**目 录**

[贵阳市医疗保障稽核案件办理程序暂行规定（征求意见稿） - 2 -](#_Toc10878)

[第一章   总  则 - 3 -](#_Toc25605)

[第二章  管 辖 - 4 -](#_Toc1066)

[第三章   稽核职责 - 5 -](#_Toc30977)

[第四章 稽核实施 - 7 -](#_Toc10324)

[第五章   审核与处理 - 10 -](#_Toc1984)

[第六章   附  则 - 15 -](#_Toc7294)

贵阳市医疗保障稽核案件办理附件

1. [医疗保障稽核案件来源登记表 - 17 -](#_Toc5042)

2. [医疗保障稽核启动审批表 - 19 -](#_Toc25213)

3. 医疗保障稽核通知 - 19 -

4. 医疗保障稽核案件暂停（终止）审批表 - 17 -

5. 医疗保障稽核案件暂停（终止）调查通知书 - 17 -

6. [医疗保障稽核案件恢复调查通知书 - 26 -](#_Toc6868)

7. [医疗保障稽核案件工作记录表 - 28 -](#_Toc32214)

8. [医疗保障稽核案件询问（调查）笔录 - 30 -](#_Toc560)

9. [医疗保障稽核案件行政机关审核意见书 - 32 -](#_Toc14515)

10. [医疗保障稽核案件拟处理告知书 - 34 -](#_Toc10082)

11. [医疗保障稽核案件陈述申辩书 - 36 -](#_Toc19932)

12. [医疗保障稽核案件合议记录 - 37 -](#_Toc18251)

13. [医疗保障稽核案件处理决定 - 38 -](#_Toc1815)

14. [医疗保障稽核违规医保基金、违约金延（分）期缴纳申请表 - 40 -](#_Toc11097)

15. [医疗保障稽核违规医保基金、违约金延期/分期缴纳审批书 - 41 -](#_Toc7124)

16. [医疗保障稽核违规医保基金、违约金延期/分期缴纳通知书 - 42 -](#_Toc23051)

17. 提请行政处罚建议书.........................................- 44 -

**贵阳市医疗保障稽核案件办理程序暂行规定（征求意见稿）**

**第一章   总  则**

**第一条**   为规范医疗保障稽核案件办理程序，确保医保基金安全运行，提高基金使用效率，维护参保人员的合法权益，根据《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革指导意见》和《国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管使用常态化监管的实施意见》等国家有关规定，制定本规定。

**第二条**   本规定所称医疗保障稽核案件是指医保经办机构依照《贵州省医疗保障定点医疗机构服务协议》、《贵州省医疗保障定点零售药店服务协议》对定点医药机构违约使用医保基金行为进行处理的事项；依照《社会保险法》、《社会保险稽核办法》对用人单位侵害个人社会保险权益以及其他单位和个人违规使用医保基金行为进行处理的事项。

**第三条**   医疗保障稽核工作坚持以事实为依据，以法律为准绳，以协议约定为框架，以规范为目的，遵循依法依规、公平公正、廉洁高效的原则。

医保经办机构实施稽核应当遵循公正、公开原则，对违约案件的处理要做到事实清楚，证据确凿，适用协议条款正确、定性准确、程序合法、文书适用规范。

**第四条**   医疗保障稽核工作由县级以上医疗保障经办机构（以下简称医保经办机构）具体实施。市级医保经办机构对县级医保经办机构稽核工作进行指导。各级医保经办机构之间应当加强联合协作，信息交流共享，同一时期对同一被稽核对象实施核查应当联合进行，避免重复、多头检查。

