

内蒙古自治区人民政府办公厅关于印发 《内蒙古自治区本级医疗保障管理办法》的通知

内政办发〔2023〕7号

各盟行政公署、市人民政府，自治区各委、办、厅、局，各大企业、事业单位：

经自治区人民政府同意，现将《内蒙古自治区本级医疗保障管理办法》印发给你们，请认真贯彻执行。

2023年1月9日

（此件公开发布）

内蒙古自治区本级医疗保障管理办法

第一章 总 则

第一条 为进一步完善自治区本级职工医疗保障管理制度，根据《中华人民共和国社会保险法》《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）、《医疗保障基金使用监督管理条例》（中华人民共和国国务院令 第735号）等法律法规及文件精神，制定本办法。

第二条 自治区直属机关、企事业单位，呼和浩特地区的中央直属机关和中央直属企业自治区管理机构及其职工依照本办法参加自治区本级职工基本医疗保险。

第三条 自治区医疗保障机构对全区基本医疗保险实施行政管理，统一领导和组织自治区本级职工基本医疗保险工作。自治区财政部门配合做好基本医疗保险基金预决算汇总和基金使用的监督管理工作；自治区审计部门要定期对医保基金收支和管理情况进行审计；自治区卫生健康部门、药监部门要加强对定点医疗机构和定点零售药店的监督管理，积极推进医药卫生体制改革；内蒙古税务部门负责自治区本级基本医疗保险费的征缴；自治区医疗保险经办机构应当建立健全业务、财务安全、风险管理和预算绩效管理制度，做好服务协议管理、费用监控、基金拨付、待遇审核及支付等工作，并定期向社会公开医疗保障基金的收入、

支出、结余等情况，接受社会监督。

第二章 职工基本医疗保险

第四条 基本医疗保险费由参保单位和参保人员共同缴纳。缴纳基数每年核定一次，年度内不作调整。缴纳标准为：

（一）参保单位按上年度（业务年度）职工工资总额的 7% 缴纳。

（二）参保人员按上年度（业务年度）工资收入的 2% 缴纳。

（三）灵活就业人员的缴费费率为参保单位与参保人员缴费费率之和。

（四）以自治区上年度城镇非私营单位和私营单位加权计算的全口径城镇单位就业人员平均工资，作为年度医疗保险缴费基数标准。参保单位职工上年度平均工资低于自治区上年度城镇非私营单位和私营单位加权计算的全口径城镇单位就业人员平均工资 80% 的，以 80% 为缴费基数；高于 300% 以上的，以 300% 为缴费基数。灵活就业人员的缴费基数，按自治区上年度城镇非私营单位和私营单位加权计算的全口径城镇单位就业人员平均工资的 80% 核定。

随着经济社会发展，基本医疗保险费率由自治区人民政府作出相应调整。

第五条 参保人员符合法定退休条件，并具备以下条件的，可享受退休人员医疗保险待遇。

（一）单位参保人员。

1. 2005年6月30日之前参加医疗保险的人员，办理医疗保险退休手续时，连续缴费的可直接办理，中断缴费的应一次性补缴，不受缴费年限限制。

2. 2005年7月1日至2015年12月31日参加医疗保险的人员，医疗保险缴费年限应满20年。办理退休手续时，实际缴费年限不足20年的，由参保单位按其退休时当月工资为基数和当年基本医疗保险单位缴费比例一次性补缴所差实际缴费月数的基本医疗保险费，其费用全部纳入统筹基金，不划个人账户。

（二）灵活就业人员。

2016年1月1日之前参加医疗保险的人员，医疗保险缴费年限应满20年。实际缴费年限不足20年的，按照办理退休手续时上年度的缴费标准一次性缴纳余期应当缴纳的基本医疗保险费，也可不一次性进行补缴，按期缴费满20年后办理医疗保险退休手续。

（三）参保人员。

2016年1月1日后参加医疗保险的人员(含灵活就业人员)，参加职工基本医疗保险的个人达到法定退休年龄，且累计缴费年限满25年的，退休后不再缴纳基本医疗保险费，按照规定享受职工基本医疗保险待遇。达到法定退休年龄，累计缴费年限未达到规定年限的，按照上年度缴费标准一次性缴纳余期应当缴纳的基本医疗保险费。

