附件3

信阳市定点医药机构信息表

填报单位（盖章）： 时　间：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | **单位名称** | **地  址** | **负责人** | **电  话** | **协议服务项目** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

备注：1. 各县区医保行政管理部门填报后报市局医疗保险科。

2．服务项目为门诊、住院、购药、特殊门诊、异地就医等，依据协议内容填报。