据上传不准确造成的不良影响，由乙方承担并妥善处理。

第四十八条 乙方应当完善本机构相关信息系统，配备必要的设施设备，报甲方备案后与医保信息平台有效对接。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。

第四十九条 甲乙双方应当严格遵守国家、省、市信息系统安全管理的相关规定，协调做好医保信息系统的安全工作，不得泄露参保人员参保就医信息，确保做好信息数据安全保密。乙方落实网络安全主体责任不到位，落实医保网络“专网专用”、医保服务终端“专机专用”、终端安全防护等要求不到位，对甲方网络与信息系统造成安全威胁的，或造成医保数据泄漏风险的，甲方可在通报乙方的同时，视情况采取网络安全隔离与威胁阻断措施，暂停医保联网结算，待乙方网络安全整改到位、安全威胁解除后，恢复医保联网结算功能。乙方应与信息系统管理、使用、开发、运维、服务等相关人员签订数据安全与保密协议，应对相关人员做好安全背景调查。乙方应确保以下医疗保险信息数据的保密及安全：

1.参保人员购药的相关信息记录；

2.配售药服务过程中获得的定点医疗机构、定点零售药店服务信息；

3.乙方从甲方获取的其它相关信息：包括但不限于乙方用于提供系统技术资料、参数代码、医保服务的服务器、终端计算机等设备上的数据及视频存储信息。

无论本协议中止、终止或解除，本条款持续有效。

第五十条 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，保障参保人员合法权益。在故障排除前，乙方应按应急预案，实行现金结算，保障参保人员正常配购药械，并在故障排除后，及时通知参保人员医保结算补记费用。

第六章 医保绩效考核

第五十一条 甲方应建立并完善医保协议履行核查制度，依法依规开展日常审核、专项检查和重点核查等。甲方或甲方委托的符合规定的第三方（包括但不限于机构、组织、检查组等，下同），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。甲方或者甲方委托的第三方实施协议管理核查时，应当确保检查人员不少于2人，并主动表明身份、出示工作证件。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、获悉的乙方商业秘密、调查过程中涉及的相关个人信息，以及乙方其他相关资料或信息用于医保管理以外的其他用途。

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。

第五十二条 甲方实施协议管理核查期间，发现乙方涉嫌违反本协议约定，可能对医保基金安全、参保人员权益造成重大风险的，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），直至核查结束。查证属实的，甲方依据本协议约定进行处理。

第五十三条 甲方在已支付的医疗费用中，发现乙方虚假申报或者申报费用不符合医保基金支付规定的，甲方有权要求乙方清退，乙方未清退的，甲方在结算时应当予以扣除。涉及违法违规的，按相关规定处理。

第五十四条 甲方或其委托的符合规定的第三方机构按照医保绩效考核有关政策规定，对乙方开展医保绩效考核（包括各类专项考核，下同），并以适当形式反馈考核结果，医保绩效考核结果与年终清算、预留质量保证金分配、协议续签、诚信服务信用等级管理等挂钩。

第五十五条 甲方可视情况通过公开途径将医保绩效考核、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。

第五十六条 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。

第五十七条 甲方根据乙方履行医保协议情况、医保绩效考核结果等，与乙方清算质量保证金。

甲方通过智能审核、人工审核等方式发现乙方违规违约行为较多、情形较重或造成医保基金损失较大的，可在5%的基础上适当增加预留的质量保证金比例；乙方协议履行核查、医保绩效考核结果优秀的，甲方可在5%的基础上适当降低预留的质量保证金比例。

乙方因违反本协议约定应当向甲方支付违约金的，可以从乙方质量保证金抵扣；不足抵扣的，由乙方补足。

第五十八条 甲方按医疗保险诚信服务信用等级管理有关规定对乙方实行分级管理，信用等级分级管理与医疗保险服务范围、费用预付、结算总量等挂钩。乙方应按照医疗保险诚信服务信用等级规定的服务范围和基金使用范围提供医保服务。

