

医保管理工作制度

1. 建立医院医疗保险管理组织，在院长领导下开展工作。设立医疗保险办公室并配备____名专(兼)职管理人员，具体负责本院医疗保险工作。

2. 制定医保管理措施和具体的考核奖惩办法，医保办有明确的岗位职责，健全与医疗保险管理相适应的内部管理制度和相应措施。

3. 建立医保管理网络，贯彻落实相关的医保规章制度。医院信息管理人员对医保相关软件要妥善维护；医保新政策出台，按要求及时下载和修改程序，及时上传下载，确保医保数据安全完整。

4. 严格执行卫生行政部门规定的各项医疗技术规范、病案管理和相关业务政策规定，合理检查、合理用药、合理治疗。

5. 采取切实措施，落实医疗保险住院费用控制标准，杜绝冒名住院、分解住院、挂名住院和其它不正当的医疗行为，控制并降低住院药品占比、自费率占比，确保医疗保险药品备药率达标。

6. 做好医疗保险收费项目公示，公开医疗价格收费标准。规范药品库、费用库的对照管理，规范一次性医用材料的使用管理。

7. 严格执行医保规定，确保数据的准确及时传送和网络的正常通畅运行。

8. 及时做好协调工作，加强医院医保、信息、财务、物价部门与社保中心相关部门的对口联系和沟通。

9. 定期组织医务人员学习医疗保险相关政策和业务操作，正确理解、及时贯彻落实医疗保险有关规定，按照医疗保险政策规定和医疗规范指导检查各部门医疗保险执行情况。

医保管理工作制度（二）

为保证参保人员享受基本医疗服务，促进社会保障及卫生事业的发展，根据《临沂市城镇职工基本医疗保险定点机构管理试行办法》、《临沂市城镇职工基本医疗保险定点机构考核办法》及各县〈农村合作医疗保险特约医疗机构协议〉等有关文件精神，进一步规范我院的医保管理工作制度。

一、就医管理

1、严格执行首诊负责制和因病施治的原则，合理检查、合理治疗、合理用药，不断提高医疗质量。

2、坚持“以病人为中心，以质量为核心”的思想，热心为参保病人服务。优化就医流程，为就诊病人提供优质、便捷、低廉、高效的医疗环境。

3、严格执行基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准，做到因病施治、合理检查、合理治疗、合理用药、不断提高医疗质量。

4、诊疗中，凡需提供超基本医疗保险支付范围的医疗服务，需由参保人员承担费时，必须事先征得病人或家属的同意并签字。未征得病人许可，擅自使用目录外药品及诊疗项目、医疗服务设施，引起病人投诉，除承担一切费用外，按投诉处理。

5、严格掌握各种大型仪器设备的检查和治疗标准，需要检查大型仪器设备的病人，按医保要求办理相关手续，由医教科审批后，方可有效。

6、严格掌握医保病人的入、出院标准。医保病人就诊时，应核对医保手册，进行身份验证，严格把关，禁止交通事故、打架斗殴、工伤

等非医保基金支付范围的病人列入医保基金支付。对新入院的医保病人，应通知病人必须在____小时内将医保卡交给医院刷卡，医保手册由病区保管。

7、门诊及住院病历，应书写规范齐全，各种检查治疗、用药及出院带药需符合病情及相关规定。门诊处方及住院病历，应妥善保存备查，门诊处方至少保存____年，住院病历至少保存____年。

8、病人住院期间需转上级医院门诊检查(不包括治疗项目),应告知病人事先办理转院核准手续。病人需转院治疗的,医院应事先开具转院核准表,由病人到医保中心办理核准手续。

