附件

重庆市基本医疗保险

跨省异地就医直接结算经办规程

第一章 总 则

第一条 为进一步规范参保人员跨省异地就医医疗费用直接结算，加强异地就医结算管理，完善跨区域业务协同管理机制，提高服务水平，根据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》、《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》等文件要求，制定本规程。

第二条 本规程所称跨省异地就医是指基本医疗保险参保人员在重庆市以外的定点医药机构发生的就医、购药行为。跨省异地就医直接结算是指参保人员跨省异地就医时只需支付按规定由个人负担的医疗费用，其他费用由就医地经办机构与跨省联网定点医药机构按医疗保障服务协议（以下简称医保服务协议）约定审核后支付。

第三条 本规程适用于基本医疗保险参保人员跨省异地就医直接结算经办管理服务工作。其中基本医疗保险包括职工基本医疗保险（以下简称职工医保）和城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）。

第四条 跨省异地就医直接结算费用医保基金支付部分实行先预付后清算，预付资金原则上来源于参保人员所属统筹地区的医疗保险基金。

第二章 范围对象

第五条 参加基本医疗保险的下列人员，可以申请办理跨省异地就医直接结算。

（一）跨省异地长期居住人员，包括异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员等长期在参保省外工作、居住、生活的人员。

（二）跨省临时外出就医人员，包括异地转诊就医人员，因工作、旅游等原因异地急诊抢救人员以及其他跨省临时外出就医人员。

第三章 登记备案

第六条 参保地经办机构按规定为参保人员办理登记备案手续。

（一）异地安置退休人员需提供以下材料：

1．医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡；

2．《重庆市跨省异地就医登记备案表》（以下简称备案表，见附件1）；

3．异地安置认定材料（“户口簿首页”和本人“常住人口登记卡”，或个人承诺书，见附件2） 。

（二）异地长期居住人员需提供以下材料：

1．医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡；

2．备案表；

3．长期居住认定材料（居住证明或个人承诺书）。

（三）常驻异地工作人员需提供以下材料：

1．医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡；

2．备案表；

3．异地工作证明材料（参保地工作单位派出证明、异地工作单位证明、工作合同任选其一或个人承诺书） 。

（四）异地转诊人员需提供以下材料：

1．医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡；

2．备案表；

3．参保地规定的定点医疗机构开具的转诊转院证明材料。

（五）异地急诊抢救人员视同已备案。

（六）其他跨省临时外出就医人员备案，需提供医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡、以及备案表。

第七条 参保人员可在各区县经办机构窗口、渝快办、微信公众号或国家医保服务平台App、国家异地就医备案小程序、国务院客户端小程序等多种渠道申请办理登记备案手续。通过全国统一的线上备案渠道申请办理登记备案的，各区县经办机构应在两个工作日内办结。

第八条 跨省异地长期居住人员登记备案后，未申请变更备案信息或参保状态未发生变更的，备案长期有效；跨省临时外出就医人员备案后，有效期为1年。

第九条 各区县经办机构在为参保人员办理备案时直接备案到就医地市或直辖市等，参保人员到海南、西藏等省级统筹地区和新疆生产建设兵团就医的，可备案到就医省和新疆生产建设兵团。参保人员可在备案地开通的所有跨省联网定点医疗机构享受住院费用跨省直接结算服务，门诊就医时按照重庆市异地就医管理规定选择跨省联网定点医药机构就医购药。

第十条 参保人员办理异地就医备案后，备案有效期内可在就医地多次就诊并享受跨省异地就医直接结算服务。备案有效期内已办理入院手续的，不受备案有效期限制，可正常直接结算相应医疗费用。

第十一条 各区县经办机构要及时为参保人员办理异地就医备案登记、变更和取消业务，并将异地就医备案、门诊慢特病认定资格等信息实时上传到国家跨省异地就医管理子系统，方便就医地经办机构和定点医疗机构查询。

第十二条 参保人员未按规定申请办理登记备案手续或在就医地非跨省定点医药机构发生的医疗费用，按我市医疗保险现行相关政策规定执行。

第四章 就医管理

第十三条 各区县经办机构负责将本地符合条件的定点医药机构纳入跨省联网结算范围，就医地经办机构按要求在国家跨省异地就医管理子系统中做好跨省联网定点医药机构基础信息、医保服务协议状态等信息动态维护工作。不同投资主体、经营性质的医保定点医药机构均可申请开通跨省联网结算服务，享受同样医保政策、管理和服务。

第十四条 跨省联网定点医药机构应对异地就医患者进行身份识别，为符合就医地规定的门（急）诊、住院异地患者提供合理规范的诊疗服务及方便快捷的跨省异地就医直接结算服务，实时上传就医和结算信息。提供门诊慢特病跨省直接结算服务时，应专病专治，合理用药。参保人员未办理异地就医备案的，可在定点医药机构指引下申请办理登记备案手续，出院结算前完成登记备案的，跨省联网定点医疗机构应提供跨省异地就医直接结算服务。

