

湛江市社会保险基金管理局文件

湛社保〔2021〕296号

关于印发湛江市基本医疗保障定点 医药机构申请指引的通知

各县（市）医保经办机构、市社保局各科室、全市各医药机构：

为进一步加强和完善医药机构医疗保障定点管理，优化我市定点医药服务的资源配置，提高医疗保障基金使用效率，更好地保障广大参保人员权益，根据《广东省医疗保障局关于印发广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法的通知》（粤医保规〔2021〕2号）、《转发广东省医疗保障局关于印发广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法的通知》（湛医保〔2021〕45号）、《转发广东省医疗保障局关于印发〈广东省基本医疗保险门诊特定病种业务经办规程（试行）〉的通知》（湛医保〔2021〕52号）、《湛江市医疗保障局关于确定湛江市门诊特定病种诊断和治疗定点医疗机构申请条件的通知》（湛医保函〔2021〕345号）等文件精神，结合本

市实际，制定本申请指引。

一、定点医药机构的申请管理属地

符合条件的医疗机构，按自愿的原则向医保经办机构申请医疗保障定点，由医保经办机构开展评估和协议管理。

（一）定点医院（卫生院、血液透析中心）申请

申请城乡居民医保定点：湛江市区的医院（卫生院、血液透析中心）向市社保局（市医保经办机构）提出申请，由市社保局（市医保经办机构）开展评估和协议管理；各县（市）的医院（卫生院、血液透析中心）向当地的医保经办机构提出申请，由当地的医保经办机构开展评估和协议管理；

申请城镇职工医保定点：全市医院（卫生院、血液透析中心）向市社保局（市医保经办机构）提出申请，由市社保局（市医保经办机构）开展评估和协议管理。

（二）其它定点医药机构申请

门诊部、诊所、卫生所（站）、村卫生（所）、药店；独立设置的急救中心，安宁疗护中心、护理院；养老机构内设的医疗（门诊）机构、药店等医药机构申请医保定点：属湛江市区的，向市社保局（市医保经办机构）提出申请，由市社保局（市医保经办机构）开展评估和协议管理；属各县（市）的，向各县（市）的医保经办机构提出申请，由当地的医保经办机构开展评估和协议管理。

二、医疗机构的申请

根据参保人健康需求、管理服务需要、医疗保障基金收支、区域卫生计划、医疗机构设置规划等确定本统筹区定点医疗服务的资源配置。

（一）申请条件

以下取得医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的医疗机构，以及经军队主管部门批准有为民服务资质的军队医疗机构可申请医保定点：

- 综合医院、中医医院、中西医结合医院、民族医医院、专科医院、康复医院；
- 专科疾病防治院（所、站）、妇幼保健院；
- 社区卫生服务中心（站）、中心卫生院、乡镇卫生院、街道卫生院、门诊部、诊所、卫生所（站）、村卫生室（所）；
- 独立设置的急救中心；
- 安宁疗护中心、血液透析中心、护理院；
- 养老机构内设的医疗机构。

互联网医院可依托其实体医疗机构申请签订补充协议，其提供的医疗服务所产生的符合医保支付范围的相关费用，由相应的医保经办机构与其所依托的实体医疗机构按规定进行结算。

1. 医疗机构申请医保定点应当同时具备以下基本条件：

（1） 正式运营至少 3 个月；

（2） 至少有 1 名取得医师执业证书、乡村医生执业证书或中医（专长）医师资格证书且第一注册地在该医疗机构的医师；

(3) 主要负责人负责医保工作，配备专（兼）职医保管理人员；100 张床位以上的医疗机构应当设内部医保管理部门，安排专职工作人员；

(4) 具有符合医保协议管理要求的医保管理制度、财务制度、统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度等；

(5) 具有符合医保协议管理要求的信息系统技术和接口标准，实现与医保信息系统有效对接，按要求向医保信息系统传送全部就诊人员相关信息，能够为参保人提供联网直接结算。设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种、医务人员等基础数据库，按规定使用国家和省统一的医保编码；