**第五条**  医保经办机构应当加强与行政监管工作的有效衔接，完善经办稽核的检查规程，细化实施程序和业务细则，强化结果运用等，规范协议监督管理工作，并接受医疗保障行政部门的指导和监督。

医保经办机构应定期向医疗保障行政部门报告医疗保障稽核工作情况。医疗保障行政部门应当对所属医保经办机构实施的稽核案件加强监督。

**第二章  管 辖**

**第六条** 医保经办机构在实施稽核过程中发现异地就医医药机构存在违法违规行为的，报送同级医疗保障行政部门移交就医地医疗保障行政部门处理。发现异地参保人员存在违法违规行为的，报送同级医疗保障行政部门移交参保地医疗保障行政部门处理。

****第七条****  医保经办机构认为其管辖的协议违约案件存在特殊原因，难以办理的，可报请同级医疗保障行政部门参与共同办理。需要行政处罚的，报同级医疗保障行政部门处理。

对于有重大影响的违约案件，医疗保障行政部门应当参与案件办理。

**第三章   稽核职责**

**第八条**   医保经办机构应当加强医疗保障法律、法规、规章、医保协议及有关政策的宣传引导，督促定点医药机构及其工作人员依协议提供规范服务，确保参保人员享受合法待遇。

**第九条**   医保经办机构充分利用医疗保障智能监控系统，做好事前提醒、事中预警、事后监管，将定点医药机构及其工作人员提供的医药服务行为和参保人员（含在本地就医的异地参保人员）就医购药信息等纳入稽核范围。医疗保障稽核类型主要包括：

（一）日常稽核。医保经办机构应当制定日常稽核工作计划，根据工作计划实施日常稽核。主要包括：对定点医药机构协议履行及落实医疗保障政策情况日常巡查；对定点医药机构申报费用审核后发现的问题、通过智能审核等发现的疑点问题、对异地医保经办机构委托协查的稽核事项等开展日常稽核。

（二）专项稽核。根据医疗保障行政部门制定的年度专项工作计划，医保经办机构可依职责对辖区内定点医药机构开展专项稽核。

（三）重点稽核。医保经办机构根据医疗保障基金风险评估、数据分析、业务运行中的突出问题或突发事件等情况以及医疗保障行政部门交办转办的投诉举报线索，实施重点事项稽核。

**第十条**   医保经办机构实施医疗保障稽核，可以采取下列措施并履行相应职责：

（一）通过定点医药机构获得医保费用稽核所需要的信息数据资料，包括但不限于医疗保障基金结算清单，药品、医用耗材的“进、销、存”数据等；

（二）对被稽核对象落实医疗保障政策、履行医保协议、使用医保基金、享受医保待遇等情况进行调查、询问；采取记录、复制、拍照、录音、录像等方式收集稽核有关情况和资料；

（三）依据医保协议约定，对协议履行情况进行稽核。定点医药机构申报费用有不符合医保支付政策规定及违反医保协议的，经核查属实，依据协议给予相应处理；

（四）督促定点医药机构在规定的期限内落实整改检查意见，并确认整改结果。

**第十一条**   医保经办机构对下列内容实施医疗保障稽核：

（一）定点医药机构履行医保协议、落实医疗保障政策情况，包括就医和购药管理、医疗服务、价格管理、支付范围、支付标准、支付方式、费用结算等规定的执行情况；

（二）定点医药机构履行医保协议、使用医疗保障基金的数据和资料，包括医疗保障基金结算清单，药品、医用耗材的“进、销、存”数据，与医疗保障基金结算有关的处方、病历、治疗检查记录、费用明细、会计凭证、财务账目等；

（三）定点医药机构向医保经办机构申请支付的医疗服务项目、药品、医用耗材等费用情况；

（四）参保人员享受医保待遇情况及遵守医疗保障政策规定情况；

（五）定点医药机构及其工作人员履行医保协议的其他情况，相关单位和个人使用医疗保障基金的其他情况;

（六）医疗保障行政部门委托实施监督检查的其他事项。

**第十二条**  医疗保障稽核人员开展工作时应遵守下列规定：

（一）不得妨碍被稽核对象正常的工作秩序；

（二）不得泄露被稽核对象的商业秘密和个人信息，不得将工作中获取、知悉的被稽核对象相关资料或者信息用于医疗保障以外的其他目的；

（三）不得泄露举报人的相关信息；

（四）不得参与被稽核对象安排的任何有碍公平公正开展稽核工作的活动。

**第四章 稽核实施**

**第十三条**  医保经办机构依据管理职责或者通过投诉举报、日常稽核、专项稽核、费用审核、智能监控、大数据分析、网络监测、医疗保障行政部门交办转办或联合行政部门开展稽核等途径发现的违约行为线索，应当自发现线索或者收到材料之日起10个工作日内予以初步核查。初步核查后认为存在定点医药机构违反协议约定、用人单位侵害个人社会保险权益以及其他单位和个人违法违规使用医保基金事实需要查处的，报请本单位负责人决定是否启动稽核。启动稽核后应书面通知被稽核单位。

