化州市医疗保障局文件

化医保〔2024〕26号

转发《茂名市医疗保障局转发关于延长广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法有效期的通知》

市医疗保障事业管理中心，市各定点医疗机构：

现将《茂名市医疗保障局转发关于延长广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法有效期的通知》（茂医保〔2024〕16号）转发给你们，请认真贯彻执行。

化州市医疗保障局

2024年5月6日

茂名市医疗保障局文件

茂医保〔2024〕16号

茂名市医疗保障局转发关于延长广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法有效期的通知

各区、县级市医疗保障局（分局），广东茂名滨海新区社会事务局、茂名高新区组织人事局，市医保中心：

现将《广东省医疗保障局关于延长广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法有效期的通知》（粤医保规〔2024〕4号）转发给你们，有效期延长至2027年6月1日，请遵照执行。

附件：《广东省医疗保障局关于延长广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法有效期的通知》（粤医

保规〔2024〕4号）

茂名市医疗保障局

2024年4月30日

广东省医疗保障局文件

粤医保规〔2024〕4号

广东省医疗保障局关于延长广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法有效期的通知

各地级以上市医疗保障局：

根据《广东省行政规范性文件管理规定》（广东省人民政府令第277号）规定，经评估，《广东省医疗保障局关于印发广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法的通知》（粤医保规〔2021〕1号）继续施行，有效期延长至2027年6月1日。在继续施行期间，该文件如有修改或废止，以新修改文件的决定或

废止的通知为准。

附件：广东省医疗保障局关于印发广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法的通知

广东省医疗保障局

2024年4月23日

附件

广东省医疗保障局关于印发广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法的通知

各地级以上市医疗保障局：

为加强和规范医疗机构医疗保障定点管理，提高医疗保障基金使用效率，更好地保障广大参保人员权益，根据《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号），结合我省实际，我局制定了《广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》，现印发给你们，请认真贯彻执行。

广东省医疗保障局

2021年5月26日

广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法

第一章 总 则

第一条 为加强和规范医疗机构医疗保障定点管理，提高医疗保障基金使用效率，更好地保障参保人员权益，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》《医疗机构管理条例》等法律法规和《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）、《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号），制定本办法。

第二条 医疗机构医疗保障定点管理应当坚持以人民健康为中心，遵循保障基本、公平公正、权责明晰、动态平衡的原则，加强医疗保障精细化管理，促进医疗机构供给侧改革，为参保人提供适宜的医疗服务。

第三条 各统筹地区医疗保障行政部门负责制定医疗机构定点管理政策，在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等环节对医疗保障经办机构（以下简称“经办机构”）、定点医疗机构进行监督。

各统筹地区经办机构负责确定定点医疗机构，并与定点医疗

机构签订医疗保障服务协议（以下简称“医保协议”），提供经办服务，开展医保协议管理、考核等。

定点医疗机构应当遵守法律、法规、规章和医疗保障有关政策，按规定向参保人员提供医疗服务。

第二章 定点医疗机构申请和确定

第四条 各统筹地区医疗保障行政部门根据公众健康需求、管理服务需要、医保基金收支、区域卫生计划、医疗机构设置规划等确定本统筹区定点医疗服务的资源配置。

第五条 以下取得医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的医疗机构，以及经军队主管部门批准有为民服务资质的军队医疗机构可申请医保定点：

（一）综合医院、中医医院、中西医结合医院、民族医医院、专科医院、康复医院；

（二）专科疾病防治院（所、站）、妇幼保健院；

（三）社区卫生服务中心（站）、中心卫生院、乡镇卫生院、街道卫生院、门诊部、诊所、卫生所（站）、村卫生室（所）；

（四）独立设置的急救中心；

（五）安宁疗护中心、血液透析中心、护理院；

（六）养老机构内设的医疗机构。

互联网医院可依托其实体医疗机构申请签订补充协议，其提供的医疗服务所产生的符合医保支付范围的相关费用，由统筹地区经办机构与其所依托的实体医疗机构按规定进行结算。

第六条 医疗机构申请医保定点应当同时具备以下基本条件：

（一）正式运营至少3个月；

（二）至少有1名取得医师执业证书、乡村医生执业证书或中医（专长）医师资格证书且第一注册地在该医疗机构的医师；

（三）主要负责人负责医保工作，配备专（兼）职医保管理人员；100张床位以上的医疗机构应当设内部医保管理部门，安排专职工作人员；

（四）具有符合医保协议管理要求的医保管理制度、财务制度、统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度等；

