

ᠠᠨᠤᠯᠤᠰ ᠤᠨ ᠤᠯᠤᠰ ᠤᠨ ᠤᠯᠤᠰ ᠤᠨ ᠤᠯᠤᠰ ᠤᠨ ᠤᠯᠤᠰ ᠤᠨ ᠤᠯᠤᠰ ᠤᠨ ᠤᠯᠤᠰ

内蒙古自治区人民政府办公厅文件

内政办发〔2014〕111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

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《内蒙古自治区本级职工基本医疗保险管理办法》、《内蒙古自治区本级职工大额医疗保险管理办法》、《内蒙古自治区本级职工基本医疗保险费用结算办法》、《内蒙古自治区本级职工基本医疗保险转诊转院和特殊医疗项目

检查及治疗管理办法》和《内蒙古自治区本级职工基本医疗保险个人账户及社会保障卡管理办法》印发给你们，请认真遵照执行。



2014年10月27日

(此件公开发布)

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，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

2014年10月29日印发

目 录

内蒙古自治区本级职工基本医疗保险管理办法	(5)
内蒙古自治区本级职工大额医疗保险管理办法	(16)
内蒙古自治区本级职工基本医疗保险费用结算办法	(18)
内蒙古自治区本级职工基本医疗保险转诊转院、 特殊医疗项目检查及治疗管理办法	(23)
内蒙古自治区本级职工基本医疗保险个人账户及 社会保障卡管理办法	(26)

内蒙古自治区本级职工 基本医疗保险管理办法

第一章 总 则

第一条 为推进我区城镇职工基本医疗保险制度改革，保障职工基本医疗，根据《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44号）、《中华人民共和国社会保险法》、《内蒙古自治区人民政府关于建立城镇职工基本医疗保险制度的实施意见》（内政发〔1999〕74号）及国家、自治区相关法律法规，制定本办法。

第二条 自治区直属机关、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，都要依照本办法，参加自治区本级的职工基本医疗保险。

第三条 自治区医疗保险行政部门对城镇职工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，监督检查医疗保险基金的收支情况，其主要职责是：

（一）贯彻落实国家和自治区城镇职工医疗保险的有关政策。

（二）会同有关部门制定和完善自治区城镇职工医疗保险的有关政策、制度。

（三）对申报定点的医疗机构、零售药店进行资格审定。

(四) 对基本医疗保险经办机构实施行政管理和监督。

(五) 对基本医疗保险各项政策执行情况进行监督、检查，查处各种违反基本医疗保险有关规定的行为。

(六) 协调基本医疗保险实施工作中各部门的关系。

第四条 自治区医疗保险管理局（以下简称医保局）具有自治区机构编制委员会批文（内机编办发〔2013〕43号）规定的职能和职责。

第五条 自治区财政部门要加强对基本医疗保险基金的监督和管理；审计部门要定期对医保基金收支和管理情况进行审计；自治区卫生行政部门、药品监督部门要加强对定点医疗机构和定点零售药店的行政管理，积极推进医药卫生体制改革；自治区地税直属征收分局负责自治区本级医疗保险费的征缴。

第六条 自治区人民政府设立由政府有关部门代表、参保单位代表、医疗机构代表、工会代表和有关专家参加的基本医疗保险基金监督组织，对医疗保险基金的征缴、管理和使用进行监督。

第二章 基本医疗保险基金的筹集

第七条 基本医疗保险费由参保单位和参保人员个人共同缴纳。缴纳基数每年六月核定一次，年度内不作调整。缴纳标准为：

(一) 参保单位以上年度职工工资总额为基数，按7%缴纳。

(二) 参保人员个人以上年度工资收入为基数，按 2% 缴纳。

(三) 灵活就业人员的缴费费率为参保单位与参保个人缴费费率之和。

(四) 参保人员退休：

单位参保人员：

参保人员符合法定的退休条件，并同时具备以下条件者，享受退休人员医疗保险待遇：

1、2005 年 6 月 30 日以前参加医疗保险的人员，在办理医疗退休手续时，可直接变更，不再计算缴费年限。

2、2005 年 7 月 1 日后参加医疗保险的人员，办理医疗退休手续时，实际缴费年限不足 20 年的，须由用人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帐户。