**第十四条** 调查过程应当确定两名以上稽核人员负责。参与违约案件办理的稽核人员有下列情形之一的，应当自行回避，回避情形应如实记录：

（一）稽核人员与被稽核对象法定代表人、主要负责人、实际控制人有亲属关系或者经济利益关系的;

（二）稽核人员与被稽核对象有其他利害关系，可能影响稽核工作公正实施的。

被稽核对象有权以书面或口头形式申请有前款规定情形之一的人员回避。

稽核人员的回避，由其所在医保经办机构的负责人决定；医保经办机构负责人的回避，由同级医疗保障行政部门决定。对稽核人员的回避作出决定前，稽核人员不得停止实施稽核。医保部门应当自收到回避申请之日起3个工作日内做出是否回避决定，并告知当事人。

**第十五条** 稽核人员应当对案件进行客观、公平、全面调查，对搜集原件原物存在困难的，可以提取复制件、影印件、电子数据拷贝件，也可是视频、照片。复制件、影印件、电子数据拷贝件应当由证据提供人核对后注明与原件一致，并注明日期、出处，同时签名。收集程序必须符合法律、行政法规规定。

**第十六条** 稽核人员可以询问被稽核对象及其他有关单位和个人，询问过程应当由两名以上稽核人员参加并且对询问对象进行个别询问。询问应当制作笔录，笔录应当交被询问人核对，如有差错、遗漏，应当允许其更正补充。涂改部分应当由被询问人签名并且摁手印的方式确认。经核对无误后，由被询问人在笔录上逐页签名并且摁手印。

对调查过程中需要采取行政强制措施的，医保经办机构报请同级医疗保障行政部门按行政强制程序办理。

本统筹区域内需要跨县（市、区）医保部门协助调查的，报请同级医疗保障行政部门移送调查。协助调查的医疗保障行政部门应于收到协助调查函之日起15个工作日内完成调查工作并回复。需要跨统筹区协查的，报市级医疗保障行政部门移送调查。

**第十七条** 有下列情形之一的，经办案机构负责人批准，中止案件调查：

（一）协议处理决定须以相关案件的裁判结果或者其他决定为依据，而相关案件尚未审结或者其他决定尚未作出的；

（二）涉及法律适用等问题，需要送请有权机关作出解释或者确认的；

（三）因不可抗力致使案件暂时无法调查的；

（四）因当事人下落不明致使案件暂时无法调查的；

（五）其他应当中止调查的情形。

中止调查的原因消除后，应当立即恢复案件调查。

**第十八条** 有下列情形之一的，经办案机构负责人批准，终止案件调查：

（一）因涉嫌违规的机构终止，并且无权利义务承受人等原因，致使案件调查无法继续进行的；

（二）经仔细调查后未发现违规行为的；

（三）其他应当终止调查的情形。

**第十七条** 协议稽核案件调查需要暂停或终止的，需报请医保经办机构负责人批准，同时报告同级医疗保障行政部门备案。

**第五章   审核与处理**

**第十九条**  医保经办机构发现定点医药机构存在违反协议约定情形的，应当督促定点医药机构根据稽核结果进行改正，按协议约定相应采取以下处理方式：

（一）约谈定点医药机构法定代表人、主要负责人或实际控制人；

（二）暂停或不予拨付费用；

（三）不予支付或追回已支付的医保费用;

（四）要求定点医药机构按照协议约定支付违约金;

（五）中止相关责任人员或者所在部门涉及医疗保障基金使用的医疗服务;