（五）具有符合医保协议管理要求的信息系统技术和接口标准，实现与医保信息系统有效对接，按要求向医保信息系统传送全部就诊人员相关信息，能够为参保人提供联网直接结算。设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种、医务人员等基础数据库，按规定使用国家和省统一的医保编码；

（六）符合法律、法规、规章和省级及以上医疗保障行政部

门规定的其他条件。

第七条 定点医疗机构申请签订“互联网+”医保服务补充协议，应当具备以下基本条件：

（一）经行业主管部门批准设置互联网医院或批准开展互联网诊疗活动；

（二）具备与医保信息系统数据交换的条件，实现医保移动支付，能够为患者提供电子票据、电子发票或及时邮寄纸质票据；

（三）信息系统应当能区分常规线下医疗服务业务和“互联网+”医疗服务业务；

（四）依托医保电子凭证进行实名认证，确保就诊参保人真实身份；

（五）能够完整保留参保人诊疗过程中的电子病历、电子处方、购药记录等信息，实现诊疗、处方、配药等全程可追溯。

第八条 医疗机构向所在统筹地区的经办机构提出医疗保障定点申请，应当提供以下材料：

（一）广东省医疗保障定点医疗机构申请表；

（二）医疗机构执业许可证、中医诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证复印件；

（三）与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本；

（四）与医疗保障有关的信息系统相关材料；

（五）纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

（六）省级医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。

对于实行告知承诺制的证明事项，申请人可自主选择是否采用告知承诺制方式办理。申请材料中属于政府部门核发的证照批文，能通过数据共享查询、核验的，医疗机构无需另行提供。

第九条 医疗机构存在下列情形之一的，不予受理定点申请：

（一）以医疗美容、辅助生殖、生活照护、种植牙等非基本医疗服务为主要执业范围的；

（二）基本医疗服务未执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策的；

（三）未依法履行行政处罚责任的；

（四）以弄虚作假等不正当手段申请定点医疗机构资格，自发现之日起未满3年的；

（五）因违法违规被解除协议未满3年或已满3年但未完全履行行政处罚责任的；

（六）因严重违反医保协议约定而被解除协议未满1年或

已满1年但未完全履行违约责任的；

（七）法定代表人、主要负责人或实际控制人曾因严重违法违规导致原定点医疗机构解除医保协议，未满5年的；

（八）法定代表人、主要负责人或实际控制人被列入失信人名单的；

（九）法律、法规规定的其他不予受理的情形。

第十条 医疗机构提出定点申请，统筹地区经办机构应当即时受理。对申请材料不全的，经办机构应当自收到材料之日起5个工作日内一次性告知医疗机构补充。

第十一条 统筹地区经办机构应当向社会公布定点医疗机构申请指引，主要包括申请条件、所需材料、受理时间、受理地点、受理时限、办理流程等基本情况。

第十二条 统筹地区经办机构应当组织评估小组或委托第三方机构，以书面、现场等形式开展评估。评估小组成员可由医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等专业人员构成。自受理申请材料之日起，应当在3个月内完成对医疗机构的评估，医疗机构补充材料时间不计入评估期限。评估内容主要包括：