第五十九条 经查实，乙方及其工作人员存在骗取医保基金等违法违规行为的，甲方可提请医疗保障行政部门将乙方及相关人员按相关规定纳入医保领域失信名单，开展信用管理，并进行公开和惩戒处理。

第七章 违约责任

第六十条 甲方有下列情形，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）未及时与乙方签订医保协议的；

（二）未按医保协议约定及时足额向乙方拨付符合规定的医保费用的；

（三）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；

（四）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；

（五）未对乙方的意见建议及时接收、解答、解释说明的；

（六）未对作出的违约处理结果向乙方进行解释说明的；

（七）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；

（八）工作人员违反工作纪律规定，对乙方造成影响的；

（九）其他违反法律法规和规章及医保协议约定的情形。

第六十一条 经查实，乙方有下列情形之一的，甲方约谈乙方，督促其限期整改：

（一）乙方或乙方相关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；

（二）未按规定配备专（兼）职人员负责医保管理的；

（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；

（四）费用增长过高、过快，增长异常的；

（五）未按规定向异地参保人员提供与我市参保人员一致的服务；

（六）未按规定向参保人员如实出具费用单据和相关资料的；未向参保人员提供查询药械费用、打印药械费用清单、开具规范票据（参保人员未要求提供票据的除外）等服务的；未在票据上标明医保支付金额的；

（七）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、门诊特殊病患者购药等服务，拒绝为享受相应待遇的参保人员结算医保费用的；

（八）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；拒绝参保人员使用医保电子凭证（医保码）、社保卡等进行医保结算的；

（九）未按要求配置必备的医保身份识别设备，不支持参保人员使用医保电子凭证（医保码）、社保卡等联网结算的；

（十）未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的；

（十一）未公示药械价格的；未如实报送药械的采购价格和数量的；

（十二）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；

（十三）未按规定上传基本信息、维护更新“江苏药价通”相关药品变动信息、未及时处理异常反馈信息引起投诉举报的；

（十四）在省平台采购的药品，以高于省平台挂网价销售的。非省平台采购的药品，销售价格明显高于省平台挂网价（红色预警提醒后，未在10日内予以处置）、医药机构众数价的。借销售集采中选药品搭售或捆绑销售其他药品；

（十五）未能主动配合开展定点药店药品价格监测工作，未按要求报送药品采购、销售等信息数据的；

（十六）未按要求采购一定数量国家组织集采或省级集采药品的（实际采购价低于集采中选价的情况除外）；违反集中带量采购和使用相关规定的；

（十七）未将药械与其他商品实行分区分类管理的；未对所售药械设立明确的医保标识的；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、价格政策的；

（十八）将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，作为医保欠费处理的；

（十九）未公布医保投诉举报渠道，或未及时处理投诉举报或社会监督反映的问题的；

（二十）以医保定点名义或者字样从事商业广告、促销活动的；

（二十一）其他未按医保协议约定落实管理措施，但未造成基金损失的情形。

第六十二条 经查实，乙方有下列情形之一的，或有第六十一情形造成社会影响较大的，甲方暂停结算医保费用（暂停拨付时间至违约行为调查处理结束，乙方整改合格为止），督促其限期整改。整改到位的，甲方恢复医保费用结算，暂停结算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、改造及应用的；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；未按甲方要求做好本机构信息系统与医保信息系统有效对接并提供数据的；因医保信息业务编码维护不及时、对应不正确，以及数据上传不准确、不规范，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、网络安全和数据安全有关制度，导致医保网络系统遭受攻击、参保人员个人信息或医保数据泄露等网络安全事件的；将医保身份识别设备转借或赠与他人的；

（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）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；

