附件4

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 | 申请基本医疗保险门诊特定病种服务资格 |
| 病种名称 | 审核结果 | 不符合 市基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请条件 |
| 例：1.慢性肾功能不全（血透治疗） | 审核不合格的原因 | 经审核，不符合（根据地级以上市医保行政部门规定填写）的有关规定，不予通过。 |
| 例：2.恶性肿瘤（放疗） | 审核不合格的原因 | 经审核，不符合（根据地级以上市医保行政部门规定填写）的有关规定，不予通过。 |
| 例：3.…… | 审核不合格的原因 | 经审核，不符合（根据地级以上市医保行政部门规定填写）的有关规定，不予通过。 |
| 查询方式 | （经办机构联系方式） |
| 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：



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 | 申请基本医疗保险门诊特定病种服务资格 |
| 病种名称 | 审核结果 | 不符合 市基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请条件 |
| 例：1.慢性肾功能不全（血透治疗） | 审核不合格的原因 | 经审核，不符合（根据地级以上市医保行政部门规定填写）的有关规定，不予通过。 |
| 例：2.恶性肿瘤（放疗） | 审核不合格的原因 | 经审核，不符合（根据地级以上市医保行政部门规定填写）的有关规定，不予通过。 |
| 例：3.…… | 审核不合格的原因 | 经审核，不符合（根据地级以上市医保行政部门规定填写）的有关规定，不予通过。 |
| 查询方式 | （经办机构联系方式） |
| 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：