（六）中止或解除医保协议。

涉嫌欺诈骗保，造成医疗保障基金损失的，医保经办机构应及时报请医疗保障行政部门进一步处理。

**第**二十**条**   医保经办机构发现参保人员有下列情形之一的，应督促其改正；涉嫌欺诈骗保，造成医疗保障基金损失的，医保经办机构应及时报请医疗保障行政部门进一步处理，并视情节轻重，暂停其医疗费用联网结算3个月至12个月：

（一）将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用的；

（二）重复享受医疗保障待遇的；

（三）经医疗保障部门和其他有关部门查实，利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益的。

**第二十一条**   医保经办机构发现参保人员丧失享受待遇的资格与条件后，本人或他人继续享受待遇或以其他形式骗取医疗保障基金的，医保经办机构应当立即停止待遇支付并督促退还；拒不退还的，移交医疗保障行政部门依法处理。

**第二十二条**  医保 经办机构发现以下情形之一的，应当在规定的时限内将线索和证据移交医疗保障行政部门，并配合医疗保障行政部门进一步核查。

（一）以骗取医疗保障基金为目的，且造成基金损失等违反医疗保障法律、法规、规章的；

（二）被稽核对象对稽核发现问题拒不改正或不接受处理的；

（三）医疗保障行政部门明确要求移交的；

（四）其他超出医保经办机构稽核管理权限的。

在调查期间，医保经办机构可以暂停相关定点医药机构医疗保障基金结算或参保人员医疗费用联网结算；经调查不存在骗取医疗保障基金情形的，调查结束后按规定结算。

**第二十三条**   被稽核对象拒绝、阻挠或不配合医疗保障稽核检查工作以及出现其他严重违约行为的，涉及定点医药机构的，可以解除与定点医药机构医保协议；涉及定点医药机构部分人员或科室的，终止该部分人员或科室医保结算；涉及参保人员的，暂停其医疗费用联网结算。

**第二十四条**   医保经办机构根据协议约定报同级医疗保障行政部门同意后作出中止或者终止医保结算、中止或者解除医保协议等处理。

**第二十五条**   稽核结果计入定点医药机构年度考核，与定点医药机构质量保证金返还、预付金拨付、医保协议续签、医保定点退出机制等相挂钩。

**第**二**十六条**对违约事实清楚、处理依据充分的，医保经办机构按照协议约定做出处理意见，处理意见涉及以下情形的，须报请同级医疗保障行政部门进行案件审核，审核程序参照行政处罚案件审核程序进行，医疗保障行政部门应于7个工作日内出具审核意见。

（一）县级医保经办机构作出被稽核对象应退回违规基金和支付违约金超出5万元(含本数)的、市级医保经办机构作出被稽核对象应退回违规基金和支付违约金超出10万元（含本数）的；

（二）中止、解除医保服务协议的；

（三）涉及被稽核对象重大权益或具有重大社会影响的。

县级医保部门作出被稽核对象退回医保基金和应支付违约金超出10万元（含本数）以上决定的，或具备前款第二、第三项情形之一的，由县级医保行政部门报市级医保行政部门审核备案。

**第**二**十七条**医保经办机构拟作出稽核处理决定的，应当书面告知被稽核对象拟作出处理的事实、理由及依据，被稽核对象有陈述申辩权，陈述申辩意见要以书面形式提出。

医保经办机构要充分听取被稽核对象的意见后再做出处理决定，不得因申诉加重处理。

被稽核对象如有异议，有权在5个工作日内书面或口头进行陈述申辩，并提供有关资料；被稽核对象口头陈述申辩的，稽核人员应当制作笔录，由当事人签名或盖章。

**第二十八条**   被稽核对象提出陈述申辩的，医保经办机构应进行复核，必要时组织合议。

组织合议时，可邀请相关医疗、医保、财务、法律等专家，经讨论后形成合议结论，并制作医疗保障稽核合议记录。

**第二十九条**  医保经办机构应在稽核结束后形成拟处理告

知书,并于7个工作日内送达被稽核对象。

被稽核对象自收到告知书起5个工作日内，未行使陈述、申辩权的，医保经办机构应于5个工作日内做出处理决定。

**第三十条**  被稽核对象对稽核处理意见仍存在异议的，可以请求同级医疗保障行政部门协调处理，也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

**第三十一条**  在稽核过程中，对可能涉及行政处罚、司法处理或需要其他专案处理的，医保经办机构应当依法报请同级医疗保障行政部门处理。需要医疗保障行政部门提前介入的，要报请联合调查。

**第三十二条** 稽核处理决定做出后，被稽核对象应当在决定的期限内予以履行。稽核处理决定的履行期限一般不超出30日。

被稽核对象对处理决定不服申请行政复议或者提起行政诉讼的，处理决定不停止执行，法律另有规定的除外。

**第三十三条** 被稽核对象确有经济困难，需要延期或者分期缴纳医保基金或支付违约金的，应当向医保经办机构提出书面申请。由医保经办机构报同级医疗保障行政部门负责人批准，同意当事人延期或者分期缴纳的，由医保经办机构书面告知当事人延期或者分期的期限和数额。