9、严格收费,不得擅自立项,抬价、不巧立名目。

10、特检特治审核表或有关检查治疗申请单(如牙科收费单)及记账单据须留存备查。

二、医保用药管理

1、严格按《医保考核》有关备药率的要求,根据医院实际情况配备好医保目录内中、西药品,满足医保病人就医需要。

2、及时向医保机构提供医院备药清单,包括药品商品名、通用名和剂型等详细资料。

3、严格按照急性病人不超过七日量,慢性病人不超过十五日量,规定疾病(肝炎、肺结核、精神病、癌症、糖尿病、冠心病)不超过一个月量,并应在处方上注明疾病名称。患者出院带药,与病情相关药品不超过半个月量,辅助用药限带一般剂量的原则掌握处方量,并在医保病历中作好记载。治疗项目不属于出院带药范围。

4、医保病人要求处方药外配时,应使用专用处方,并到挂号处医保窗口,加盖外配处方专用章,为病人提供方便。

5、医务人员应熟悉《药品目录》的有关内容,对控制用药应严格《药品目录》规定的适应症使用。使用蛋白类制品应达到规定生化指标合,并经医教科审批方可使用,有效期最长为____天。门诊病人使用营养类药品一律自费。

6、使用中药饮片应严格按照规定剂量控制,严禁开变相复方(二味或二味饮片)

7、特殊病种病人的门诊检查、用药必须查看由医保中心核准的特殊病种治疗建议书及门诊治疗卡，按并建议书中核准的检查、用药范围，按规定使用特殊病种专用处方，在治疗卡有效期内刷卡记账。

三、费用结算管理

1、严格按《临沂市城镇职工基本医疗保险定费用结算试行办法》的有关规定，按时上报核对无误有费用结算《申报表》，要求各类报表内容项目齐全、数据正确、保存完整。

2、参保病人日常刷卡就医和出院结账过程中，如出现异常数据，应及时与医保中心结算科或信息科联系，查明原则保证结算数据的正确性。

3、门诊人次计算标准：同一手册编码一天内多次刷卡，只算一个人次；住院人次计算标准：同一手册编码十天内以相同病种再次刷卡住院的，算一个人次。

4、挂号窗口计算机操作员应先培训后上岗，挂号、计费应直接用医保卡读卡操作，绝对不允许采用输入保障号操作。刷卡操作时要保证对卡操作成功后，才能把卡取出来，药品输入要慎重，不要输错，不要随便退药。

5、特殊病种病人刷卡记账要慎重，必须查看由医保中心核准的特殊病种治疗建议书及门诊治疗卡，非建议书中核准的检查、用药范围，和超过治疗卡有效期的。绝对不准进入特殊病种刷卡记账系统进行操作。一经查出，所扣费用由当班操作人员支付。

6、出院操作要确定所有的项目全部录入完毕，并核对无误后才能办理出院手续，以保证上传的数据完整正确。

7、遇刷卡障碍时操作人员应做好解释工作，并及时报告机房管理人员，或医院医保管理人员，严禁擅自进行非法操作，或推诿病人。

8、外地医保病人及农村合作医疗管理参保人员发生的住院医疗费用，出院时由参保病人结清医疗费，医院提供医疗费用清单、入院录和出院录和住院发票。

四、计算机系统维护管理

1、重视信息管理系统的开发和建设，医保新政策出台时，按统一要求及时下载和修改程序，使其符合规定，为参保病人提供全天候持卡就医服务

2、要妥善维护医保中心提供的终端软件，不得出现人为原因导致数据篡改、丢失或设备损坏。医保系统出现故障时应及时向医保中心信息处报告，并限期排除，以保证系统的正常运行。

3、每天检查圈存转发和上传下载的进程是否正常，如死机要进行进程重启。

4、医院上传下载的时间间隔不能设置太长(一般为____分钟)，更不能关掉上传下载进程，导致数据不能及时上传下载，影响参保人员个人账户。严禁修改数据库中的索引和触发器。