（五）红色预警药品品规数占乙方在售药品品规总量10%以上的；

（六）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；

（七）未按要求采集、核验、上传药械追溯码信息的；

（八）药械进销存管理不规范或未定期盘点，进销存登记制度、电子台账、管理系统、盘点记录不完善，未留存进销存相关凭证、票据、出入库记录等，未按甲方要求及时、完整、准确上传进销存台账记录等，发生以上情形且未造成相关违法违规违约事实无法查清的；

（九）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）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；

（十一）未按规定使用和管理视频监控、人脸识别、实名制监管等系统，且未造成相关违法违规违约事实无法查清的；

（十二）一般信息发生变更，未书面告知甲方的；

（十三）医保结算与现金结算场所分开设置的；

（十四）应使用医保凭证结算而未用医保凭证结算发生的费用（含自费医疗费用）；

（十五）在甲方规定时间内未及时退回违法违规违约费用、支付违约金，或者未按规定归还甲方预付的集中采购货款的；

（十六）医保结算异常时，未主动联系医保部门，推诿参保人员向医保部门反馈的；

（十七）被约谈但未在限期内完成整改的；

（十八）其他对医保基金结算造成影响，乙方应予以整改的情形。

第六十三条 经查实，乙方有下列情形之一的，或有第六十一条、第六十二条情形且造成医保基金较大损失，或社会影响较大的，甲方不予支付或追回已支付的医保费用，乙方按照违规费用的10%支付违约金：

（一）甲方现场核查期间，乙方无执业药师或者依法经过资格认定的其他药学技术人员在经营场所或在经营场所不履职的；经查实，乙方向甲方申报的费用发生期间，乙方审核和调配对应处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不在经营场所的；

（二）经市场监管或行业主管部门查实，药械经营质量管理不规范或未达标的；向参保人员销售假冒伪劣、过期失效药品的；

（三）违反医保药品外配处方管理规定且相关费用纳入医疗保障统筹基金结算的：不按处方配药、使用我市定点医疗机构无资质人员开具的处方配药等违反处方管理规定的；违反门诊统筹相关规定，未凭我市定点医疗机构处方销售药品的；违反处方药管理相关规定，未凭我市定点医疗机构处方销售医保目录内处方药，或未对处方进行审核，或审核处方不严的；违反处方管理规定或医保部门规定，要求提供处方并留存无法提供的；处方时间晚于费用结算时间的；

（四）未核验参保人员医疗保障凭证，造成冒名购买药械的；以套现或者骗取医保基金为目的空刷医保凭证的；药械、药品互相串换，以药械换物的；诱导、协助参保人员开具统筹处方的；

（五）未执行大额配售药登记有关规定的；

（六）未履行代配药手续、代配药信息不实或不完整的；

（七）将不属于医疗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；

（八）为参保人员利用其享受医疗保障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的；

（九）未执行本统筹地区门诊统筹、“双通道”药品、门诊特殊病医疗保障相关规定，造成医疗保障基金损失的；

（十）经其他行业监管部门查处，存在医保基金使用不规范行为的；

（十一）其他造成医疗保障基金损失的情形。

第六十四条 经查实，乙方有下列情形之一的，或有第六十一条、第六十二条、第六十三条情形且造成医保基金较大损失或社会影响较大的，甲方不予支付或追回已支付的医保费用，给予乙方中止医保协议处理，中止时间不超过180日，中止期间发生的医保费用不予结算（中止协议处理可视情况执行到相关责任人员涉及医疗保障基金使用的服务），并向社会公布中止医保协议情况，乙方按照违规费用的20%支付违约金；

（一）超出药械经营许可或者备案规定范围开展药械服务，并纳入医疗保障基金结算的；

（二）在处方等资料中伪造、变造、冒用执业药师或者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；

（三）根据协议履行核查和医保绩效考核，发现对医疗保障基金安全和参保人员权益可能造成重大风险的；

（四）未按规定向医疗保障行政部门及甲方提供有关数据或提供数据不真实的，不配合费用审核、协议管理检查、绩效考核等的；

（五）未按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、费用明细、药械出入库记录等资料，未规范财务管理，未规范票据的领购、使用、保管及核销等，未按照要求管理、保存相关结算资料（含信息系统资料）以及药械盘点数据，未开展药械进销存管理或未建立药械进销存电子台账以及留存相关凭证，发生以上情形且造成违法违规违约事实无法查清的；