(6) 乡镇卫生院或设在乡镇（村）的医疗机构申请城镇职工医保定点医疗机构资格的，必须医疗设施条件较好，周围参加城镇职工基本医疗保险人群较多；

(7) 所有人员依法参加城镇职工基本医疗保险及其他社会保险，及时足额缴纳社会保险费；

(8) 符合法律、法规、规章和省级及以上医疗保障行政部门规定的其他条件。

2. 定点医疗机构申请签订“互联网+”医保服务补充协议，应当具备以下基本条件：

(1) 经行业主管部门批准设置互联网医院或批准开展互联网诊疗活动；

(2) 具备与医保信息系统数据交换的条件，实现医保移动

支付，能够为患者提供电子票据、电子发票或及时邮寄纸质票据；

(3) 信息系统应当能区分常规线下医疗服务业务和“互联网+”医疗服务业务；

(4) 依托医保电子凭证进行实名认证，确保就诊参保人真实身份；

(5) 能够完整保留参保人诊疗过程中的电子病历、电子处方、购药记录等信息，实现诊疗、处方、配药等全程可追溯。

(二) 所需申请材料

医疗机构向医保经办机构提出医疗保障定点申请，应当提供以下材料：

1. 湛江市医疗保障定点医疗机构申请表（附件1）；
2. 医疗机构执业许可证、中医诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证复印件；
3. 与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本；
4. 与医疗保障政策有关的信息系统相关材料；
5. 纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；
6. 医疗机构医护药技人员基本情况一览表、卫生人员的执业证书、职称资格证书等；
7. 申报上个月的城镇职工社会保险费电子转账专用完税证明或通用缴款书（全体员工参加社会保险的缴费凭证）；
8. 省级医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。

(三) 医疗机构存在下列情形之一的，不予受理定点申请：

1. 以医疗美容、辅助生殖、生活照护、种植牙等非基本医疗服务为主要执业范围的；
2. 基本医疗服务未执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策的；
3. 未依法履行行政处罚责任的；
4. 以弄虚作假等不正当手段申请定点医疗机构资格，自发现之日起未满3年的；
5. 因违法违规被解除协议未满3年或已满3年但未完全履行行政处罚责任的；
6. 因严重违反医保协议约定而被解除协议未满1年或已满1年但未完全履行违约责任的；
7. 法定代表人、主要负责人或实际控制人曾因严重违法违规导致原定点医疗机构解除医保协议，未满5年的；
8. 法定代表人、主要负责人或实际控制人被列入失信人名单的；
9. 法律、法规规定的其他不予受理的情形。

三、零售药店的申请

根据参保人健康需求、管理服务需要、医疗保障基金收支、参保人员用药需求等确定本统筹区定点零售药店资源配置。

（一）申请条件

已取得药品经营许可证，并同时符合以下条件的零售药店均可申请医疗保障定点：

1. 在注册地址正式经营至少 3 个月；
2. 至少有 1 名取得执业药师资格证书或具有药学、临床药学、中药学专业技术资格证书的药师，且注册地在该零售药店所在地，药师须签订 1 年以上劳动合同且在合同期内；
3. 至少有 2 名熟悉医疗保障法律法规和相关制度规定的专（兼）职医保管理人员负责管理医保费用，并签订 1 年以上劳动合同在合同期内；
4. 按药品经营质量管理规范要求，开展药品分类分区管理，并对所售药品设立明确的医保用药标识；
5. 具有符合医保协议管理要求的医保药品管理制度、财务管理制度、医保人员管理制度、统计信息管理制度和医保费用结算制度；
6. 具备符合医保协议管理要求的信息系统技术和接口标准，实现与医保信息系统有效对接，为参保人员提供直接联网结算，建立医保药品等基础数据库，按规定使用国家和省统一的医保编码；
7. 所有人员依法全部参加城镇职工基本医疗保险及其他社会保险，及时足额缴纳社会保险费。
8. 符合法律、法规、规章和省级及以上医疗保障行政部门规定的其他条件。

（二）所需申请材料

零售药店向医保经办机构提出医疗保障定点申请，应当提供

以下材料：

- 1、 湛江市医疗保障定点零售药店申请表（附件 2）；
- 2、 药品经营许可证、营业执照和法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证复印件；
- 3、 执业药师资格证书或药学技术人员相关证书及其劳动合同复印件；
- 4、 医保专（兼）职管理人员的劳动合同复印件；
- 5、 与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本；
- 6、 与医保有关的信息系统相关材料；
- 7、 纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；
- 8、 全体员工申报上个月的城镇职工社会保险费电子转账专用完税证明或通用缴款书（全体员工参加社会保险的缴费凭证）；
- 9、 省级医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。