5、每月对账产生不符时，数据修改要根据发票如实修改，数据修改要严谨，不得随便修改明细和总账数据，严禁添加就医流水。

为了更好的开展该项工作，市医保中心要求定点医疗机构在完善内部管理制度的同时，在制度规定中必须具备以下内容：

一、降低参保人员个人负担的管理办法。含诱导参保病人使用全自费项目、将统筹支付项目由参保人员自费，在医保支付系统外收全自费项目等方面的管理措施。

二、控制药品费用占医疗总费用的比例的措施。

三、控制自费药品占医疗总费用的比例的措施。

四、医保目录内药品备药率及使用率管理办法。

五、杜绝冒名顶替就医、挂床住院、分解住院情况的管理办法。

六、杜绝推诿重症病人、或过度降低基本医疗水平的管理办法。

七、超剂量开药的管理办法。

八、建立按季度向医院各(病房)科室通报执行医疗保险政策情况的制度。

九、合理使用大型设备检查、治疗、贵重药品的内部管理制度。

二〇一一年____月____日

医保管理工作制度（三）

1、根据我院和社保局签定的《协议》严格执行基本医疗保险各项政策、规定。

2、成立“医药费用管理领导小组”并确定专人管理医保工作，保证医保病人的就医住院需求。

3、医保负责人积极准时参加社保局要求参加的业务会、培训会，及时学习掌握相关政策并向病人宣传解释，对违反医疗保险管理的行为坚决、及时予以纠正。

4、对参保人员就医认真进行身份核对和证件核对，保证医保病人就医的真实性。

5、专人负责管理医保病人，记帐收费使用专用电脑，杜绝差错发生。

6、对医保病人严格掌握入院指征和出院标准，不小病大医，不延长住院时间，保证国家财产不受损失。

7、外伤病人入院后要求医保办人员及时按社保局规定向社保局报告，防止超范围和不符合报销条件的病人报销。

8、严格医保病人诊疗项目管理，不准将非医保人员的医疗费记入基本医疗保险帐内。

9、凡医保住院病人均按医生处方如实记帐，自费药物和项目事先向病人告知，不准开甲药拿乙药现象发生。

医保管理工作制度（四）

根据社保局医疗保险管理和医疗管理文件精神，结合我院实际，特制定医院医疗保险工作的有关规定。

一、认真核对病人身份

参保人员就诊时，应核对医疗保险手册。遇就诊患者与参保手册身份不符合时，告知患者不能以医保手册上身份开药、诊疗，严格把关，遏制冒用或借用医保身份开药、诊疗等违规行为；对车祸、打架斗殴、酗酒、工伤、自杀、自残、整容、镶牙、流产等类病人不能享受医保、合作医疗政策待遇，对不能确认外伤性质、原因的不得使用医疗保险卡直接办理住院登记，门急、诊医生如实记录病史，严禁弄虚作假。

二、履行告知义务

对住院病人告知其在规定时间（____小时）内提供医疗卡（交给住院收费室或急诊收费室）和相关证件交给病区。

三、严格执行《四川省基本医疗保险药品目录和医疗服务项目目录》

不能超医疗保险限定支付范围用药、诊疗，对提供自费的药品、诊疗项目和医疗服务设施须事先征得参保人员同意，并在病历中签字确认，否则，由此造成病人的投诉等，由相关责任人负责自行处理。

四、严格按照《处方管理办法》有关规定执行。

每张处方不得超过____种药品（西药和中成药可分别开具处方），门诊每次配药量，一般疾病不超过____日量，慢性疾病不超过____日量。院病人必须在口服

药物吃完后方可开第二瓶药，否则医保做超量处理。严格掌握用药适应症，住院患者出院时需巩固治疗带药，出院带治疗性药品，一般不超过____日量执行。

五、严格按照规定审批。医疗保险限制药品，在符合医保限制规定的条件下，同时须经过医院审批同意方可进医保使用。否则，一律自费使用，并做好病人告知工作。

六、病历书写须规范、客观、真实、准确、及时、完整记录参保病人的门诊及住院病历，各种意外伤病人，在门、急诊病历和住院病程录中必须如实的记录意外伤害发生的时间、地点和原因。

七、合理用药、合理检查，维护参保病人利益。医院医保目录内药品备药率西药必须达到____%、中成药必须达到____%。(控制自费药使用)。住院病人需要重复检查的必须有原因分析记录。

