

医保一定点医疗机构—检查单

检查时间: 年 月 日 时 分— 时 分

检查单号:

检查对象	法人	医保编码	
		统一社会信用代码	
		名称	
		类型	
		法定代表人	
	非法人组织	医保编码	
		统一社会信用代码	
		名称	
		负责人姓名	
	住所或地址		
联系方式			
检查地点			

检查事项、内容、方法及结果

检查事项	检查子事项	检查内容	检查方法	检查结果
定点医疗机构 —医保执法检	定点医疗机构遵守	是否发现医保支付的诊疗、检验项目存在违反医保法律法规规定的情形	<input type="checkbox"/> 抽样检验 <input type="checkbox"/> 进入现场检查 <input type="checkbox"/> 采取记录、录音、录像、照相或者复制等方式收集有关情况和资料 <input type="checkbox"/> 聘请符合条件的会计师事务所等第三方机构和专业人员协助开展检查 <input type="checkbox"/> 要求被检查对象提供与检查事项相关的文件资料，并作出解释和说明 <input type="checkbox"/> 询问有关人员 <input type="checkbox"/> 对可能被转移、隐匿或者灭失的资料等予以封存	<input type="checkbox"/> 未发现 <input type="checkbox"/> 发现
		是否发现医保支付的药品、耗材存在违反医保法律法规规定的情形	<input type="checkbox"/> 抽样检验 <input type="checkbox"/> 进入现场检查 <input type="checkbox"/> 采取记录、录音、录像、照相或者复制等方式收集有关情况和资料 <input type="checkbox"/> 聘请符合条件的会计师事务所等第三方机构和专业人员协助开展检查 <input type="checkbox"/> 要求被检查对象提供与检查事项相关的文件资料，并作出解释和说明 <input type="checkbox"/> 询问有关人员 <input type="checkbox"/> 对可能被转移、隐匿或者灭失的资料等予以封存	<input type="checkbox"/> 未发现 <input type="checkbox"/> 发现

查	医保法律法规情况	是否发现医保支付的服务设施存在违反医保法律法规规定的情形	<input type="checkbox"/> 抽样检验 <input type="checkbox"/> 进入现场检查 <input type="checkbox"/> 采取记录、录音、录像、照相或者复制等方式收集有关情况和资料 <input type="checkbox"/> 聘请符合条件的会计师事务所等第三方机构和专业人员协助开展检查 <input type="checkbox"/> 要求被检查对象提供与检查事项相关的文件资料，并作出解释和说明 <input type="checkbox"/> 询问有关人员 <input type="checkbox"/> 对可能被转移、隐匿或者灭失的资料等予以封存	<input type="checkbox"/> 未发现 <input type="checkbox"/> 发现
		是否发现定点医疗机构违反医保管理要求	<input type="checkbox"/> 抽样检验 <input type="checkbox"/> 进入现场检查 <input type="checkbox"/> 采取记录、录音、录像、照相或者复制等方式收集有关情况和资料 <input type="checkbox"/> 聘请符合条件的会计师事务所等第三方机构和专业人员协助开展检查 <input type="checkbox"/> 要求被检查对象提供与检查事项相关的文件资料，并作出解释和说明 <input type="checkbox"/> 询问有关人员 <input type="checkbox"/> 对可能被转移、隐匿或者灭失的资料等予以封存	<input type="checkbox"/> 未发现 <input type="checkbox"/> 发现
其他	其他违反医保法律法规规定	有无发现其他违反医保法律法规规定的问题	<input type="checkbox"/> 进入现场检查 <input type="checkbox"/> 采取记录、录音、录像、照相或者复制等方式收集有关情况和资料 <input type="checkbox"/> 聘请符合条件的会计师事务所等第三方机构和专业人员协助开展检查 <input type="checkbox"/> 要求被检查对象提供与检查事项相关的文件资料，并作出解释和说明 <input type="checkbox"/> 询问有关人员 <input type="checkbox"/> 对可能被转移、隐匿或者灭失的资料等予以封存 <input type="checkbox"/> 法律、法规规定的其他措施	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有，具体问题
检查结论	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 检查人意见：			
检查人	执法人员：	证号：	记录人：	被检查人：
	执法人员：	证号：		
备注				

公示处室：北京市医疗保障执法总队
公示时间：2021年11月