灵活就业人员：

灵活就业人员符合法定退休条件，并同时具备以下条件者，享受退休人员医疗保险待遇：

1、医疗保险缴费年限满 20 年。实际缴费年限不足 20 年的，参照单位参保人员一次性补缴办法补缴。

2、灵活就业人员，也可以不办理医疗退休手续，延长缴费至满 20 年后办理医疗保险退休手续。

(五) 参保单位上年度职工平均工资低于呼和浩特地区上年

度社会平均工资的 80% 的，以平均工资的 80% 为缴费基数；高于呼和浩特地区上年度平均工资 300% 以上的，以 300% 为缴费基数。

灵活就业人员的缴费基数按呼和浩特地区上年度社会平均工资的 80% 核定。

随着经济的发展，基本医疗保险费的费率由自治区人民政府作出相应调整。

第八条 在参加基本医疗保险的基础上，用人单位可以为职工建立补充医疗保险。补充医疗保险费在工资总额 4% 以内的部分，从职工福利费中列支，福利费不足列支的部分，经财政部门批准后列入成本。补充医疗保险基金由用人单位自行管理。

第九条 基本医疗保险费按月缴纳，也可以按季度、年度预缴。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用人单位从工资中代为扣缴。

第十条 参保单位要按照《社会保险法》的有关规定，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 日内到医保局办理变更或注销登记。

第十一条 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保局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。滞纳金按《社会保险法》规定从欠缴之日起，按日加收万分之五的滞纳金。滞纳金并入医疗保险基金。滞

纳金由接收单位或继承单位交纳。

第十二条 参保人员因工作调动、死亡以及与用人单位终止劳动关系，应缴清其应缴纳的医疗保险费用，并在 30 日内到医保局办理转换、保管、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。

第十三条 基本医疗保险费不能减免，任何单位和个人不得以任何理由拒缴或少缴。

第三章 基本医疗保险统筹基金和个人账户的建立

第十四条 基本医疗保险实行社会统筹和个人账户相结合。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分为两个部分，一部分用于建立统筹基金，一部分划入个人账户。

第十五条 参保单位缴纳的基本医疗保险费划入个人账户部分，按不同年龄段确定。以本人上年度工资收入为基数，年龄在 45 岁以下（含 45 岁）的职工，按 1.1% 比例计入个人账户；年龄在 45 岁以上至退休的职工，按 1.3% 的比例计入个人账户；退休人员按退休金总额 3.5% 的比例计入个人账户。随着基金运行情况适时调整划入比例。

在职职工实足年龄按有关部门认定的年龄确定。

第十六条 调入、调出第二条所列各用人单位的职工要及时办理个人账户有关手续。

第四章 基本医疗保险基金的支付

第十七条 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，按以收定支、收支平衡、略有节余的原则，分开管理、分别核算，不得相互挤占。

第十八条 个人账户主要用于支付：

（一）在定点医疗机构门诊就医、在定点零售药店购药支出的符合有关政策规定范围内的医疗费、药费。

（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，由本人自付。

第十九条 统筹基金主要用于支付参保患者的住院、紧急抢救、经批准的特殊慢性疾病和门诊特殊检查治疗的医疗费用。

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。

第二十条 参保人员在定点医疗机构一年内首次住院或紧急抢救，统筹基金的起付标准为：三级甲等医院为 600 元；三级乙等医院为 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%，但三级甲等、三级乙等、二级甲等及以下医院最低不得低于 400、300、200 元。

统筹基金一个年度内所能支付的医疗费用最高限额为 20.5

万元。

第二十一条 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：

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	三乙	其他	三甲	三乙	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

（二）最高支付限额以上的医疗费用，通过建立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、最高支付限额今后随职工年平均工资和医疗消费水平的变化做相应调整。

（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、在境外就医的。

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。

第二十二条 具有区外转院资格的定点医院确因技术、设备条件所限，诊断不明或治疗确有困难的疑难重症患者需转往区外（京、津、沪）诊治的，须由该院提出转院意见，经医保局批准后方可转院，所转医院必须是当地医保定点医院，其住院医疗费用统筹基金支付比例在第二十一条规定基础上降低5%。

第二十三条 参保人员住院治疗期间，按医嘱使用乙类药品、基本医疗保险支付部分费用的诊疗项目，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先由本人支付10%，其余部分由统筹基金和个人按规定比例支付。

第二十四条 长期异地居住、安置的退休人员和因工作需要驻外一年以上的参保人员，需要办理外埠就医的由本人选择三家当地基本医疗保险定点医疗机构和一家定点零售药店就医购药，由所在单位出具证明，经医保局批准后备案。所发生的医疗费用先由本人垫付，就医结束后，持有效凭证到医保局办理报销手续。

