附3

医保医疗行为人员违规行为记分告知书（模板）

编号：

：

20XX 年X月X日，我单位在检查、稽核、审核中发现你单位 XXX科室XXX等X名医务人员，存在以下违规行为。按照《医保定点医药机构服务协议》《曲靖市医保医疗行为积分管理制度（试行）》之规定，拟对你单位XXX科室XXX等XXX名医保医疗行为人员拟分别给予相应记分处理。

1.XXX，违规行为：...；拟记分...，合计记分...。

2.XXX，违规行为：...；拟记分...，合计记分...。

……

请你单位及时通知医保医疗行为本人，如无异议，我中心在本告知书发出5个工作日内予以相应记分处理。

特此通知

签 收: XXX医疗保险服务中心

20XX年X月X日 20XX年X月X日

备注：本通知一式三份，医保医疗行为人员本人和所在医疗机构、医保经办机构各一份。