八、严格掌握医疗保险病人的入、出院标准。严禁分解门诊处方开药、人为分解住院人次；禁止挂床住院或把门诊治疗、检查的病人作住院处理，住院病历内容必须规范完整，如发现住院医嘱中只有药物医嘱或只有检查、检验医嘱的情况引起医保的拒付款，全额由科室、诊疗组和相关责任医生负责。

九、严格按照规定收费、计费，杜绝乱收费、多收费等现象。各科主任、护士长高度重视，做到及时计费，杜绝重复收费和出院当天补记材料费(如导管、肠内营养管)或出院一次汇总计费、累计计费(如氧气费等)，各种费用记帐必须与病历医嘱相符合。由于乱收费、多收费、重复收费产生的医保拒付款全额由科室、诊疗组和相关责任医生、护士负责。

十、全体医生通过各种渠道充分了解医疗保险的相关政策，医院定期对医保工作进行检查公示，对最新医保政策、文件等及时组织进行院内组织学习。

十一、管理中心所提供的终端软件，要妥善维护；医保新政策出台，按要求及时下载和修改程序，及时上传下载，确保医保数据安全完整，为参保病人提供全天候持卡就医服务。

对违反以上制度规定者，按职工奖惩条例处理，并全额承担医保拒付款。

医保管理工作制度（五）

1、认真贯彻执行国家、

劳动保障部门颁布的城镇职工医疗保险各项配套政策和管理办法。

2、不断提高基本医疗保险管理服务水平，努力为广大参保患者提供优质高效的服务。

3、在分管院长领导下，认真遵守《医疗定点机构服务协议书》的各项规定，严格按照协议要求开展医保管理工作。

4、严格按照《医疗保险定点机构计算机局域网运行管理制度》规范工作行为，熟练掌握操作规程，认真履行岗位职责。

5、坚持数据备份制度，保证网络安全通畅。

6、准确做好医保数据对帐汇总工作，月终按照上传总额结回费用。

医保办工作职责

1、认真贯彻执行医疗保险法律法规和政策，建立健全医保工作的规章制度。

2、努力学习、宣传医保政策规定，提高业务素质。积极主动的支持、配合和协调医保部门的各项工作，并结合实际运行情况提出意见和建议。

3、负责全院医保管理工作。协调好医保管理中心，参保职工、医院等多方面的关系，为医保患者营造一个通畅的绿色就医通道。

4、根据有关医保文件精神，严格掌握医保病种范围和用药范围，确保参保人员享受基本的医疗保证和优质的医疗服务。

5、规范医疗行为，确保医疗安全，保证工作序的运行。

6、设专人负责计算机医保局域网的管理和维护，保证计算机硬件、软件和系统的正常运行。

基本医疗保险管理规定

1、做到就诊患者身份证件与参保人员本人相符，病与症相符，所患疾病与所使用的药品、诊疗项目相符，药品与需要的数量相符，使用的药品数量、诊疗项目与费用相符。

2、办理门诊收费时，如发现所持证件与身份不符，应扣留卡，并及时通知医保办。

3、应进行非医保支付病种的识别，发现因斗殴、酗酒、违法犯罪、自杀、自残患者和因工负伤、生育、交通事故等患者使用医保卡就诊应及时通知医保办。

4、严格执行医保管理中心制定的医保特定病种门诊的管理规定，依据诊断标准客观做出诊断，不得随意降低标准或弄虚作假。正确使用特定病种门诊病历处方，认真做好记录。

5、凡向参保人员提供超出医保范围以外的用药、治疗，征得参保人员或其家属同意，未经参保人员同意和签定协议的，由此造成的损失和纠纷由医护方当事人负责。

6、医保目录内的同类药品由若干选择时，在质量标准相同的情况下，应选择疗效好、价格较低的品种。

7、严格执行医疗质量终结检查制度。

8、认真做好医保目录通用名的维护工作。新购药品应及时调整医保类型并上传至医保管理中心。

9、按时与银行日终对账，向医保中心上传结算数据，及时结回统筹基金应支付的住院费用，做到申报及时、数据准确

10、做好医保网络系统运行正常，数据安全。

基本医疗保险就医管理规定

1、对前来就医的患者，接诊医生要询问是不是医保病人如果是医保病人要核对持卡人和就医者是不是为同一人，严格拒绝持他人的医疗卡就医，并对来人进行耐心的解释。

2、要主动向病人介绍医保用药和自费药品范围，尽可能最大限度的使用老药、常用药和甲类药。

3、坚持使用医保用药和非医保用药分处方开方的原则，坚决杜绝大处方、人情方、不

规则用药处方和不见病人就开处方等违规行为。

4、对方用药有怀疑的病人，请他在医疗保险用药范围的明细表中进行查询，让病人做到明明白白看病，明明白白治疗，明明白白用药，明明白白消费。

5、对门诊持《职工医疗保险特定病种门诊病历处方本》的病人，严格按审批得病种对症用药，认真掌握药品的适应症、用药范围和用药原则，坚持执行低水平、广覆盖、保障基本医疗需求的原则。

6、对进行和使用非医保范围的医疗服务，要征的医保病人的统一，以避免医保病人个人担的费用增加。

计算机系统管理员职责

1、熟悉并管理全院医保网络系统和通讯线路的分布，熟练掌握全站医保计算机设备的运行状态。能排除一般故障。对重大系统故障要及时联系有关部门尽快解决，并如实记录。

2、负责医保系统软件的日常维护，定期对主机系统资源和数据库资源的维护和管理，并对病毒做好预防措施。

3、认真学习医保各项规定，熟练使用应用程序，经常对目录库进行必要的检查及维护。

4、对新增及有疑问的药品和诊疗项目，及时作上传处理，由医保管理中心统一进行控制。

5、定期向医保管理中心上传药品和诊疗项目库，以便进行核对。

6、负责对医保工作人员进行指导和安全培训，确保系统安全运行。

门诊刷卡工作人员职责

(医保管理部分)