**第三十四条** 被稽核对象逾期不履行处理决定的，医保经办机构可以采取拒付、扣除医保基金，中止、解除医保协议等方式强制执行。不属于本机构强制执行范围的向人民法院申请强制执行。

**第三十五条**  稽核案件应当自启动稽核之日起90日内做出处理决定。因案情复杂或者其他原因，不能在规定期限内作出处理决定的，经医保经办机构负责人批准，可以延长30日。案情特别复杂或者有其他特殊情况，经延期仍不能作出处理决定的，应当报请同级医疗保障行政部门负责人决定是否继续延期，但办理总期限不得超过6个月。

**第三十六条**  医保经办机构应当在案件办理完毕30日内将稽核案件材料按照档案管理的有关规定立卷并归档。案卷归档应当一案一卷、材料齐全、规范有序。案卷的保管和查阅，按照档案管理的有关规定执行。

第六章   附  则

**第三十七条**   稽核人员在稽核工作中滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守的，依法给予处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

**第三十八条**   对大病保险、生育保险、医疗救助定点服务机构医疗服务行为的稽核工作，适用本办法。长期护理保险制度试点阶段稽核工作，参照本办法执行。

**第三十九条**  本办法所指医保经办机构是指承担医疗保障稽核职能的机构，包含医疗保障部门的医保经办机构和单独设立的医疗保障稽核机构。

**第四十条**  本办法由贵阳市医疗保障局负责解释。

**第四十一条**  本办法自2023年  月  日起施行。

贵阳市医疗保障稽核案件办理[附件](#_Toc24518)

医疗保障稽核案件线索来源登记表

     医保稽登字〔XXXX〕第 XX号

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **登记时间** | | 年   月   日   时   分 | | | |
| **案件来源** | | □投诉/举报   □日常稽核        □专项稽核  □智能监控    □其他部门移送    □上级交办    □其他 | | | |
| **案件类别** | | □定点医疗机构    □定点零售药店    □协议管理医师  □协议管理药师    □其他\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **案源提供人** | **检查人员** | 姓   名 |  | 所属单位 |  |
| 姓   名 |  | 所属单位 |  |
| **投诉举报人** | 姓   名 |  | 身份证件（其他有效证件） |  |
| 联系电话 |  | 其他辨识身份信息 |  |
| **移送交办单位** | 名   称 |  | 联 系 人 |  |
| 联系电话 |  | 联系地址 |  |
| **其他** |  | | | |
| **案源登记内容（线索详情）** | | 登记人（签名）：  年   月   日 | | | |
| **案源处理意见** | | 稽核部门负责人（签名）：  年   月   日 | | | |

医疗保障稽核启动审批表

                                  医保稽立字〔XXXX〕第 XX号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 当 事 人 | 单位 | 名称 | |  | | | | |
| 统一社会信用代码 | |  | | 法定代表人（负责人） | |  |
| 个人 | 姓名 | |  | | 身份证号码 | |  |
| 住所或住址 | | |  | | | | |
| 联系电话 | | |  | | | | |
| 案件线索来源 | | |  | | 案源登记日期 | |  | |
| 核实情况及  启动稽核（不予稽核）理由 | | | 稽核人员：  年   月   日 | | | | | |
| 稽核部门  负责人意见 | | | □同意启动稽核，建议由                     承办；  □同意不予稽核；  □（其它）  稽核部门负责人：  年   月   日 | | | | | |
| 医保经办机构  负责人意见 | | | 医保经办机构负责人：  年   月   日 | | | | | |

附：案件线索初查报告

医疗保障稽核通知

    医保稽通字〔XXXX〕第 XX号

                  ：

经初步核实，你（单位）                           的行为，涉嫌违反了                                     的约定，本机构决定对你（单位）违约行为进行稽核调查，请配合相关调查处理工作。

特此通知。

           （公章）

年     月     日

签收回执

     医保稽通字〔XXXX〕第XX号稽核通知书己于     年     月     日     时     分收到。

收件人签名：                        职务：

 年     月     日

医疗保障稽核案件暂停（终止）审批表

             医保稽停字〔XXXX〕第 XX号

|  |
| --- |
| 案由：  当事人：                       法定代表人（负责人）：  地址：                          联系方式： |
| **暂停(终止)案件调查原因：**  暂停(终止)自    年   月   日起。暂停(终止)调查的原因消除后恢复调查。                                    承办人：           、   年   月   日 |
| **审核意见:**                                部门负责人：                                           年  月  日 |
| **审批意见:**                                医保经办机构负责人：                                  年  月  日 |