（六）未按规定使用和管理视频监控、人脸识别、实名制监管等系统，且造成违法违规违约事实无法查清的；

（七）要求提供核查违法违规违约行为相关材料，在甲方规定时限内无法提供，且造成违法违规违约事实无法查清的；

（八）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；

（九）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，暂停结算医保费用后仍拒绝整改或整改后仍不符合要求的；

（十）虚假上传、串换上传药械追溯码信息的；

（十一）收集留存参保人员医保凭证至其他定点单位进行医保结算；

（十二）将票据转让或转借给其他机构或人员使用，提供不实资料、传输虚假数据，造成医疗保障基金损失的；

（十三）为参保人员套取职工医保个人账户资金的；

（十四）根据医保协议约定应当中止医保协议的；

（十五）因违法违规违约行为被媒体曝光的；

（十六）协议有效期内，累计2次及以上被暂停拨付费用、不予拨付费用、不予支付医保费用、追回已支付的医保费用或者约谈后要求限期整改的未按要求整改或者整改不到位的；

（十七）法律法规和规章规定的应当中止医保协议的其他情形。

第六十五条 经查实，乙方有下列情形之一的，或有第六十一条、第六十二条、第六十三条、第六十四条情形且性质恶劣的，或造成医保基金重大损失的或社会影响严重的，甲方不予支付或追回已支付的医保费用，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涉及医疗保障基金使用的服务），并向社会公布解除医保协议情况，乙方按照违规费用的30%支付违约金：

（一）通过挂靠、买卖、租借《执业药师注册证》等执业资质，或使用无执业资质人员开展本机构的药品管理、处方审核和调配、合理用药指导等工作，并纳入医疗保障基金结算的；

（二）医保协议有效期内累计2次及以上被中止医保协议或中止医保协议期间未按要求整改或整改不到位的；

（三）发生重大药品质量安全事件的；

（四）以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的；

（五）从非法渠道购进药械进行医保销售的；

（六）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；

（七）将非医保药品或其他商品置换成医保药品，倒卖医保药品或套取医疗保障基金的；协助落实医保基金支付的药品、销售医保基金支付的回流药的；

（八）要求提供或恢复视频监控，在甲方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；

（九）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；乙方开通门诊统筹、“双通道”药品购药、门诊特殊病患者购药等服务，且为未开通相应服务的零售药店进行相关医保费用结算的；

（十）将医保结算设备转借或赠与他人，改变使用场地的；

（十一）拒绝、阻挠或不配合甲方开展智能审核、医保绩效考核、监督检查等，情节恶劣的；

（十二）被发现重大信息发生变更但未办理变更的；

（十三）医疗保障行政部门或有关执法机构在行政执法中，发现乙方存在重大违法违规行为且可能造成医疗保障基金重大损失的；

（十四）被吊销药品经营许可证、医疗器械经营许可证或营业执照的；

（十五）未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的；

（十六）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；

（十七）因乙方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；

（十八）根据医保协议约定应当解除协议的；

（十九）法律法规和规章规定的其他应当解除的情形。

第六十六条 对违反医保协议的乙方相关责任人员，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。

第六十七条 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，或甲方发现乙方涉嫌违反本协议约定且对医保基金安全、参保人员权益造成重大风险的，甲方可对乙方采取暂停医疗保障基金结算等措施。待调查完结后，查实乙方存在违反协议约定情形的，甲方依据医保协议作出协议处理。

