

附件 2

长宁区特殊人群长期门诊代配药备案 结果告知书

委托人: _____ 身份证号码: _____
受托人 1: _____ 身份证号码: _____
受托人 2: _____ 身份证号码: _____
受托人 3: _____ 身份证号码: _____

您在_____年____月____日,提交的《长宁区特殊人群长期门诊代配药备案申请表》材料已收悉,参照本市《关于医疗保险定点医疗机构门诊委托代配药有关规定的通知》和长宁区《特殊人群医疗机构长期门诊代配药登记备案制度》的有关规定,对您的申请材料进行了审核。现将审核结果告知如下:

1. 经审核,您符合本区特殊人群长期门诊代配药申请条件,批准您开通长期门诊代配药。

2. 特殊人群有下列情形之一的,应当终止长期门诊代配药。造成医疗保障基金损失的,责令退回;构成犯罪的,依法追究刑事责任。

(1)代配药情况明显违反诊疗常规且与实际病情不符的,终止长期代配药,追回相关医保基金,一年内不予重新受理;

(2)将医保凭证转借他人或协助他人以代配药方式骗取医疗保障资源的,终止长期代配药,追回相关医保,并移交公安部门处理;

(3)扰乱医疗机构就医秩序,情节严重,构成违反治安管理行为的,终止长期代配药,一年内不予重新受理,并移交公安部门处理。

3. 经审核,您不符合本区特殊人群长期门诊代配药申请条件,原因:_____。如有病情变化等情况,您可重新申请。

XXXXXX 医疗机构
年 月 日

本文书一式两份,一份交申请对象,一份本机构留存。