1、认真核实医保病人的 ic 卡，正确输入病人基本信息。

2、严禁私自涂改医保比例、药品目录、医疗项目、费用金额等，对医保病人的医疗费用应在认真仔细审核的基础上严格按照医保规定进行录入及结算。

3、负责核查医保病人的真实性。

4、工作期间不允许其他非操作人员进行违规操作。保证系统正常运行，规范、正确的进行计算机操作。

5、当日工作完成后，应及时汇总医保与非医保收费金额，并将收费及时解交银行。

医保病人身份核对制度

1、临床科室收治参保病人必须核对病人身份，防止冒名顶替。

2、核对被保险人的资料后将病人的 ic 卡及身份证明文件的复印件附在病历中。

3、被保险人出院后其 ic 卡及身份证明文件的复印件应附在病历中归档。

4、长时间住院参保病人阶段结算重新入院，被保险人的 ic 卡及身份证明文件的复印件可重新复印附在运行病历中。

医保管理工作制度（六）

1、病案室、统计室工作制度(1) 做好病历保存工作，不得丢失。

(2) 负责给每位就诊的医疗保险者建立病历，并在病历首页上加盖“医疗保险”专用章，而与普通病人加以区分，便于管理。

(3) 对检查医疗保险病历提供借阅支持。

(4) 提供相应统计数据。

2、门诊部工作制度

(1) 负责登记好每位医疗保险的门诊、住院患者就医信息。

(2) 出诊医师必须按照《处方管理办法》进行诊疗，在门诊病历上如实记录医疗保险、患者每次就诊的诊疗项目，要求门诊病历与处方相符合。

(3) 门诊医师严格执行医疗保险的各项规章制度，不得出现作假情况。

(4) 做好医疗保险的宣传及解释工作。

3、结算人员工作制度

(1) 临床各个科室结算人员必须对患者的住院费用与医嘱进行认真核对，在患者出院当日进行准确结算。

(2) 医保办及住院处相关结算人员审核无误后方可与患者结算住院费用。

(3) 住院处指定相关结算人员定期向上级医保部门报送结算信息及纸介，并负责查找未结算人员_____，

使上级医保中心及时划拨已发生的住院费用。

4、药械科工作制度

(1) 按照《处方管理办法》进行管理。

(2) 认真核对医疗保险处方，分别保存。

(3) 药品单价费用超百元或每张处方超_____元需到医保办审核，盖章批准方可领药。此处方要单独存放以备检查用。

(4) 为检查提供相应处方。

5、医务科工作制度

(1) 负责医疗保险患者的医疗质量。

(2) 定期组织对门诊及住院病历进行合理用药、合理检查、合理治疗的检查工作。

(3) 配合医疗保险政策，做好宣传和解释工作 (4) 负责医疗保险的医疗纠纷的处理工作。

(5) 做好单病种诊断治疗、病历书写、费用限制等管理工作与检查工作。

6、计算机室工作制度

(1) 负责医疗保险网络的维护工作。

(2) 负责医疗保险软件的建设，包括预算、联系、软件的开发。

(3) 负责全院网络的建设工作。

(4) 负责计算机的培训、维修工作，保证医疗保险工作的顺利实施。

