

附件 3

湖南省医疗保障定点医药机构相关人员 医保支付资格处理情况告知书

_____:

我单位_____在开展医疗保障定点医药机构
相关人员医保支付资格管理工作中, 被发现存在_____

_____等问题, 已被_____医疗保障局 ☐ 暂停 ☐ 终止
结算资格, 其提供的医药服务, 医疗保障基金不予报销。

(签章)

年 月 日

我已知晓_____已被_____医疗保障局
☐ 暂停 ☐ 终止结算资格, 其提供的医药服务, 医疗保障基金不
予报销。本人自愿要求自费找_____提供
医药服务。

患者本人或家属签名: _____