第六条 基本医疗保险费按月缴纳，参保单位必须在规定时

限内足额上缴。职工个人缴纳的部分由参保单位从工资中代为扣缴。

第七条 参保单位要按照《中华人民共和国社会保险法》有关规定，及时办理基本医疗保险登记和申报手续。参保单位的登记事项发生变更或依法终止时，应当在变更或终止之日起 30 日内到医疗保险经办窗口办理变更或注销登记。

第八条 参保单位合并、分立或转制的，接收或继承单位必须及时到医疗保险经办窗口办理有关变更手续并清偿欠缴的基本医疗保险费、利息及滞纳金。按照《中华人民共和国社会保险法》有关规定，从欠缴之日起，按日加收万分之五的滞纳金。滞纳金并入基本医疗保险基金。滞纳金由接收单位或继承单位交纳。

第九条 参保人员因工作调动、死亡或与参保单位终止劳动关系，应缴清其应缴纳的基本医疗保险费用，并在 30 日内到医疗保险经办窗口办理转移、注销等手续。如不按时办理所发生的医疗费用全部由原单位承担。

第十条 基本医疗保险费不得减免，任何单位和个人不得以任何理由拒缴或少缴。

第十一条 基本医疗保险实行社会统筹和个人账户相结合的方式。参保人员缴纳的基本医疗保险费全部计入个人账户，参保单位缴纳的基本医疗保险费全部用于建立统筹基金。

第十二条 在职职工个人账户，按照本人参保缴费基数 2% 缴纳的基本医疗保险费计入。退休人员个人账户，以 2021 年全区平均基本养老金为基数，按照 2% 比例定额划入个人账户。

第十三条 基本医疗保险统筹基金和个人账户要划分各自的支付范围，按照以收定支、收支平衡、略有结余的原则，分开管理、分别核算，不得相互挤占。

第十四条 个人账户主要用于支付：

（一）在定点医药机构发生的符合有关政策规定范围内的医药费用；

（二）统筹基金起付标准以下的医疗费用；

（三）统筹基金起付标准以上、最高支付限额以下由个人负担的医疗费。个人账户不足支付的部分，由本人现金自付；

（四）国家、自治区规定的可用个人账户支付的其他费用。

第十五条 统筹基金主要用于支付参保患者住院、紧急抢救、经批准的门诊特殊慢性病和门诊特殊用药、普通门诊统筹等符合有关政策规定范围内的医药费用。

超出自治区基本医疗保险用药范围、诊疗项目和医疗服务设施范围的费用，统筹基金不予支付。统筹基金一个年度内所能支付的医药费用最高限额为 20.5 万元。

第十六条 参保人员在定点医疗机构一年内首次住院或紧急抢救，统筹基金起付标准为：三级甲等、特等医院为 600 元，三级乙等、丙等、无等医院为 400 元，二级甲等及以下医院为 300 元。一年内多次住院者，从第二次住院起付标准在首次住院起付标准的基础上依次降低 20%，但最低分别不得低于 400、300、200 元。

急诊直接转住院治疗的，合并扣除起付线。

第十七条 职工基本医疗保险参保人员在定点医疗机构住院床位费进入统筹部分最高不得超过以下标准：

（一）普通病房，三级医院每日 40 元，二级医院每日 30 元，一级医院每日 20 元；

（二）享受医疗照顾人员每日 100 元；

（三）其他病房，床位费按照自治区有关部门规定标准执行。

调整床位费标准后，实际住院床位费高于规定支付标准的，按规定支付；低于规定支付标准的，按实际费用支付。

第十八条 统筹基金起付标准以上，最高支付限额以下的部分，由统筹基金和参保人员按“分段计算，累加支付”的办法按比例支付。

（一）参保人员统筹基金支付比例如下：

进入统筹部分 住院医疗费用	在职人员统筹基金 支付比例			退休人员统筹基金 支付比例		
	三甲 或三 级特 等	三乙、三 丙或三 级无等	其他	三甲 或三 级特 等	三乙、三 丙或三 级无等	其他
起付线—3.5 万元	85%	90%	95%	88%	93%	98%
3.5 万元以上	95%	96%	97%	96%	97%	98%

门急诊（限三天内）发生的符合“三个目录”内的医疗费用，统筹基金支付比例为 70%；

（二）最高支付限额以上的医疗费用，通过建立职工大额医

疗保险的途径解决；

（三）基本医疗保险统筹基金起付标准、支付比例、最高支付限额可随经济社会发展和医疗消费水平的变化作相应调整；

（四）下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围：

1. 应当从工伤保险基金中支付的；

2. 应当由第三人负担的；

3. 应当由公共卫生负担的；

4. 境外就医的；

5. 体育健身、养生保健消费、健康体检；

6. 国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。对经济社会发展有重大影响的，经法定程序，可作临时调整。

医疗费用依法应当由第三人负担，第三人不支付或者无法确定第三人的，由基本医疗保险基金先行支付。基本医疗保险基金先行支付后，有权向第三人追偿。

第十九条 办理跨省临时外出备案人员就诊医院按异地就医有关规定执行，其住院医疗费用统筹基金支付比例在第十八条规定基础上降低 5%。

第二十条 参保人员使用乙类药品和用基本医疗保险支付部分费用诊疗项目治疗的，在抢救、急救期间按医嘱使用血液制品、蛋白类制品的，其费用均由本人自负 10%，其余部分由统筹基金和个人按规定比例支付。

医用耗材自付比例按自治区医疗保障有关规定执行，其余部分由统筹基金和个人按规定比例支付。

第二十一条 跨省异地长期居住人员办理异地就医备案后，可在就医地医疗保险定点医院及定点零售药店就医购药。发生的住院医疗费在所住医院实时报销，未能直接报销的医疗费用由本人垫付，就医结束后，持有效凭证到医疗保险经办窗口办理报销手续。

第二十二条 参保人员跨省因公出差或探亲期间患突发急病，所发生的医疗费用凭有效单据、诊断书、病历到医疗保险经办窗口办理报销手续。住院医疗费用报销标准在第十八条基础上降低5%。

在自治区内因公出差、探亲患突发疾病的参保人员，其医疗费用按第十八条报销比例执行。所发生的医疗费用凭有效单据、诊断书、病历到医疗保险经办窗口办理报销手续。

第二十三条 参保单位（灵活就业人员）欠缴基本医疗保险费，从欠费当月起所发生的医疗费用，统筹基金暂停支付，待补缴欠费后可办理报销手续。

第二十四条 社会保险基金银行存款实行统一计息办法。对存入收入户和支出户的活期存款实行优惠利率，按三个月整存整取定期存款基准利率计息。对存入财政专户的存款，利率比照同期居民储蓄存款利率管理。

第二十五条 参保人员个人账户的本金和利息为个人所有，

可以结转使用和依法继承。

第二十六条 参保人员有权对基本医疗保险基金运营情况实施监督，也有权向参保单位和医疗保险经办机构查询本人的个人账户资金收支情况。

第二十七条 自治区本级职工基本医疗保险实行定点医药机构管理，参保人员可自愿选择呼和浩特市市区内任何定点医药机构就医购药。

第二十八条 自治区医疗保险经办机构对定点医药机构的管理采取医疗服务协议管理的模式。定点医药机构要认真履行医疗服务协议及相关医疗保险政策，医疗保险患者入院三天内应办理医疗保险住院登记，严禁冒名顶替住院、挂床住院、分解住院等现象发生，严禁出售假药、劣药，串换药品及兑换现金等行为。

第二十九条 普通门诊统筹、门诊特殊慢性病和门诊特殊用药按照相关规定执行。

第三十条 省级干部、离休人员、老红军及文革中致残的全残人员不参加基本医疗保险，有关待遇不变，医疗费用按原资金渠道解决。

文革基残已退休人员参加基本医疗保险，在退休人员的起付标准基础上降低 10%；个人账户的建立执行退休人员的办法，自付比例在退休自付比例的基础上降低两个百分点。在职文革基残人员按普通退休人员的标准执行。

第三章 职工大额医疗保险

第三十一条 职工大额医疗保险主要解决自治区本级职工基本医疗保险参保人员因病发生的超出基本医疗保险统筹基金最高支付限额以上部分的医疗费用。

第三十二条 凡参加自治区本级职工基本医疗保险的单位和职工，都必须参加职工大额医疗保险。

第三十三条 职工大额医疗保险基金一年内的最高支付限额为 10 万元。

第三十四条 职工大额医疗保险基金按照以收定支、收支平衡的原则筹集，缴费标准为参保人员（含退休职工）每人每年 100 元，由参保单位缴纳，在职灵活就业人员由个人缴纳。

第三十五条 职工大额医疗保险费按业务年度缴纳，在每年六月底缴清，新参保人员职工大额医疗保险费在参保当月由单位全额缴纳。

第三十六条 职工大额医疗保险费不建立个人账户，参保单位缴纳的职工大额医疗保险费全部用于建立大额补充基金。职工大额医疗保险费不得减免，任何单位不得以任何理由拒缴或少缴。

参保单位不按规定缴纳职工大额医疗保险费，暂停享受职工大额医疗保险待遇。

第三十七条 参保人员在自治区本级统筹范围内流动的，职工大额医疗保险关系随同转移；参保人员调离自治区本级统筹范

围的，职工大额医疗保险关系及待遇从调离之日起终止。

第三十八条 参保人员使用乙类药品和用基本医疗保险支付部分费用诊疗项目治疗的，在抢救、急救期间按医嘱使用血液制品、蛋白类制品的，其费用均由本人自负 10%，其余部分由职工大额医疗保险基金和个人按规定比例支付。

医用耗材自付比例按自治区医疗保障有关规定执行，其余部分由职工大额医疗保险基金和个人按规定比例支付。

第三十九条 参保人员在区内或办理跨省长期异地居住备案后因病在定点医疗机构住院发生的符合“三个目录”内的医疗费用，职工大额医疗保险基金支付比例为 97%；办理跨省临时异地就医备案后住院或区外出差、探亲突发危急重症住院发生符合“三个目录”内的医疗费用，职工大额医疗保险基金支付比例为 92%。

门急诊发生的符合“三个目录”内的医疗费用，职工大额医疗保险基金支付比例为 70%。

第四十条 职工大额医疗保险基金与基本医疗保险基金分别运行，分开核算，专款专用，不得相互挤占、挪用。

第四十一条 职工大额医疗保险基金有结余的，可与商业保险合作，用于支付参保人员医疗费用中自负部分的费用。

第四章 职工基本医疗保险费用结算

第四十二条 自治区本级参保人员在定点医药机构发生的基本医疗保险个人账户基金、统筹基金、职工大额医疗保险基金、

公务员医疗补助金，自治区医疗保险经办机构与定点医药机构按月结算。

（一）结算方式：定点医药机构应在金融机构开设基本医疗保险基金结算账户，并将开户银行名称和账号报自治区医疗保险经办机构备案，实行转账结算。

（二）结算程序：定点医药机构每日需进行结账，月底汇总后在次月的1至5日（节假日顺延）将上月基本医疗保险月结算数据推送至自治区医疗保险经办机构业务系统核心端，同时将消费明细、日结算单、处方等资料妥善保管备查。

自治区医疗保险经办机构基金管理部门每月对定点医药机构的推送数据进行审核，审核无误后，将基本医疗保险个人账户基金、统筹基金、职工大额医疗保险基金、公务员医疗补助金与定点医药机构进行结算，其中，普通住院统筹基金按定点医疗机构实际发生额的90%拨付，年底根据医疗机构考核评级、违规扣款及超支分担等进行清算。

第四十三条 参保人员住院发生的由统筹基金支付的医疗费用按“总额预算”下的多种付费方式进行结算。

（一）在具备相应诊疗科目并实际开展业务的定点医疗机构，住院收治相应病种所发生的医疗总费用（不含生育医疗费用）均纳入按病种分值付费（DIP）范围。由自治区医疗保险经办机构按照“总额控制、病种赋值、月预结算、年度清算”的原则，与定点医疗机构以按病种分值付费的方式结算。

在医疗保险支出总额框架下建立按病种分值付费的大数据标准体系,纳入DIP管理的定点医疗机构根据总额预算管理要求,建立预算管理制度,形成缜密的预算导向、过程控制和基于预算结果评价的资源配置机制,围绕预算执行的偏离,实施对医疗行为的监管与考核,将考核结果与月预结算、年度清算挂钩。

(二)未纳入DIP管理的定点医疗机构,根据不同级别,参照以前年度或季度每人次住院发生的平均医疗费用,剔除不合理因素,合理制定总量指标和每人次住院平均定额管理标准。定额标准随基本医疗保险基金筹集比例的变化作相应调整。

第四十四条 定点医疗机构住院统筹基金支出超支分担。

(一)对纳入DIP管理的定点医疗机构年度超支分担按以下标准执行:当年度纳入按病种分值付费范围参保人员在该定点医疗机构住院发生的实际统筹基金记账费用总额是当年度该定点医疗机构按病种分值付费年度统筹基金预决算支付总额的110%以内时,超额部分的50%由该定点医疗机构承担,另50%由自治区医疗保险经办机构根据对定点医疗机构的考核进行合理调节后按比例承担。

当年度纳入按病种分值付费范围参保人员在该定点医疗机构住院发生的实际统筹基金记账费用总额是当年度该定点医疗机构按病种分值付费年度统筹基金预决算支付总额的110%以上时,自治区医疗保险经办机构只支付100%-110%以内部分的50%。110%以上部分由定点医疗机构自行承担,不纳入超支分担计算范围。

(二) 对未纳入 DIP 管理的定点医疗机构年度超支分担按以下标准执行：定点医疗机构住院统筹基金支付定额标准可上下浮动 10%，定点医疗机构实际发生的住院统筹基金费用，超过定额标准 10%—15%之间的，定点医疗机构和自治区医疗保险经办机构各自承担超标部分的 50%；超过定额标准 15%以上的部分，全部由定点医疗机构承担。

定点医疗机构实际发生的住院统筹基金费用低于定额标准 10%—15%之间的结余费用，将其结余部分的 50%奖给定点医疗机构；实际发生的统筹基金费用低于定额标准 15%以上的，自治区医疗保险经办机构按实际发生的医疗费用结算。

第四十五条 参保人员使用乙类药品和用基本医疗保险支付部分费用诊疗项目治疗的，危急重症参保人员在急救、抢救期间按医嘱使用血液制品、蛋白类制品的，其费用均由本人支付 10%，其余 90%由统筹基金、职工大额医疗保险基金和个人按规定比例支付。

医用耗材自付比例按自治区医疗保障有关规定执行，其余部分由统筹基金、职工大额医疗保险基金和个人按规定比例支付。

第四十六条 参保人员在本级定点医疗机构发生的急诊费用（限三天内），由定点医疗机构负责按规定标准直接结算。

参保人员在自治区外因公出差或探亲期间发生的符合有关规定的住院或紧急抢救的医疗费用，先由参保单位或个人垫付，诊治结束后，凭就诊医疗机构的病历资料、诊断证明、医疗费收

据、费用清单等有效凭证，到医疗保险经办窗口办理报销手续。

自治区外发生的住院医疗费用，报销比例在本地住院报销标准的基础上降低 5%，自治区内发生的住院医疗费用按本地住院报销标准执行。

第四十七条 办理跨省临时异地就医备案的参保人员在定点医疗机构发生的医疗费用可实时结算，未实时结算的医疗费用需由本人垫付，诊治结束后提供费用结算票据、费用明细、诊断书到医疗保险经办窗口办理报销手续。

住院医疗费用报销比例在本地住院报销标准的基础上降低 5%。

第四十八条 办理跨省长期异地居住备案的参保人员，在就医地医疗保险定点医药机构就医购药发生的符合规定的医疗费用纳入报销范围。所发生的医疗费用可实时结算，未能实时结算的医疗费用由本人垫付，就医结束后，持有效凭证到医疗保险经办窗口办理报销手续。所发生医疗费用按参保所在地报销比例执行。

第四十九条 参保人员中断基本医疗保险关系 6 个月（含）以内接续关系的，补交中断期间的基本医疗保险费，补缴当月即可享受医疗待遇，中断期间的待遇可按规定追溯享受，按比例划拨个人账户，缴费年限可连续计算；中断缴费 6 个月以上接续医疗保险关系的，中断期间发生的医疗费用不予报销。

第五十条 参保人员使用个人账户资金结算的医疗费用，医保基金不再予以报销。

第五十一条 为加强基本医疗保险基金管理，维护参保人员

正当权益，对医疗费用单据丢失致医疗费用无法报销的，参保人员可持《内蒙古自治区本级基本医疗保险参保职工丢失医疗费用发票核对单》(见附件)及时到就诊医疗机构办理票据丢失证明。在医疗费用发生的下年度12月31日前携带《内蒙古自治区本级基本医疗保险参保职工丢失医疗费用发票核对单》、诊断证明书、费用明细、病历到医疗保险经办窗口进行手工零星报销。