医疗保险病历、处方审核制度

1、医保住院患者均需由主管医师、主治医师按医保管理规定，审核无误后办理出院。

2、出院后的所有病历均由医保办再次审核，违纪者按院内医疗保险处罚标准进行处罚。

3、医保办定期到病房检查医疗保险患者的诊疗情况。

4、每月对医疗保险处方进行抽查，按《处方管理办法》及《医保管理处罚标准》进行管理。

医疗保险结算制度

(一) 门诊的费用结算

1、门诊医疗费用结算统一采用社保(ic 卡)或现金支付方式结算。由被保险人每次到门诊就医时,出示本人 ic 卡直接与定点医疗机构结算或直接支付现金结算。

2、属于特殊病种的门诊结算,收费员应核对被保险人的特定病种医疗卡,把相关的诊疗

数据通过大医保结算系统上传到社保结算中心,根据返回的信息结算。

(二)住院的费用结算

1、被保险人入院时,住院收费处应核实被保险人的 ic 卡及相关身份证明文件,在规定的时间内为被保险人办理住院登记手续,并将资料及时市社保局。因特殊原因,未能及时上传资料的,应在获得有关资料的同时,报市社保局备案后,按规定的程序办理登记手续。

2、被保险人出院时,应根据有关规定,通过大医保结算系统,将相关的结算数据上传至医保结算中心进行结算,收取被保险人住院费用总额中被保险人应自付的部分,被保险人或其家属在社会保险住院结算单上签字作实。其余属于基金支付的部分由市社会局与定点医院机构结算。

3、每月的被保险人住院结算情况、收费明细资料和有关的住院资料应按时送报市社会保险经办机构审核。

4、在被保险人办理住院登记及结算时,有任何疑问,收费员应文明用语,耐心解答,多向被保险人宣传新的医疗保险政策。医疗保险政策宣传及培训制度

1、政策宣传制度

(1)宣传内容主要是医保证策及由政策配套的实施措施等。

(2)宣传形式包括以下几方面:每年进行

_____次全院性质医保试题解答活动;在住院部及门诊部显要位置设立医保宣传栏,定期更换内容;定期整理医保政策解答,装订成册进行发放,向患者发放

医保住院须知；通过院内导报及网络进行宣传；请上级医保中心人员进行来院讲座、由医护人员向患者进行宣传及医保办开通咨询热线等。

2、培训制度

(1)对新来的工作人员及进修医生均进行岗前培训、考试，合格上岗。

(2)每月一次对医保专管员进行培训。

(3)参加上级医保中心组织的各种培训活动。

医疗保险奖惩标准

违纪处罚标准：

1、处方使用。工伤、公费医疗及医疗保险使用医疗保险专用处方医疗保险处方上出现自费药品，扣发工资____元。

2、用量：1)急性病____天量；2)慢性病____天量；

3)出院带药不得超过两周量。

由科主任签字把关。处方超量每项扣发工资____元。无科主任签字把关者，扣发奖金____元。

3、开药原则：

1)不得重复开药。（两次看病间药量未使用完又开同样的药）。2)不得分解处方。同一天开两张(含两张)以上处方的同一种药3)用药必须与诊断相符。4)不得超医师级别开药。

