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√**