附件7

|  |
| --- |
| **玉溪市零售药店专业评估人员意见表** |
| **时 间** |  | **地 点** |  |
| **评估对象** |  |
| **纳入协议管理评估** □同意 □不同意（若不同意则不用勾选下面内容）简述不同意理由： |
| **医保服务项目** | **职工基本医疗保险** | □定点药店购药 | □门诊慢病 | □国家谈判药门诊 | □省内异地 |
| □省外异地 |  |  |  |
| **城乡居民基本医疗保险** | □门诊慢病 | □国家谈判药门诊 | □省内异地 | □省外异地 |
|  |  |  |  |
| **评估人员签字：** |

**备注：在□内打√**