出现违规、不符者每次每项扣发奖金____元。

4、大额处方管理：

不得出现大额处方（超(含)____元），特殊情况需审批盖章。出现未审批的大额处方每次每项扣____元。

5、处方书写。1)一张处方只限开____种药。2)处方内不得缺项。

3) 书写处方的剂量用法要规范。例。单位剂量____总量 / 每次使用剂量、途径、用法。4) 诊断必须用中文书写。

违规者每次每项扣发工资____元。

6、门诊病历;1) 患者看病必须建门诊病历。

2) 开药、检查、治疗必须在病历中如实记载。

①不建病历扣工资____元，并补齐；

②无如实记载每次每项扣发工资____元。

7、贵重药品使用原则：单价超(含)____元贵重药品的使用必须先审批(抢救除外)，并有病程记录。违规者每次每项扣发工资____元。违纪处罚标准：

8、自费药或部分自付药使用原则。凡使用自费药或部分自负的药品时，必须在《住院患者应用自费或部分自负项目签字表》上有病人或病人家属同意使用意见或单位同意报销的有效签章。违规者每项扣发工资____元。

9、大型检查：

1) 凡进行大型检查大于等于____元的检查必须先办理审批手续；2) 凡进行大型检查必须主任以上人员同意使用意见。违规者每次每项扣发奖金____元。

10、病历费用检查

1) 严格将费用与医嘱核对，以医嘱计价为准，在出院前将不符的药物退还或补充。

2) 严格核对各项检查单、化验单，以回报单作为收费的依据。因此应及时追回报告果，并贴在病历上。在出院前将未做的检查，及时取消其收费。3) 出院带药必须写在临时医嘱上，否则拒报。

11、不许出现作假情况。用药、检查、治疗时必须杜绝出现弄虚作假者(包括写假病历号、假诊断、假化验单等。不许隐瞒事实或阻挠院方和上级医保中心正

常检查和管理工作。发现作假者扣发所在科室____元/次；曝光于社会，给医院造成不良影响者，根据情节严重情况扣发所在科室收入，严重者给予行政处罚。

住院患者医疗保险管理制度

一、住院医疗保险患者身份确认制度

1、医疗保险身份确认证明。患者本人的《基本医疗保险手册》。

2、患者住院期间，其《宁波市基本医疗保险手册》交付到医疗保险办公室，出院后交还给患者。遇到特殊情况需要外借时，需补足押金，否则一律不准外借。

二、医疗保险住院押金管理规定

1、手续齐全时，住院处可以按照医疗保险患者身份办理住院手续。住院患者的身份输入要求按照医疗保险的身份输入。已确认身份的医疗保险患者住院押金收取标准(元/人次)

2、住院期间根据病情及用费情况进行追收押金。

3、制定收缴押金数额的依据：

三、医疗保险住院患者缴费及结算管理制度

1、患者住院后，首诊负责的医护人员首先要察看计算机内该患者的身份，并再次明确该病人是否为医疗保险患者。

2、通知患者将《医疗保险手册》立即送到院医疗保险管理办公室，以确定其医疗保险身份。

3、经确认后的医疗保险患者，其押金金额可以出现负数，当住院押金不够时，仍可进行录入；但未经院医疗保险管理办公室最终确认医保身份的医疗保险患者，在用药、检查、治疗中也要严格按照医疗保险有关规定执行，但住院费用要全额缴足，押金按照____%收取，不能出现欠费现象。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/478117112004006133>