医疗保障稽核案件暂停（终止）调查通知书

             医保稽停通字〔XXXX〕第 XX号

当事人姓名或名称：

当事人住址或住所：

法定代表人（负责人）：

因你（你单位）所涉                      案件（医保稽立字〔XXXX〕第 XX号），存在下述情况：

本机关依据规定，决定暂停（终止）调查本案。暂停（终止）调查自     年     月 日起。暂停（终止）调查的原因消除后，本单位将立即恢复调查，届时会再予通知。

特此通知。

                       医保经办机构负责人签名：

                        年    月    日

（公章）

签收回执

              医保稽停通字〔XXXX〕第XX号《医疗保障协议稽核案件暂停（终止）调查通知书》己于     年     月     日     时

     分收到。

接收人签字：                    职务：

（本文书一式二份，一份交当事人，一份随案存档）

签收回执

              医保稽停通字〔XXXX〕第XX号《医疗保障协议稽核案件暂停（终止）调查通知书》己于     年     月     日     时

     分收到。

接收人签字：                    职务：

（本文书一式二份，一份交当事人，一份随案存档）

医疗保障稽核案件恢复调查通知书

             医保稽复字〔XXXX〕第 XX号

当事人姓名或名称：

当事人住址或住所：

法定代表人（负责人）：

本机关于     年     月     日向你（单位）制发              医保稽停通字〔XXXX〕第 XX号《医疗保障协议稽核案件暂停（终止）调查通知书》，现因暂停（终止）调查的原因     已消除，本机关决定自     年     月    日起恢复调查。

特此通知。

                             医保经办机构负责人签名：

                             年    月    日

（公章）

IMG_260

签收回执

             医保稽停通字〔XXXX〕第 XX号《医疗保障协议稽核案件恢复调查通知书》己于    年    月    日    时    分收到。

接收人签字：                    职务：

（本文书一式二份，一份交当事人，一份随案存档）

签收回执

             医保稽停通字〔XXXX〕第 XX号《医疗保障协议稽核案件恢复调查通知书》己于    年    月    日    时    分收到。

接收人签字：                    职务：

（本文书一式二份，一份交当事人，一份随案存档）

医疗保障稽核工作记录表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被稽核对象全称 |  | | |
| 法定负责人 |  | 联系电话 |  |
| 单位地址/住址 |  | | |
| 联系人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 稽核地点 |  | | |
| 稽核时间 | 年     月     日至     年     月     日 | | |
| 稽核内容 |  | | |
| 发现问题（初步认定的具体违约事项及相关证据材料可以附后） |  | | |
| 被稽核对象签名（盖章）：                                 年   月   日      稽核人员签名：           、  年   月   日 | | | |

医疗保障稽核案件询问（调查）笔录

第  页 共  页

时间：    年   月   日  时   分至   年   月   日  时   分

询问地点：

询问（调查）人：                  、

记录人：

被询问（调查）人：              性别：           年龄：

身份证号：                         工作单位：

职务：                             联系电话：

联系地址（住所）：

我们是        医保基金稽核人员，现就有关问题进行调查，请予配合。依照相关规定，稽核人员少于两人的，你（单位）有权拒绝调查；如果你认为稽核人员与本案有利害关系，可能影响公正办案，可以申请回避，并说明理由。你有权对本次调查询问提出陈述、申辩。

稽核人员签名:           、              年    月    日

被询问人（调查人）阅后签名：          年   月   日

记录人签名：         年    月    日

医疗保障稽核案件询问（调查）笔录（续页）

第 页 共 页

稽核人员签名:           、              年    月    日

被询问人（调查人）阅后签名：          年    月    日

记录人签名：        年    月    日

医疗保障稽核案件行政机关审核意见书

|  |  |
| --- | --- |
| 案件名称 |  |
| 启动稽核时间 | 年  月  日 |
| 行政机关  审核建议 | □给予协议处理  □不予协议处理  □移交行政部门处理  □违约事实不能成立，予以结案  □其它 |
| 作出审核建议的主要事实、理由、依据及内容 | 审核人员：          年  月  日 |
| 当事人陈述、申辩的主要意见 |  |
| 审核部门负责人意见 | 审核部门负责人：          年  月  日 |
| 医保行政部门负责人意见 | 行政部门负责人：          年  月  日 |
| 备注 |  |