（一）核查医疗机构执业许可证或中医诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证等相关材料；

（二）核查医师、护士、药学及医技等专业技术人员执业信息和医师第一注册地信息；

（三）核查与服务功能相适应的诊断、治疗、手术、住院、药品贮存及发放、检查检验放射等基础设施和仪器设备；

（四）核查与医保政策对应的内部管理制度和财务制度，行业主管部门对医疗机构评审的结果；

（五）核查与医保有关的信息系统是否具备开展直接联网结算的条件。

评估结果分为合格和不合格。统筹地区经办机构应当将评估结果报同级医疗保障行政部门备案。对于评估合格的医疗机构，应当向社会公示，公示期为7个工作日，公示期间未收到举报或收到举报但经核查不影响评估结果的，纳入拟签订医保协议医疗机构名单。对于评估不合格的，应当告知其理由，提出整改建议。自评估结果告知送达之日起，整改3个月后可再次组织评估，评估仍不合格的，1年内不得再次申请。

评估细则另行制定。

第十三条 统筹地区经办机构与评估合格拟签订协议的医疗机构，就双方的权利、义务和责任，以及医疗机构的服务范围、服务内容、服务质量、支付标准、结算办法、异地就医管理、“互联网+”医保服务等协议内容协商谈判，达成一致的，

双方自愿签订医保协议。原则上，由地市级及以上统筹地区经办机构与医疗机构签订医保协议并向同级医疗保障行政部门备案。医保协议期限一般为1年。

第十四条 统筹地区经办机构应当向社会公布签订医保协议的定点医疗机构信息，包括名称、地址等，供参保人员选择。

第三章 定点医疗机构运行管理

第十五条 定点医疗机构具有依法依规为参保人员提供医疗服务后获得医保结算费用，对经办机构履约情况进行监督，对完善医保政策提出意见建议等权利。

第十六条 定点医疗机构应当严格执行医保协议，合理诊疗、合理收费，严格执行医保药品、医用耗材和医疗服务项目等目录，优先配备使用医保目录药品，控制患者自费比例，提高医疗保障基金使用效率，减轻参保人医疗费用负担。定点医疗机构不得为非定点医疗机构提供医保结算，不得将经办机构不予支付的费用、按医保协议约定被扣除的质量保证金以及支付的违约金等，作为医保欠费处理。

第十七条 定点医疗机构及其工作人员应当执行实名就医和购药管理规定，核验参保人员有效身份凭证，按照诊疗规范提供

合理、必要的医药服务，向参保人员如实出具费用单据和相关资料，不得分解住院、挂床住院，不得违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药，不得重复收费、超标准收费、分解项目收费，不得串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施，不得诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药。

定点医疗机构应当确保医疗保障基金支付的费用符合规定的支付范围；除急诊、抢救等特殊情形外，提供医疗保障基金支付范围以外医药服务的，应当经参保人员或者其近亲属、监护人同意。

第十八条 定点医疗机构应当制定相应的内部管理措施，严格遵循诊疗规范，掌握出入院诊断和指征。按照医保协议约定，医疗费用执行按项目、按病种、按疾病诊断相关分组、按床日、按人头等支付方式，不得以医保支付政策为由拒收患者、转院或减少医疗服务。

第十九条 定点医疗机构应当按规定执行集中采购政策，优先使用集中采购中选的药品和耗材，及时结算采购货款。医保支付的药品、耗材应当按规定在医疗保障行政部门规定的平台上采购，并真实记录“进、销、存”等情况。

第二十条 定点医疗机构应当严格执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策，执行统一的医保支付标准。

第二十一条 定点医疗机构应当参加由医疗保障行政部门或经办机构组织的宣传和培训，并组织开展医疗保障相关政策培训学习，应当定期检查本单位医疗保障基金使用情况，及时纠正医疗保障基金使用不规范行为。

第二十二条 定点医疗机构应当悬挂统一格式的定点医疗机构标识，不得私自制作、悬挂。

第二十三条 定点医疗机构应当按规定及时向统筹地区经办机构报送医疗保障基金结算清单等信息，包括疾病诊断及手术操作，药品、医用耗材、医疗服务项目费用结算明细，医师、护士等信息，并对其真实性负责。定点医疗机构应当按要求如实向统筹地区经办机构报送药品、耗材的采购价格和数量。

