附件1

曲靖市定点医疗机构医保医疗行为资格申请

定点医疗机构名称: 所在科室：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 | | |  | |
| 医师执业证书编码 |  | | | 执业类别 | | |  | |
| 医师注册证书编码 |  | | | 执业范围 | | |  | |
| 专业技术职务资格 |  | | | 取得证书时间 | | |  | |
| 执业单位所在科室 |  | | | 是否多点执业 | | |  | |
| 是否属恢复医保医疗行资格人员 |  | | | 申报前暂停医保医疗行资格起止时间 | | |  | |
| 服务承诺 | 严格执行《曲靖市医保医疗行为积分管理制度（试行）》，遵守医保医疗行为人员医疗服务规定，规范医疗行为，按照医疗保障各项政策规定，为参保人员提供优质的医疗服务。  申请人签名:  年 月 日 | | | | | | | |
| 定点医疗机构意见 |  | | | | 医保经办机构审核意见 |  | | |
| 医保局  意见 |  | | | | 市医保局经办机构公示情况 | | | 无异议/有异议 |

本表同时适用受医保部门暂停医保医疗行人员资格期满，申请恢复资格的申请资料。