（三）零售药店有下列情形之一的，不予受理定点申请：

- 1、 未依法履行行政处罚责任的；
- 2、 以弄虚作假等不正当手段申请定点，自发现之日起未满 3 年的；
- 3、 因违法违规被解除医保协议未满 3 年或已满 3 年但未完全履行行政处罚法律责任的；
- 4、 因严重违反医保协议约定而被解除医保协议未满 1 年或已满 1 年但未完全履行违约责任的；
- 5、 法定代表人、企业负责人或实际控制人曾因严重违法违

规导致原定点零售药店被解除医保协议，未满 5 年的；

6、法定代表人、企业负责人或实际控制人被列入失信人名单的；

7、法律、法规、规章规定的其他不予受理的情形。

四、受理时间

医药机构提出定点申请，对申请材料齐全的，统筹地区经办机构即时受理。对申请资料不全的，医保经办机构自收到材料之日起 5 个工作日内一次性告知医药机构补充。

五、受理时限及办理流程

统筹地区医保经办机构自受理医药机构申请材料之日起，评估时间不超过 3 个月，补充材料时间不计入评估期限。评估结果分为合格和不合格。对于评估合格的医药机构，向社会公示，公示期为 7 个工作日，公示期间未收到举报或收到举报但经核查不影响评估结果的，纳入拟签订医保协议医药机构名单。对于评估不合格的，告知其理由，提出整改建议。自评估结果告知送达之日起，整改 3 个月后可再次组织评估，评估仍不合格的，1 年内不得再次申请。

医保经办机构与评估合格拟签订协议的医药机构就双方的权利、义务和责任，以及医疗机构的服务范围、服务内容、服务质量、支付标准、结算办法、异地就医管理、“互联网+”医保服务等协议内容协商谈判，达成一致的，双方自愿签订医保协议。医保协议期限一般为 1 年。

六、门诊特定病种服务资格的定点申请

根据参保人健康需求、管理服务需要、医保基金收支、享受门诊特定病种资格参保人员诊疗需求等确定本统筹区定点门诊特定病种服务资格的资源配置。

（一）申请条件：

1. 申请门诊特定病种治疗定点的医疗机构

（1） 申请城镇职工门诊特定病种定点的医疗机构必须是城镇职工医保住院定点医疗机构、申请城乡居民门诊特定病种定点的医疗机构必须是城乡居民医保住院定点医疗机构；

（2） 血液透析中心必须正式运营至少 3 个月；

（3） 医疗机构申请门诊特定病种服务定点，须具有卫生健康行政部门核准的相应诊疗科目。至少有 1 名取得医师执业证书且第一注册地在该医疗机构的医师；

（4） 主要负责人负责医保工作，配备专（兼）职医保管理人员；100 张床位以上的医疗机构应当设内部医保管理部门，安排专职工作人员；

（5） 具有符合医保协议管理要求的医保管理制度、财务制度、统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度等；

（6） 具有符合医保协议管理要求的信息系统技术和接口标准，实现与医保信息系统有效对接，按要求向医保信息系统传送全部就诊人员相关信息，能够为参保人提供联网直接结算。设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种、医

务人员等基础数据库，按规定使用国家和省统一的医保编码；

(7) 所有人员依法参加城镇职工基本医疗保险及其他社会保险，及时足额缴纳社会保险费；

(8) 符合法律、法规、规章和省级及以上医疗保障行政部门规定的其他条件。

2. 申请门诊特定病种诊断定点的医疗机构

申请门诊特定病种诊断定点的医疗机构，除具备上述条件外，还需是卫生健康行政部门批准的二级甲等以上（含二甲）医疗机构，且同时为我市二类以上（含二类）医保定点医疗机构，具有卫生健康行政部门核准的相应诊疗科目；对申请开展诊断认定的门诊特定病种，至少要有两名中级以上职称的专科医师（第一注册地）负责诊断和复核。