（一式两联：第一联行政机关留存，第二联交医保经办机构）

医疗保障稽核案件拟处理告知书

                                          医保处告字〔XXXX〕第 XX号

                     ：

我单位于     年     月     日至     年     月     日对你（你单位）有关                        情况进行了稽核。根据《贵州省市医疗保障协议稽核案件办理程序暂行规定》，现将稽核拟处理意见告知如下（可附页）：

如对以上内容有异议，应在收到本告知书之日起3个工作日内向我单位提出书面意见，未在规定期限内提出书面意见的，视为无异议。

医保经办机构（公章）：

年   月   日

IMG_261

签收回执

送达人：                     接收人：

    年   月   日                 年   月   日

（一式两联：第一联医保经办机构留存，第二联交被稽核对象）

签收回执

送达人：                     接收人：

    年   月   日                 年   月   日

                                                                    （一式两联：第一联医保经办机构留存，第二联交被稽核对象）

医疗保障稽核案件陈述申辩书

案由：

当事人：

陈述、申辩人：                        联系方式：

当事人陈述、申辩内容：

                     陈述申辩人签字(单位盖章)：

                        年 月   日

医疗保障稽核案件合议记录

案由：

合议主持人：

参加合议人员：

合议时间： 年 月 日

合议地点：

相关资料：证据资料、处理依据见附件

合议结论：

合议人员签名：

第 页 共 页

医疗保障稽核案件处理决定

        医保稽决字〔XXXX〕第 XX号

被稽核对象信息：

单位全称

类别/性质

（姓名）               （身份证号码）

单位地址

法定代表人

联系电话

经稽核，发现你（你单位）于     年  月   日至   年  月  日，存在违约行为，现作出以下处理决定：

1.违约事实：

2.处理依据：

3.处理决定：

如不服本决定，可于收到本决定书之日起六十日内依法申请复议，或者六个月内向       人民法院起诉，但不得停止执行本决定；逾期不申请复议，也不起诉，又不履行本决定的，我单位可以采取拒付、扣除医保基金、中止、解除医保协议、向人民法院申请强制执行等措施。

                                    医保经办机构（公章）：

年    月    日

（一式两联：第一联医保经办机构留存，第二联交被稽核对象）

医疗保障稽核违规医保基金、违约金延（分）期缴纳申请表

被稽核对象：

法定代表人（负责人）：           职务：

被稽核对象请求批准延（分）期缴纳医保基金、违约金的理由、期限（可附页）：

                                 申请单位负责人签名（公章）：

                               年    月    日

医疗保障稽核违规医保基金、违约金延期/分期缴纳审批书

        医保稽延缴字〔XXXX〕第 XX号

|  |
| --- |
| 当事人：  法定代表人（负责人）：            职务：  案件处理决定书编号：   医保稽决字〔XXXX〕第XX号 |
| 当事人请求批准延（分）期缴纳违规医保基金、违约金的主要理由、期限：    附件：当事人申请书 |
| 医保经办机构意见（可附页）：  医保经办机构负责人签名：  年     月    日 |
| 审批意见：  医保行政机关负责人签名：  年     月    日 |

 （一式两联：第一联医保行政机关留存，第二联交医保经办机构）

医疗保障稽核违规医保基金、违约金延期/分期缴纳通知书

              医保稽延缴通字〔XXXX〕第 XX号

                          ：

    年   月   日，本单位对你（单位）作出了退回医保基金（支付违约金）              元（大写）的决定f你（单位）于   年  月  日向本局提出延期/分期缴纳的申请。经我单位研究，同意你（单位）：

□延期缴纳。延长期限至     年    月    日止。

□分期缴纳，第   期至    年    月   日前，缴纳          元;第    期至      年     月  日前，缴纳      元；第     期至     年    月    日前，缴纳      元。

逾期缴纳的，我单位有权采取拒付、扣除医保基金、中止、解除医保协议、向人民法院申请强制执行等措施。

医保经办机构（公 章）：

年   月   日

（一式两联：第一联交被稽核对象，第二联随案存档）

提请行政处罚建议书

:

我单位在稽核检查中发现 单位存在违反医疗保障法律法规行为，根据《贵州省医疗保障定点医疗机构医疗服务协议》/《贵州省医疗保障定点零售药店服务协议》第 条规定，建议按照《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》的相关规定给予处罚。具体情况如下：

稽核检查对象名称：

单位地址： 　 　　 联系电话：

法人代表：

主要问题及建议：

  （章）

年 月 日

（一式两份，一份提交行政部门，一份留存经办机构）