第六十八条 乙方违反《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等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，甲方应移交同级医疗保障行政部门处理。乙方或乙方相关人员被追究行政、刑事责任的，不影响乙方按照本协议约定承担违约责任。

第六十九条 甲方或乙方及其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。

第七十条 乙方在中止、终止、解除医保协议期间，应在其营业场所显著位置进行公告，并向参保人员解释说明。乙方未公告或解释说明，导致参保人员医药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。

第七十一条 在甲方或者甲方委托的第三方介入核查前，乙方自查发现的违约行为（骗取医保基金行为除外），甲方给予乙方约谈、督促整改、清退违约费用，可不再给予其他协议处理。

第七十二条 协议履行期间，发现并查实甲乙双方在既往协议有效期内有发生违约行为的，在当期执行既往协议有关约定，对乙方的违约处理涉及协议中止、终止或解除的，直接应用于本协议。

第八章 附则

第七十三条 各县（市、区）经办机构与属地零售药店签订医保协议，市医保中心与市本级零售药店签订医保协议。

第七十四条 医保协议履行期间，国家、省法律法规规章和政策发生调整的，从其规定。针对调整部分，甲乙双方应当按照新规定对本协议进行修订和补充，其效力与本协议等同。

甲乙双方可根据统筹区实际、医保管理需要或者医保政策变化及具体结算规定等，签订补充协议或者修订协议，明确相应的权利、义务、违约责任。补充协议为本协议的组成部分，具有同等法律效力。补充协议与本协议约定内容不一致的，以补充协议为准。

第七十五条 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甲方统一组织。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医保绩效考核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。因乙方原因协议到期后在规定时间内未续签，再次申请纳入定点零售药店协议管理的，按新机构申请纳入定点零售药店协议管理办理。

第七十六条 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，可以依申请中止医保协议但中止时间原则上不得超过180日，乙方在医保协议中止超过180日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。

第七十七条 有下列情形之一的，终止医保协议：

（一）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；

（二）乙方注销药品经营许可证、医疗器械经营许可证或营业执照的；

（三）乙方主动提出解除医保协议且经甲方同意的；

（四）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：

（五）因不可抗力致使医保协议不能履行的；

（六）法律法规和规章规定的其他情形。

第七十八条 乙方整体发生重大变化的，包括但不限于分立、合并、解散清算、经营主体变更等，应于完成之日起15个工作日内书面告知甲方。

乙方股权变动、法定代表人变更、名称变更，但乙方营业执照、药品经营许可证、医疗器械经营许可证未重新申请的，本协议继续有效，由变更后的经营主体继续履约并承继违约责任。变更后的经营主体不能提供变更前与医疗保障基金结算有关的数据、资料的，甲方可拒付或追回相关费用。

乙方因股权变动、法定代表人变更等注销营业执照、药品经营许可证或医疗器械经营许可证后重新申请的，本协议终止，经营主体须重新申请医保定点。

第七十九条 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，也可提起行政复议或行政诉讼。

第八十条 甲乙双方中止、终止或解除医保协议的，双方应对退费重结等参保人员共同做好善后工作。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。

第八十一条 本协议有效期自\_年\_月\_日起\_年\_月\_日止。协议履行期间，发现并查实甲乙双方在既往协议有效期内有发生违约行为的，在当期执行既往协议有关约定，对乙方的违约处理涉及协议中止、终止或解除的，直接应用于本协议。协议期满后，因甲方原因未续签协议前，原协议继续生效。

第八十二条 甲乙双方一致确认本协议中记载的双方通讯地址和联系方式为双方履行协议、解决协议争议时接收对方文件信函的地址和联系方式。

第八十三条 本协议相关名词解释参照《医疗保障基金使用监督管理条例》释义。

甲方（公章）： 乙方（公章）：

法人代表：（签章） 法人代表：（签章）

年 月 日 年 月 日

承诺书

本机构承诺：

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《南通市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：

日 期：