定点医疗机构应当向医疗保障部门报送医疗保障基金使用监督管理及协议管理所需信息，向社会公开医药费用、费用结构等信息。

第二十四条 定点医疗机构应当配合经办机构开展医保费用审核、稽核检查、绩效考核等工作，接受医疗保障行政部门的监督检查，并按规定提供相关材料。

第二十五条 定点医疗机构应当优化医保结算流程，为参保人员提供便捷的医疗服务，按规定进行医保费用直接结算，提供费用结算单据和相关资料。为符合规定的参保人员提供转诊转院

服务。参保人员根据有关规定可以在定点医疗机构购药或凭处方到指定的定点零售药店购药。

第二十六条 定点医疗机构应当做好与医保有关的信息系统安全保障工作，遵守数据安全有关制度，保护参保人员隐私。定点医疗机构更新、重新安装或更换信息系统时，应当保持信息系统技术接口标准与医保信息系统有效对接，并按规定向医保信息系统传送医保结算和审核所需的有关数据。

第四章 经办管理服务

第二十七条 定点医疗机构实行属地管理，经办机构对属地定点医疗机构为本地和异地参保人员提供的医疗服务承担管理服务职责。经办机构有权掌握定点医疗机构运行管理情况，从定点医疗机构获得医保费用稽查审核、绩效考核和财务记账等所需要的信息数据等资料。

第二十八条 经办机构应当完善定点申请、组织评估和协议签订、协议履行、协议变更和解除等管理流程，制定经办规程，为定点医疗机构和参保人员提供经办服务。

第二十九条 经办机构应当做好对定点医疗机构医保政策、管理制度、支付政策、操作流程的宣传培训，提供医疗保障咨询、

查询等服务。

第三十条 经办机构应当落实医保支付政策，建立完善的内部控制制度和风险防控机制，明确医保费用审核、拨付、稽核、结算、清算等岗位责任，完善重大医保费用支出集体决策等管理制度，加强医疗保障基金管理。

第三十一条 经办机构应当加强医疗保障基金支出管理，通过智能审核、实时监控、现场检查、定期和不定期稽查等方式及时审核医疗费用，经审查核实违规的医保费用，经办机构不予支付。经办机构应当按医保协议约定及时足额向定点医疗机构拨付医保费用，原则上，应当在定点医疗机构申报后30个工作日内拨付符合规定的医保费用。

第三十二条 各统筹地区可以建立医疗保障基金预付机制，按国家和省的规定向定点医疗机构预付一部分基金，缓解其资金运行压力。在突发疫情等紧急情况时，经办机构可以按国家和省的规定预拨专项资金。

第三十三条 经办机构应当依法依规支付参保人员在定点医疗机构发生的医疗费用。除急诊和抢救外，参保人员在非定点医疗机构就医发生的费用医疗保障基金不予支付。

工伤职工在认定工伤前的医疗费用，定点医疗机构应当先按照基本医疗保险规定为其提供医疗服务和结算服务，在认定工伤

后由工伤保险基金按照规定向基本医疗保险基金结算。

第三十四条 经办机构应当遵守数据安全有关制度规定，保护参保人员隐私，确保医疗保障基金安全。

经办机构应当向社会公开医保信息系统数据集和接口标准，由定点医疗机构自主选择与医保对接的有关信息系统的运行和维护供应商。经办机构不得以任何名义收取任何费用及指定供应商。

第三十五条 经办机构或其委托的第三方机构，对定点医疗机构开展绩效考核，并建立动态管理机制。考核结果与年终清算、质量保证金退还、协议续签等挂钩。

省级医疗保障行政部门按照国家规定制定绩效考核细则，经办机构负责组织实施。

第三十六条 对于结算周期内定点医疗机构因参保人员就医数量大幅增加等原因形成的合理超支，经办机构可给予适当补偿。

第三十七条 经办机构发现定点医疗机构存在违反协议约定情形的，可按协议约定相应采取以下处理：

（一）约谈医疗机构法定代表人、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）要求定点医疗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科室（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。

