附件2

定点医药机构相关人员

医保支付资格记分处理通知书

定点医药机构名称： 文号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 相关人员姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 | | |  |
| 医保代码 | | |  |
| 违规行为 |  | | | | | | |
| 医疗保障经办机构处理意见 | 本次记 分，本年度累计记分 分。  □1.予以提醒谈话一次，望尽快改正。  □2.予以暂停结算资格 个月，暂停时间自 年  月 日起至 年 月 日止。定点医药机构按规定做好相关人员登记备案状态维护。如需恢复，应在暂停期满前15个工作日内向所属机构及所属辖区医保经办机构提出申请。  □3.予以终止结算资格 年，终止时间自 年 月  日起至 年 月 日止。定点医药机构按规定做好相关人员登记备案状态维护。如需恢复，应在终止期满前15个工作日向所属机构及所属辖区医保经办机构提出申请。  公章：  日期： | | | | | | |
| 相关人员签字 |  | | | | 日期 |  | |

如有异议，可在收到处理通知书后10个工作日内，向医疗保障经办机构提出书面申诉。本通知书经办机构留存一份，相关人员及所属机构（含多点执业机构）各执一份。