附件4

定点医药机构医保信用评级告知书

文号： 〔 〕

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | | | | | | |
| 统一社会信用代码 |  | | | | | | |
| 扣分指标 |  | | | | | | |
| 医疗保障经办机构处理意见 | 本次扣减信用分数 分；本年度现有信用分数 分。  予以        处理。  公章：  日期： | | | | | | |
| 送达人  签字 |  | 日期 |  | 接收人  签字 |  | 日期 |  |
| 备注：如有异议需15个工作日内提出书面申请，逾期视同无异议。 | | | | | | | |

本文书一式两份，经办机构留存一份，医药机构留存一份。