第三十八条 经办机构违反医保协议的，定点医疗机构有权要求纠正或者提请医疗保障行政部门协调处理、督促整改，也可依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

医疗保障行政部门发现经办机构违反医保协议的，视情节可采取约谈主要负责人、限期整改、通报批评，以及对相关责任人员按规定提请给予处分等处理。

医疗保障行政部门发现经办机构违反相关法律法规的，依法进行处理。委托社会保险经办机构承办医保经办的地区，按照有关规定，由医疗保障部门会同人力资源社会保障部门对相关责任人员和违反法律法规的社会保险经办机构依法进行处理。

第五章 定点医疗机构的动态管理

第三十九条 定点医疗机构的名称、法定代表人、主要负责人或实际控制人、注册地址、银行账户、诊疗科目、机构规模、机构性质、等级和类别等重大信息变更时，应当自有关部门批准

之日起30个工作日内向统筹区经办机构提出变更申请。其他一般信息变更应当及时书面告知。

第四十条 医保协议续签应当由定点医疗机构于协议期满前3个月向经办机构提出申请或由经办机构统一组织。统筹地区经办机构与定点医疗机构就医保协议续签事宜进行协商谈判，双方根据协议履行和绩效考核等情况决定是否续签。协商一致的，可续签协议；未达成一致的，协议到期后自动终止。

绩效考核达标的定点医疗机构，经办机构可以采取固定协议和年度协议相结合的方式签订协议，固定协议不少于2年，年度协议每年根据具体情况调整，简化签约手续。

第四十一条 医保协议中止是指经办机构与定点医疗机构暂停履行协议约定，中止期间发生的医保费用不予结算。中止期结束，未超过协议有效期的，协议可继续履行；超过协议有效期的，协议自动终止。

定点医疗机构可提出中止协议申请，经经办机构同意，可以中止协议，但中止时间原则上不得超过180日，定点医疗机构在协议中止超过180日仍未提出继续履行协议申请的，协议自动终止。定点医疗机构有下列情形之一的，经办机构应当中止医保协议：

（一）根据日常检查或绩效考核，发现对医保基金安全和参

保人员权益可能造成重大风险的；

（二）未按规定向经办机构及医疗保障行政部门提供有关数据或提供数据不真实的；

（三）根据协议约定应当中止协议的；

（四）法律、法规、规章规定的应当中止协议的其他情形。

第四十二条 医保协议解除是指经办机构与定点医疗机构解除医保协议约定，协议关系不再存续，协议解除后产生的医药费用，医疗保障基金不再结算。定点医疗机构有以下情形之一的，经办机构应当解除医保协议，并向社会公布解除医保协议的医疗机构名单：