第二十五条 参保人员在区外因公出差或探亲期间患突发急病，在医保局备案（6个工作日内）后，所发生的医疗费用凭有效单据、诊断书及用人单位证明到医保局办理报销手续。住院医疗费用报销标准在本办法第二十一条基础上降低5%。在区内因公出差、探亲患突发疾病的参保人员，其医疗费用按本办法第二十一条报销比例执行。

第二十六条 参保单位或参保人员任何一方欠缴基本医疗保险费，从欠费的下月起所发生的医疗费用，统筹基金暂停支付，待补缴欠费后凭有关凭证到医保局办理报销手续；中断时间超过6个月以上的，中断期间发生的医疗费不予报销。

第五章 基本医疗保险基金和医疗服务的管理

第二十七条 基本医疗保险基金由医保局统一管理，纳入同级财政专户，实行收支两条线管理，专款专用，任何单位和个人不得挤占挪用，也不能用于平衡财政预算，不得从中提取经办机构事业经费。医保局要建立健全基本医疗保险预决算制度、财务会计制度和内部审计制度，加强基本医疗保险基金的管理。

第二十八条 基本医疗保险基金的银行计息办法：当年筹集的基本医疗保险基金按活期存款利息计息；上年转结的基金本息，按3个月期整存整取银行存款利率计息；存入财政专户的沉淀资金，比照3年期整存整取储蓄存款利率计息，并不低于该档次利率水平。

第二十九条 参保人员个人账户的本金和利息为个人所有，可以转结使用和依法继承。

第三十条 参保人员有权对基本医疗保险基金运营情况实施监督，也有权向用人单位和医保局查询本人的个人账户资金收支情况。

第三十一条 自治区本级职工基本医疗保险实行定点医疗机

构和定点零售药店管理。参保人员可自愿选择呼和浩特市区内任何定点医疗机构和定点零售药店就医、购药。

第三十二条 医保局对定点医疗机构和定点零售药店的管理采取医疗服务协议管理的模式。定点医疗机构和定点零售药店要认真履行医疗服务协议及相关医保政策，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。

第三十三条 门诊特殊慢性病管理采取定期审核审批制度。

尿毒症进行血液透析、器官移植术后使用抗排异免疫调节药物、癌症放化疗、癌症非放化疗、冠心病（安装起搏器、置放血管支架及搭桥术后）、结核六种疾病需在门诊药物治疗的，每月审批一次。

糖尿病合并严重并发症（即并发眼底出血或渗出、并发脑血管疾病、并发周围神经炎、并发皮肤感染）、高血压Ⅲ期（即血压达到确诊高血压水平，并合并脑血管意外或高血压脑病、左心衰竭、肾功衰竭、眼底出血或渗出）、脑出血及脑梗塞恢复期（肌力在三级以下）、肝硬化肝功能失代偿期并发严重疾病、系统性红斑狼疮、帕金森氏病、精神病、慢性肾功能衰竭氮质血症期及尿毒症期、类风湿关节炎、再生障碍性贫血、骨髓增殖性疾病、硬皮病、银屑病、乙型和丙型病毒性肝炎（肝功能正常，携带病毒不需要治疗者除外）、肺纤维化十五种疾病需在门诊药物治疗的，每年审批一次。

第六章 有关人员的待遇

第三十四条 国家公务员参加基本医疗保险，并享受医疗补助政策。公务员补助基金有结余的，可与商业保险合作，用于支付参保人员医疗费用中自付部分的费用。

第三十五条 行政事业单位分流人员离职参加学习培训，仍参加原单位基本医疗保险。分流到企事业单位的人员，参加所在单位的基本医疗保险。辞职人员是否参加基本医疗保险，本着本人自愿原则，基本医疗保险费全部由本人缴纳。

第三十六条 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，适当照顾，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退休人员的标准执行。

第七章 附 则

第三十七条 本办法自发布之日起实行。

原《内蒙古自治区本级职工基本医疗保险暂行办法》同时废止。

内蒙古自治区本级职工 大额医疗保险管理办法

第一条 为了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最高支付限额以上部分的医疗费用，根据《内蒙古自治区本级职工基本医疗保险管理办法》，制定本办法。

第二条 内蒙古自治区本级职工大额医疗保险在自治区人力资源和社会保障厅统一领导下，由自治区医疗保险管理局（以下简称医保局）组织实施。

第三条 凡参加自治区本级职工基本医疗保险的单位和职工，都必须参加大额医疗保险。

第四条 大额医疗保险基金一年内的最高支付限额为 10 万元。

第五条 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每人每年 100 元（含退休职工），由用人单位缴纳，解除劳动关系的灵活就业人员由个人缴纳。