(二) 所需申请材料

1、《湛江市基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请书》（见附件4）；

2、《医疗机构执业许可证》或中医诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证照复印件；

3、与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本、统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度等；

4、与医疗保障政策有关的信息系统相关材料；

5、纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

6、医疗机构医护药技人员基本情况一览表、卫生人员 的

执业证书、职称资格证书等；

7、 全体员工申报上个月的城镇职工社会保险费电子转账专用完税证明或通用缴款书（全体员工参加社会保险的缴费凭证）；

8、 地级以上市医疗保障行政部门规定的材料。

（三）受理时间

医疗机构提出门诊特定病种服务资格申请，经办机构即时受理，并出具受理回执（见附件 5）。申请材料内容不全的，经办机构自收到材料之日起 5 个工作日内一次性告知医疗机构补正（见附件 6），医疗机构应当按照规定时限补正。

（四）受理时限及办理流程

经办机构应自受理申请材料之日起 30 个工作日内完成申请材料的审核。经办机构必要时可以组织集体评估，集体评估成员可由医疗保障、医药卫生等专业人员构成。自受理申请材料之日起，评估时间不超过 60 个工作日，医疗机构补充材料时间不计入评估期限。经办机构应将评估结果报同级医疗保障行政部门备案。经审核符合条件的，经办机构应当确定定点医疗机构相应门诊特定病种服务资格，与医疗机构签订补充协议，并向同级医疗保障行政部门备案；不符合条件的，书面告知原因（见附件 7）。经办机构应在与定点医疗机构签订补充协议 7 个工作日内将名单向社会公布。

七、变更登记

（一）变更事项

定点医药机构名称、地址、执业范围、银行户名及账号和法人代表、级别、合并重组等重要信息变更的，应自相关行政管理部门批准变更之日起 30 个工作日内，向管辖范围内的医保经办机构提出变更申请，填写《湛江市医疗保障定点医药机构变更申请表》（附件 3），并提供相关单位或部门同意变更的有效批文及相关资料及复印件。

（二）变更登记办理流程

市、各县（市）医保经办机构负责当地定点医药机构申请变更有关资料的审核，对不符合要求的，在收到申报资料之日起 10 个工作日内退还相关资料，停止结算，并取消定点服务。申请变更资料齐全的，医保经办机构在受理变更之日起 20 个工作日内组织实地查看。实地查看不合格的，退还变更资料，停止结算，取消定点服务并终止定点资格；合格的，按程序进行核准。必要时，可暂停协议并组织重新评估，根据评估结果决定是否继续履行协议。各县（市）医保经办机构核准的变更情况应及时报市医保经办机构备案。

- 附件：
1. 湛江市医疗保障定点医疗机构申请表；
 2. 湛江市医疗保障定点零售药店申请表；
 3. 湛江市医疗保障定点医药机构变更申请表；
 4. 湛江市基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请书；
 5. 湛江市基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请受

理回执；

6. 一次性补正材料告知书；

7. 湛江市基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请
审核不合格告知书。

湛江市社会保险基金管理局

2021年8月16日

附件 1:

湛江市医疗保障定点医疗机构申请表

申请日期: 年 月 日

医疗机构名称					
医疗机构性质		法人代表			
联系人		联系电话			
医疗机构地址及邮政编码					
所属区域	_____区（县、市）_____街道（乡镇）_____社区				
医疗机构执业许可证登记号					
医疗机构诊疗项目核定表批号					
诊疗科目					
主要医疗器材					
医护人员情况	总人数 _____人，其中：执业医师 _____人， 执业护士 _____人，其他医药技人员 _____人。				
单位社保代码		参保人数		经营场所面积	
申请内容	（申请单位印章） 法人代表签字：_____年 月 日				
医保经办机构审核意见	（印章） _____年 月 日				

（请填写背面表格内容）

参保情况 (可另附表)	姓名	身份证号码	参保代码	参保时间	
	医疗机构地理位置简图				

附件 2:

