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：