第六条 大额医疗保险费按年度缴纳，在每年一月底前一次缴清。新参保人员的大额医疗保险费在参保时由单位一次性全额缴纳。

第七条 大额医疗保险费不建立个人账户，用人单位缴纳的

大额医疗保险费全部用于建立大额补充基金。大额医疗保险费不能减免，任何单位不得以任何理由拒缴或少缴。

用人单位不按规定缴纳大额医疗保险费，暂停享受大额医疗保险待遇。

第八条 参保人员在自治区本级统筹范围内流动的，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，大额医疗保险关系及待遇从调离之日起终止。

第九条 参保人员在定点医疗机构发生的符合“三个目录”内的大额医疗费用，大额医疗保险基金支付比例为 97%，转诊转院的支付比例为 92%。

第十条 参保人员在定点医疗机构住院治疗期间按医嘱使用乙类药品和用基本医疗保险支付部分费用的诊疗项目治疗；在抢救、急救期间使用血液制品、蛋白类制品的，其费用本人自负 10%，大额医疗保险基金支付 90%；转往区外医院发生的费用本人自付 15%，大额医疗保险基金支付 85%。

第十一条 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。

第十二条 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付部分的费用。

第十三条 本办法自发布之日起实行。

原《内蒙古自治区本级职工大额医疗保险暂行办法》同时废止。

内蒙古自治区本级职工 基本医疗保险费用结算办法

第一条 为加强自治区本级职工基本医疗保险费用的结算管理，根据《内蒙古自治区本级职工基本医疗保险管理办法》（以下简称《办法》），制定本办法。

第二条 参保人员在定点医疗机构门诊就医或到定点零售药店购药、在定点医疗机构住院治疗应由个人负担的费用，由本人与医疗机构、零售药店结算。使用个人账户资金时用社会保障卡结算，不足部分由本人现金支付。

第三条 自治区本级参保职工在定点医疗机构、定点零售药店刷卡支付的基本医疗保险个人账户基金，自治区医疗保险管理局（以下简称医保局）与定点医疗机构、定点零售药店按月结算。

（一）结算方式：定点医疗机构、定点零售药店应在金融机构开设基本医疗保险个人账户基金结算账户，并将开户银行名称和账号报医保局备案，医保局将实行转账结算。

（二）结算程序：定点医疗机构、定点零售药店每日需进行结账，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个人账户刷卡月结算单和结算发票上报医保局，同时将消费明细、日结算单、处方等资料妥善保管备查。

医保局基金管理部门每月对定点医疗机构、定点零售药店的上报材料进行审核，审核无误后，将基本医疗保险个人账户基金与两定机构进行结算。

第四条 参保人员住院发生的由统筹基金支付的医疗费用按“总额预付”下的多种付费方式进行结算。

医保局区别不同级别的定点医疗机构，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。

第五条 定点医疗机构住院医疗费用定额标准可上下浮动10%，定点医疗机构实际发生的费用，超过定额标准10%—15%之间的，定点医疗机构和医保局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；实际发生的费用低于定额标准15%以下的，医保局按实际发生的医疗费用结算。

实行“总额控制”的定点医疗机构，实际发生的费用低于年度总额控制标准，结余的费用全部归定点医疗机构。

定点医疗机构每月将参保患者的出院费用明细月报表汇总后上报医保局，审查合格后，医保局先支付其费用的90%。

第六条 参保人员住院期间，按医嘱使用基本医疗保险支付

部分费用的诊疗项目，须经定点医疗机构医保部门批准，其费用均先由本人支付 10%，其余 90%由统筹基金和个人按规定比例支付；按医嘱使用《内蒙古自治区基本医疗保险药品目录》所列乙类药品，其费用均先由本人支付 10%，其余 90%由统筹基金和个人按规定比例支付。

第七条 参保人员门诊就医因病需做特殊治疗者，须经医保局批准，起付标准（300 元）以上，最高支付限额以下的费用，由统筹基金和个人按规定比例支付。

第八条 急危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，可先使用，并在 5 日内到定点医疗机构医保部门补办审批手续，其费用先由本人支付 10%，其余 90%由统筹基金和个人按规定比例支付。