湛江市医疗保障定点零售药店申请表

申请日期: 年 月 日

药店名称					机构代码	
所属区域	____区(县、市)____街道(乡镇)____社区					
单位地址					邮政编码	
营业执照号			药品经营 许可证号			
法人代表		联系人		联系电话		
单位开户 银行及帐号						
基本 情况	人员构成	总人数	人	执业药师 人; 药工 人; 其他营业人员 人		
	单位社保代码			参保人数 人(含人个参保和在其他单位参保)		
	营业面积		m ²	药品 种类	共 种, 其中: 西药 种; 中药 种; 其他 种。	
	药营范围					
申请 内容	(单位印章) 法人代表签字: 年 月 日					
医保 经办 机构 审核 意见	(单位印章) 法人代表签字: 年 月 日					

(请填写背面表格内容)

	姓名	身份证号码	参保代码	参保时间
参保情况 (可另附表)				
营业场所平面简图 (注明长宽度)	总面积_____			
药店地理位置简图				

附件3:

湛江市医疗保障定点医药机构变更申请表

申请时间: ____年____月____日

现医药机构名称 (盖章)		现医药机构执业 (经营) 许可证副本注册号	
现医药机构营业地址		现医药机构法人代表姓名/电话	
变更事由			
变更事项	申请人请在需要变更事项框内划上“√” ☐ 定点医药机构名称变更 ☐ 定点医药机构法人代表变更 ☐ 定点医药机构营业地址变更 ☐ 定点医药机构对公账户名和账号变更 ☐ 其它		
变更情况	变更前: 医药机构名称 _____ 法人代表 _____ 电话: _____ 营业地址 _____ 对公账户名和帐号 _____ 其它 _____ 变更后: 医药机构名称 _____ 法人代表 _____ 营业地址 _____ 对公账户名和帐号 _____ 其它 _____		
业务科室意见			
分管局长审批意见			
备注	提交复印件并盖章: 执业 (经营) 许可证副本、变更记录证明材料、医护药技人员资格证书、员工花名册等。		

附件 4:

湛江市基本医疗保险门诊特定病种服务 资格申请书

_____:

我单位_____

(医疗机构代码: _____)

地址: _____), 现按照

政策规定及相关要求, 提交《湛江市基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请表》(见附表) 及相关资料, 申请开展相应门诊特定病种服务资格, 并承担一切相应的法律责任。

联系人: _____, 联系电话: _____

- 附表:
1. 湛江市基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请表;
 2. 医疗机构执业许可证正、副本复印件(军队所属医疗机构应提供主管部门的相关文件);
 3. 医疗机构医护药技人员基本情况一览表、卫生人员的执业证书复印件、职称资格证书复印件;
 4. 全体员工申报上个月的城镇职工社会保险费电子转账专用完税证明或通用缴款书(全体员工参加社会保险的缴费凭证);
 5. 其他资料。

申请单位(盖章):

法人代表签名:

年 月 日

附表：

湛江市基本医疗保险门诊特定病种服务 资格申请表

申请单位（盖章）：

序号	病种名称	申请资格	
		诊断 (待遇认定)	治疗
1	高血压病	☐	☐
2	糖尿病	☐	☐
3	冠心病	☐	☐
4	慢性心功能不全	☐	☐
5	脑血管疾病后遗症	☐	☐
6	帕金森病	☐	☐
7	癫痫	☐	☐
8	支气管哮喘	☐	☐
9	慢性阻塞性肺疾病	☐	☐
10	肺动脉高压	☐	☐
11	肝硬化（失代偿期）	☐	☐
12	慢性乙型肝炎	☐	☐
13	丙型肝炎（HCV RNA 阳性）	☐	☐
14	艾滋病	☐	☐
15	活动性肺结核	☐	☐
16	耐多药肺结核	☐	☐
17	类风湿关节炎	☐	☐
18	强直性脊柱炎	☐	☐
19	多发性硬化	☐	☐
20	骨髓纤维化	☐	☐
21	系统性红斑狼疮	☐	☐
22	再生障碍性贫血	☐	☐
23	骨髓增生异常综合症	☐	☐
24	血友病	☐	☐
25	地中海贫血（海洋性贫血或珠蛋白生成障碍性贫血）	☐	☐
26	C 型尼曼匹克病	☐	☐
27	肢端肥大症	☐	☐
28	银屑病	☐	☐

