附件2

烟台市基本医疗保险参保人员违规处理

通知书

文号： 参保人处〔 〕

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人  姓名 |  | | 性别 | |  | | 身份证号码 | |  | | |
| 违规  行为 |  | | | | | | | | | | |
| 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（总分100分）。  □予以警示提醒/约谈一次，望尽快改正。  □予以暂停医疗费用联网结算资格 个月，暂停结算时间自 年 月 日起至 年 月 日止。  公章  日期： | | | | | | | | | | |
| 送达人  签字 |  | 日期 | |  | | 参保人  签字 | |  | | 日期 |  |
| 备注：如有异议需5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，参保人本人留存一份。