第九条 参保人员住院床位费标准按自治区物价部门规定的普通住院病房床位费标准确定，需隔离以及危重病病人的住院床位费，先由个人支付 20%，其余部分按规定比例支付。

第十条 参保人员在本级定点医疗机构发生的急诊费用（限三天内）和留观费用，由定点医疗机构负责按规定标准直接结算。

参保人员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，凭所在单位出具的因公出差证明、就诊医疗机构的病历资料或复印件、诊断证明、复式处方、医疗费收据等有效凭证，到医保局

办理支付手续。在区外（不包含国外、港澳台地区）发生的费用，报销比例在本地住院报销标准的基础上减低 5%，在区内发生的费用按本地住院报销标准执行。

第十一条 经医保局审核批准转往区外定点医疗机构诊治的参保人员发生的医疗费用，先由本人垫付。诊治结束后由所在单位凭转院审批手续、病历资料或复印件、医疗费收据、社会保障卡等有效凭证到医保局审核后按有关规定支付，报销比例在本地住院报销标准的基础上降低 5%。经批准转往区外定点医疗机构诊治和复查的，未住院的连续 7 天内的门诊检查费用列入基本医疗保险支付范围，目录内费用支付 70%。急诊、转院和复查的起付线标准比照住院起付线标准规定执行，并与住院起付线合并计算。

第十二条 异地安置退休人员和因工作需要驻外工作一年以上的参保人员，在当地定点医疗机构和定点零售药店发生的符合有关规定的门诊、住院或紧急抢救的医疗费用，由本人或家属持外埠就医审批表、所住定点医疗机构或定点零售药店的病历资料或复印件、诊断证明、复式处方、医疗费用结算单等有关凭证到医保局办理支付手续。住院医疗费用按参保所在地住院报销比例执行，门诊医疗费从个人账户中支付。

第十三条 参保人员中断基本医疗保险关系 6 个月以内接续关系的，按 5.5% 的费率一次性补交中断期间的基本医疗保险费及滞纳金后，可继续享受基本医疗保险待遇，但不划个人账户，

缴费年限可连续计算；超过6个月以上接续医疗保险关系的，按5.5%的费率一次性补交中断期间的医疗保险费及滞纳金，并设立一年准入期，缴费年限可连续计算，但不划个人账户，中断期间的医疗费用不予报销。

第十四条 医保局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。

第十五条 医保局每年对定点医疗机构进行履行基本医疗保险服务合同情况的评价。达到合同约定要求的，自治区医保局给付剩余部分；未达到的，按协议予以扣减。

第十六条 本办法自发布之日起实行。

原《内蒙古自治区本级职工基本医疗保险费用结算暂行办法》同时废止。

内蒙古自治区本级职工基本医疗保险转诊转院 特殊医疗项目检查及治疗管理办法

为了加强和规范自治区本级基本医疗保险参保人员转诊转院、特殊医疗项目检查及治疗的管理，根据《内蒙古自治区本级职工基本医疗保险管理办法》制定本办法。

一、转诊、转院的审批管理

第一条 定点医疗机构实行首诊医疗机构和首诊医师负责制，参保人员因病确需到定点医疗机构住院诊治时，定点医疗机构要严把住院审核关，严禁收治不符合住院条件的患者。

第二条 定点医疗机构转诊、转院原则上由低等级定点医疗机构转往高等级定点医疗机构（专科疾病除外），同级别定点医疗机构之间相互转院，只限于转出定点医疗机构缺少某种必须的医疗设施或对症治疗手段而无法医治的患者。

第三条 定点医疗机构因诊疗技术、设备条件所限，参保人员因患疑难重症疾病需转往区外定点医疗机构诊治，须经具有区外转院资格的定点医疗机构组织专家会诊后提出转院意见，并提供详实的转院病情介绍，定点医疗机构医保部门审核登记，主管院长签字加盖本院转院专用章后，自治区医疗保险管理局（以下简称医保局）审批同意后方可转院。

第四条 外转参保患者确诊后回原定点医疗机构治疗，原定

点医疗机构必须接收患者就診治疗，但不得挂牌住院。

第五条 参保人员转往区外医疗机构门诊就医診治时间为 20 天；住院治疗时间原则上不超过 60 天，如病情危重需延长时
间者，应在转院期满前 10 日内到医保局办理转院延期手续。

第六条 经首診定点医院确诊的传染病、精神病患者，
须经医保局办理转院手续后，方可到专科医院治疗。

二、特殊医疗项目检查 and 治疗的审批管理

第七条 特殊医疗项目检查指在明确诊断过程中，医疗机构
通过特殊的检查仪器、设备所进行的病情检查，单项费用在 200
元以上（含 200 元）的检查项目。如 CT、核磁共振等。

特殊治疗指为治疗某种疾病所采取的特殊治疗手段。如人工
器官安装、置换，体外碎石等。

第八条 参保人员住院期间因病需做特殊检查及特殊治疗
者，先由定点医院经主治医师提出建议并填写《特殊检查及
特殊治疗审批表》，经科室主任签字后到定点医院医保部门
审核备案，再到医保局审批备案。

急危重参保患者需进行特殊检查和特殊治疗时可先行检查与
治疗，5 日内办理相关审批手续。

第九条 参保人员因病确需在住院期间进行单项收费在 200
元以上（含 200 元）的特殊检查和治疗，其费用结算按照《自治
区本级职工基本医疗保险费用结算办法》中有关规定执行。

第十条 各定点医院应严格掌握特殊医疗项目检查及治

疗适应症，不得随意扩大检查治疗项目。凡未按规定程序审批的特殊检查和特殊治疗所发生的医疗费用，医保局不予支付。

第十一条 本办法自发布之日起实行。

原《内蒙古自治区本级职工基本医疗保险转诊转院和特殊医疗项目检查及治疗管理暂行办法》同时废止。

内蒙古自治区本级职工基本医疗保险个人账户 及社会保障卡管理办法

第一条 为切实加强自治区本级基本医疗保险个人账户管理，方便参保人员就医购药，根据《内蒙古自治区本级职工基本医疗保险管理办法》，制定本办法。

第二条 自治区医疗保险管理局（以下简称医保局）按照公民身份证号码、单位代码为本级所有参保人员逐一建立《基本医疗保险个人账户》，并负责对其使用情况进行监督管理。

第三条 基本医疗保险个人账户采用社会保障卡管理。

第四条 基本医疗保险个人账户的构成及资金来源详见《内蒙古自治区本级职工基本医疗保险管理办法》。

第五条 参保人员如遇转岗分流、退休等特殊情况，医保局将依据《内蒙古自治区本级职工基本医疗保险管理办法》中有关规定及时调整缴费比例和个人账户资金划入比例。

第六条 参保人员因病或其它原因死亡的，停止划入个人账户资金，其个人账户予以注销，个人账户资金有结余的可由其继承人继续使用；需领取个人账户结余资金的由所在单位医疗保险专管人员到医保局办理手续。

第七条 参保人员个人账户本金和利息归个人所有，定向用于医疗消费，超支不补，结余滚存。具体计息办法按《内蒙古自

治区本级职工基本医疗保险管理办法》中有关规定执行。

第八条 参保人员在本市任何一家定点医疗机构或零售药店就医、购药，使用个人账户资金时均通过社会保障卡与医疗机构和零售药店直接结算。个人账户资金不足支付时，由本人现金支付。

第九条 个人账户资金的主要用途。

（一）在定点医疗机构门诊、定点零售药店就医购药支出的医疗费、药费。

（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。个人账户资金不足支付的部分，由本人自付。

第十条 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、损坏等原因需更换、补发、注销社会保障卡的，由参保单位负责持有效证明及时到有关部门办理。

第十三条 参保人员如发现伪造社会保障卡，弄虚作假、冒名顶替等违纪行为，将依据《内蒙古自治区本级城镇职工基本医疗保险管理办法》中有关规定予以处罚。

第十四条 定点医疗机构、定点零售药店与医保局实行计算

机联网结算，计算机接入自治区金保工程业务专网，使用统一结算软件和统一结算办法，接受医保局稽核与监督。

第十五条 医保局要加强对参保职工社会保障卡使用的监督和管理，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《中华人民共和国社会保险法》和服务协议相关规定进行处理。

第十六条 加强医疗保险个人账户支出管理，定点医疗机构、定点零售药店不得利用社会保障卡串换项目、虚开发票、套取个人账户基金。要加强政策宣传，引导广大参保人员合理规范地使用基本医疗保险个人账户基金，充分发挥个人账户在就医购药和保障健康方面的作用。

第十七条 社会保障卡的相关问题及使用方法，参保人可登陆内蒙古自治区社会保障卡服务网（www.12333k.cn）在线查询办理或拨打 12333 电话服务热线进行咨询。

第十八条 本办法自发布之日起实行。

原《内蒙古自治区本级职工基本医疗保险个人账户及 IC 卡管理暂行办法》同时废止。