序号	病种名称	申请资格	
		诊断 (待遇认定)	治疗
29	克罗思病	☐	☐
30	溃疡性结肠炎	☐	☐
31	湿性年龄相关性黄斑变性	☐	☐
32	糖尿病黄斑水肿	☐	☐
33	脉络膜新生血管	☐	☐
34	视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿	☐	☐
35	精神分裂症	☐	☐
36	分裂情感性障碍	☐	☐
37	持久的妄想性障碍（偏执性精神病）	☐	☐
38	双相（情感）障碍	☐	☐
39	癫痫所致精神障碍	☐	☐
40	精神发育迟滞伴发精神障碍	☐	☐
41	心脏移植术后抗排异治疗	☐	☐
42	肝脏移植术后抗排异治疗	☐	☐
43	肺脏移植术后抗排异治疗	☐	☐
44	肾脏移植术后抗排异治疗	☐	☐
45	造血干细胞移植后抗排异治疗	☐	☐
46	慢性肾功能不全（非透析治疗）	☐	☐
47	慢性肾功能不全（血透治疗）	☐	☐
48	慢性肾功能不全（腹透治疗）	☐	☐
49	恶性肿瘤（非放化疗）	☐	☐
50	恶性肿瘤（化疗，含生物靶向药物，内分泌治疗）	☐	☐
51	恶性肿瘤（放疗）	☐	☐
52	新冠肺炎出院患者门诊康复治疗	☐	☐
53	肝硬化（代偿期）	☐	☐
54	甲状腺功能亢进症（放射治疗）	☐	☐
55	躁狂症	☐	☐
56	慢性肾小球肾炎	☐	☐
57	白内障（门诊手术）	☐	☐

备注：请在申请开展的门诊特定病种对应的“申请资格栏□”中画“√”。

附件 5:

**湛江市基本医疗保险门诊特定病种
服务资格申请受理回执**

受理号	
定点医疗机构名称	
定点医疗机构代码	
机构地址（协议约定 地址）	
受理事项	申请门特服务资格：诊断 ☐ 治疗 ☐
查询方式	
投诉监督	
备注	

受理经办人签名：

说明：你单位的申请已受理，请保持联系人的电话畅通。

经办机构（盖章）

日期：

附件 6:

一次性补正材料告知书

_____ :

_____年_____月_____日, 本单位收到你单位提交的湛江市基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请材料。经审核, 发现提交的材料不齐全/不符合规定。

需要补正材料的内容:

需要补齐的有关材料:

请你单位将上述材料补正后于_____年_____月_____日前提交至本单位。如无正当理由逾期提交的, 视为放弃申请。

特此通知。

联系人及联系方式:

经办机构 (盖章)

日期:

附件 7:

湛江市基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请审核不合格告知书

(签收联)

告知书编号		
定点医疗机构名称		
定点医疗机构代码		
办理事项	申请门特服务资格： ☐ 诊断 ☐ 治疗	
病种名称	审核结果 (不合格原因)	不符合湛江市基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请条件
		经审核，不符合_____的有关规定，不予通过。
		经审核，不符合_____的有关规定，不予通过。
		经审核，不符合_____的有关规定，不予通过。
		经审核，不符合_____的有关规定，不予通过。
		经审核，不符合_____的有关规定，不予通过。
		经审核，不符合_____的有关规定，不予通过。
查询方式		
备注	本告知书一式两联，一联交申请单位，一联存档备查。	

申请人签名:

联系方式:

日期:

经办单位（盖章）：

日期:

湛江市基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请审核不合格告知书

告知书编号		
定点医疗机构名称		
定点医疗机构代码		
办理事项	申请门特服务资格： ☐ 诊断 ☐ 治疗	
病种名称	审核结果 (不合格原因)	不符合湛江市基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请条件
		经审核，不符合_____的有关规定，不予通过。
		经审核，不符合_____的有关规定，不予通过。
		经审核，不符合_____的有关规定，不予通过。
		经审核，不符合_____的有关规定，不予通过。
		经审核，不符合_____的有关规定，不予通过。
		经审核，不符合_____的有关规定，不予通过。
查询方式		
备注	本告知书一式两联，一联交申请单位，一联存档备查。	

申请人签名:

联系方式:

日期:

