附件3

贵州省医疗保障定点医疗机构申办补正通知书

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构  名称 |  | | | | |
| 申请人姓名 |  | 联系电话 |  | 申办时间 |  |
| 根据《贵州省医疗保障定点医疗机构协议管理经办规程》规定，经审查，不符合受理要求，需补正以下材料： | | | | | |
| 1、《医疗机构执业许可证》复印件 | | | | | □ |
| 2、《营业执照》复印件 | | | | | □ |
| 3、《医师执业证书》复印件 | | | | | □ |
| 4、医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本 | | | | | □ |
| 5、医保有关的医疗机构信息系统相关材料 | | | | | □ |
| 6、医疗保障基金的预测性分析报告 | | | | | □ |
| 7、实际在职在岗职工花名册 | | | | | □ |
| 8、近三个月经营状况统计及会计报表 | | | | | □ |
| 9、营业服务场所产权或使用权证明材料复印件及场地平面图（标准面积、功能分区等）复印件 | | | | | □ |
| 10、法定代表人身份证复印件 | | | | | □ |
| 11、其他 | | | | | □ |
| 以上材料请于5个工作日内补正，逾期不补正的视为撤回申请。 | | | | | |
| 受理单位 |  | | | | |
| 受理人 |  | 电话 |  | 受理时间 |  |