（一）协议有效期内累计2次及以上被中止协议或中止协议期间未按要求整改或整改不到位的；

（二）以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的；

（三）经医疗保障部门和其他有关部门查实有欺诈骗保行为的；

（四）为非定点医疗机构或处于中止医保协议期间的医疗机构提供医保费用结算的；

（五）拒绝、阻挠或不配合医疗保障部门开展智能审核、绩效考核、服务评价、监督检查且情节恶劣的；

（六）被发现重大信息发生变更但未办理变更的；

（七）停业或歇业后未按规定向经办机构报告的；

（八）医疗保障部门或有关部门在行政执法中，发现定点医疗机构存在重大违法违规行为且可能造成医疗保障基金重大损失的；

（九）被吊销、注销医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的；

（十）法定代表人、主要负责人或实际控制人不能履行协议约定，或有违法失信行为的；

（十一）未依法履行医疗保障部门作出的行政处罚决定的；

（十二）主动提出解除协议且经办机构同意的；

（十三）根据医保协议约定应当解除协议的；

（十四）法律、法规、规章规定的应当解除协议的其他情形。

第四十三条 定点医疗机构请求中止、解除医保协议或不再续签医保协议的，应当提前3个月向经办机构提出申请。公立医疗机构不得主动提出中止或解除医保协议。

定点医疗机构所在地的地市级及以上统筹地区经办机构与其中止或解除医保协议，该定点医疗机构在其他统筹区的医保协议也同时中止或解除。

第四十四条 定点医疗机构的部分人员、科室（部门）有违反医保协议或医疗保障法规政策的，经办机构可以对该人

员、科室（部门）中止或终止医保结算。

第四十五条 定点医疗机构与统筹地区经办机构就医保协议签订、履行、变更和解除发生争议的，可以自行进行协商解决或提请同级医疗保障行政部门协调处理，也可以依法提起行政复议或行政诉讼。

第六章　定点医疗机构的监督

第四十六条 医疗保障行政部门对定点申请、申请受理、专业评估、协议订立、协议履行和解除等进行监督，对经办机构内部控制制度建设、医保费用的审核和拨付等进行指导和监督。

医疗保障行政部门依法依规通过实地检查、抽查、智能监控、大数据分析等方式对定点医疗机构协议履行情况、医疗保障基金使用情况、医疗服务行为、购买涉及医疗保障基金使用的第三方服务等进行监督。

第四十七条 医疗保障行政部门和经办机构应当拓宽监督途径、创新监督方式，通过满意度调查、第三方评价、聘请社会监督员等方式对定点医疗机构进行监督，畅通举报投诉渠道，及时发现问题并进行处理。

第四十八条 经办机构发现定点医疗机构违约行为，应当及

时按照协议处理。经办机构作出中止或终止相关责任人员、科室（部门）涉及医疗保障基金使用的医药服务，与定点医疗机构中止或解除医保协议等处理时，应当及时报告同级医疗保障行政部门。

医疗保障行政部门发现定点医疗机构存在违约情形的，应当要求经办机构按照医保协议及时处理。医疗保障行政部门依法查处定点医疗机构违法违规行为时，认为经办机构移交相关违法线索事实不清的，可组织补充调查或要求经办机构补充材料。

第四十九条 各统筹地区医疗保障行政部门或经办机构对定点医疗机构违规违约等做出的处理，适用于全省范围内其他统筹地区。

各统筹地区医疗保障行政部门应当建立定点医疗机构、人员等信用管理制度，视情况将日常监督检查、行政处罚等处理结果纳入国家和省信用信息共享平台及其他相关信息公示系统，按有关规定实施惩戒。

第七章 附 则

第五十条 本办法适用于职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、生育保险、医疗救助、大病保险等医疗保障定点管理

工作。各地级以上市可依据本办法结合实际制定具体办法，报省医疗保障局备案后执行。

第五十一条 本办法中的经办机构是具有法定授权，实施医疗保障管理服务的职能机构，是医疗保障经办的主体。

定点医疗机构是指自愿与统筹区经办机构签订医保协议，为参保人员提供医疗服务的医疗机构。

医保协议是指由经办机构与医疗机构经协商谈判而签订的，用于规范医疗服务行为以及明确双方权利、义务及责任等内容的协议。

第五十二条 省级医疗保障经办机构根据国家制定的医保协议范本和经办规程，结合实际制定本省医保协议范本和经办规程并指导各地加强和完善医保协议管理。各统筹地区医疗保障行政部门及经办机构在此基础上，可根据实际情况分别制定本地区的医保协议范本及经办规程。医保协议内容应当与法律、法规、规章和医疗保障政策调整变化相一致，调整医保协议内容时，应当征求相关定点医疗机构意见。

第五十三条 本办法由广东省医疗保障局负责解释，自 2021 年 6 月 1 日起施行，有效期 3 年。

公开方式：主动公开

抄送：省人力资源社会保障厅，省医保中心。

广东省医疗保障局办公室　　2024年4月23日印发

公开方式：主动公开

茂名市医疗保障局办公室　　2024年4月30日印发

公开方式：主动公开

化州市医疗保障局办公室　　2024年5月6日印发