附件4

**贵州省省本级基本医疗保险定点零售药店**

**申办实地考核表**

药店名称： （加盖公章）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **考核项目** | **考核内容** | **考核结果** | **备注** |
| 1 | 资料证照 | 实际经营范围是否与药品营业执照、药品经营许可证一致  实际经营地址是否与营业执照、药品经营许可证一致  核验申请相关的其他资料 |  |  |
| 2 | 药品管理 | 是否有药品、医用消毒用品、医用器械等“进、销、存”管理制度  是否有药品质量内部管理制度  是否建立真实、完成、准确的购、销、存台账 |  |  |
| 3 | 医保管理 | 是否有医保管理相适应的内部管理制度  是否配备专门的医保管理人员等 |  |  |
| 4 | 从业人员 | 是否配备执业药师，执业药师资格证书注册地是否与经营地址一致  是否真实在职在岗等 |  |  |
| 5 | 设施设备 | 是否配备省本级医保联网结算要求的设施设备  是否安装视频电子监控设备、设备运行及储存是否正常等 |  |  |
| 6 | 信息系统 | 是否符合省本级医保联网结算要求的信息化管理系统  是否配备信息化管理系统的管理人员 |  |  |
| 7 | 营业场所 | 是否进行区域划分  是否按药品及非药品分区隔离等  是否有明显的药品及非药品销售区域标志 |  |  |
| 8 | 其他 |  |  |  |

考核组长：

考核人员： 药店法人签字：

考核日期： 日期：