附件4

贵州省医疗保障定点零售药店申办实地考察表

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、经营地址是否与药品营业执照、药品经营许可证一致核查其他申请的相关资料 |  |  |
| 2 | 从业人员 | 核查执业药师资格证书或药学技术人员资格证书是否与药师、医保专（兼）职人员签订劳动合同是否真实在职在岗等 |  |  |
| 3 | 医保管理 | 是否建立相应的医保管理制度是否配备专（兼）职医保管理人员等核查医保药品标识 |  |  |
| 4 | 财务管理 | 是否建立财务制度是否建立药品、医用消毒用品、医用器械等“进销存”管理制度核查药品、医用消毒用品、医用器械等进销存是否一致 |  |  |
| 5 | 信息管理 | 是否具备开展医保直接联网结算要求的信息系统是否具备规范的信息化管理系统 |  |  |
| 6 | 设施设备 | 是否配备省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 |  |  |
| 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和非药品销售区域标志 |  |  |
| 8 | 其他 |  |  |  |

考核组长：

考核人员： 药店法定代表人签字：

考核日期： 日期：