自治区医疗保险经办机构对于丢失医疗费用发票参保人员申报的医疗费用建立台账，认真做好核查，并按规定进行费用审核和结算工作。

第五十二条 自治区医疗保险经办机构对统筹基金和个人账户基金要分别管理，严格按照各自的支付范围结算，不得相互挤占。

第五十三条 自治区医疗保险经办机构每年对定点医药机构履行基本医疗保险服务协议情况进行考核。考核合格的定点医疗机构，按比例给付普通住院统筹基金剩余部分；不合格的，按协议予以扣除。

第五章 职工基本医疗保险个人账户

第五十四条 自治区医疗保险经办机构通过国家医疗保障信息平台，以居民身份证号码、单位代码作为本级参保人员基本医疗保险个人账户唯一标识，并负责对其使用情况进行监督管理。

第五十五条 基本医疗保险个人账户采用医保电子凭证、社

会保障卡等管理。

第五十六条 参保人员如遇转岗分流、退休等特殊情况，依据第十二条中有关规定划拨个人账户。

第五十七条 参保人员死亡的，停止划入个人账户资金，其个人账户予以注销，个人账户结余资金由所在单位到自治区医疗保险经办机构办理一次性支取手续。

第五十八条 参保人员个人账户本金和利息归个人所有，定向用于医药消费，超支不补，结余滚存。

第五十九条 参保人员在任何一家定点医药机构就医购药，使用个人账户资金时均通过医保电子凭证或社会保障卡直接结算。个人账户资金不足支付时，由本人现金支付。

第六十条 参保人员在使用个人账户资金时，必须符合相关政策规定的费用支出。

第六十一条 个人账户资金与统筹基金分开核算，单独管理，不得挪用或相互挤占，更不得用于平衡基本医疗保险统筹基金。

第六十二条 参保人员因工作调动、岗位变化、死亡、社会保障卡丢失及损坏等原因需更换、补发、注销社会保障卡的，持有效证明及时到有关部门办理。

第六十三条 如发现参保人员弄虚作假、冒名顶替等违法违纪行为，按国家或自治区有关法律法规进行处理。

第六十四条 个人账户支付的医药费用由定点医药机构与自治区医疗保险经办机构实行联网结算，接入内蒙古自治区医疗

保障信息平台业务专网，使用统一结算软件和统一结算办法，并接受稽核与监督。

第六十五条 自治区医疗保险经办机构要加强对参保职工个人账户使用的监督和管理的工作，发现问题及时纠正，确保网上结算数据正确。对违反医疗保险政策的行为，按照有关法律法规和服务协议相关规定进行处理。

第六十六条 加强医疗保险个人账户支出管理，定点医药机构严禁串换项目、虚开发票、套取个人账户基金等违法行为。要加强政策宣传，引导广大参保人员合理规范使用基本医疗保险个人账户基金。

第六章 附 则

第六十七条 本办法自 2023 年 3 月 1 日起执行。

原《内蒙古自治区人民政府办公厅关于进一步完善自治区本级职工医疗保险制度的通知》（内政办字〔2008〕44 号）、《内蒙古自治区人民政府办公厅关于印发〈内蒙古自治区本级职工基本医疗保险管理办法〉等五个办法的通知》（内政办发〔2014〕111 号）同时废止。

附件：内蒙古自治区本级基本医疗保险参保职工丢失医疗费用发票核对单

附件

核对单编号：_____年____月____日_____号

内蒙古自治区本级基本医疗保险参保职工 丢失医疗费用发票核对单

定点医疗机构名称：

定点医疗机构编码：

患者姓名：_____身份证号码：_____住院病历号：

_____收费收据号：_____，于_____年____月____日因
_____疾病，在我院就医，共发生住院/门
诊医疗费用_____元。

住院医疗费用收据核对单

项 目	金 额	项 目	金 额	项 目	金 额
西药费		诊疗费		床位费	
中成药		化验费		取暖费	
中草药		治疗费		卫材费	
检查费		护理费		其 他	
手术费		输氧费			
核磁费		输血费			
CT 费		放射费			
合计（大写）：				¥：	

定点医疗机构

定点医疗机构

财务签章：

年 月 日

医保办签章：

年 月 日

备注：此单一式两联，参保人员、定点医疗机构各执一份。

抄送：自治区党委各部门，内蒙古军区，武警内蒙古总队。

自治区人大常委会办公厅、政协办公厅，自治区监委，自治区

高级人民法院，检察院。

各人民团体，新闻单位。

内蒙古自治区人民政府办公厅文电处

2023年1月13日印发