第十五条 参保人员在就医地跨省联网定点医药机构就医购药时，应主动表明参保身份，出示医保电子凭证或社会保障卡等有效凭证，遵守就医地就医、购药有关流程和规范。

第五章 预付金管理

第十六条 预付金是市级经办机构预付给各区县经办机构用于支付参保地异地就医人员医疗费用的资金，资金应专款专用，任何组织和个人不得侵占或者挪用。原则上根据上年第四季度医保结算资金月平均值的两倍核定年度预付金额度，按年清算。可调剂使用各参保地的预付金。

第十七条 预付金初始额度由市级经办机构上报，国家级经办机构核定生成《重庆市跨省异地就医预付金付款通知书》（见附件3）、《重庆市跨省异地就医预付金收款通知书》（见附件4），市级经办机构在国家跨省异地就医管理子系统下载后按规定通知市级财政部门付款和收款。

第十八条 每年1月底前，国家级经办机构根据上一年度各省跨省异地就医直接结算资金支出情况，核定各省级经办机构本年度应付、应收预付金，核定生成《全国跨省异地就医预付金额度调整明细表》（见附件5），出具《重庆市跨省异地就医预付金额度调整付款通知书》（见附件6）、《重庆市跨省异地就医预付金额度调整收款通知书》（见附件7），通过国家跨省异地就医管理子系统进行发布。

第十九条 市级经办机构通过国家跨省异地就医管理子系统下载预付金额度调整付款通知书，应于5个工作日内提交市级财政部门。市级财政部门对市级经办机构提交的预付单和用款申请计划审核无误后，在10个工作日内进行划款。市级财政部门划拨预付金时，要注明业务类型（预付金或清算资金），完成划拨后5个工作日内将划拨信息反馈到市级经办机构。

第二十条 市级经办机构完成付款确认时，应在国家跨省异地就医管理子系统内输入付款银行名称、交易流水号和交易日期等信息，确保信息真实、准确，并于每年2月底前完成年度预付金调整额度的收付款工作。

第二十一条 建立预付金预警和调增机制。预付金使用率为预警指标，是指异地就医月度清算资金占预付金的比例。预付金使用率达到70%，为黄色预警。预付金使用率达到90%及以上时，为红色预警，可启动预付金紧急调增流程。

第二十二条 当预付金使用率出现红色预警时，市级经办机构可在当期清算签章之日起3个工作日内登录国家跨省异地就医管理子系统向国家级经办机构报送预付金额度调增申请。国家级经办机构收到申请后，对市级经办机构提出调增的额度进行审核确认并向参保地和市级经办机构分别下发《\_\_\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医预付金额度紧急调增付款通知书》（见附件8）、《重庆市跨省异地就医预付金额度紧急调增收款通知书》（见附件9）。

第二十三条 市级经办机构接到国家级经办机构下发的预付金额度紧急调增通知书后，应于5个工作日内提交市级财政部门。市级财政部门对市级经办机构提交的预付单和用款申请计划审核无误后，在10个工作日内完成预付金紧急调增资金的拨付。预付金紧急调增额度应于下期清算前完成拨付。

第二十四条 市级财政部门在完成预付金额度及调增资金的付款和收款后，5个工作日内将划拨及收款信息反馈到市级经办机构，市级经办机构同时向国家级经办机构反馈到账信息。

第二十五条 重庆市返还参保省的资金列入当期就医省跨省异地就医预付金额度调整付款通知书，并在对应参保省名称前加注“\*”。重庆市应收就医省返还的资金列入当期参保省跨省异地就医预付金额度调整收款通知书，并在对应就医省名称前加注“\*”。

第二十六条 市级医保经办机构在市级财政收款专户信息发生变更时，要及时在国家跨省异地就医管理子系统变更相关信息；市级经办机构向市级财政部门提交预付单和清算单时，需同步提交《跨省异地就医省级财政收款专户银行账号明细表》（见附件10），并将专户信息变更情况告知财政部门。

第六章 医疗费用结算

第二十七条 医疗费用结算是指就医地经办机构与本地定点医药机构对异地就医医疗费用对账确认后，按协议或有关规定向定点医药机构支付费用的行为。医疗费用对账是指就医地经办机构与定点医药机构就门诊就医、购药以及住院医疗费用确认医保基金支付金额的行为。

第二十八条 参保人员跨省异地就医直接结算住院、普通门诊和门诊慢特病医疗费用时，执行就医地规定的支付范围及有关规定（基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围），执行重庆市规定的基本医疗保险基金起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊慢特病病种范围等有关政策。

参保人员因门诊慢特病异地就医时，就医地有相应门诊慢特病病种及限定支付范围的，执行就医地规定；没有相应门诊慢特病病种的，定点医药机构及接诊医师要遵循相关病种诊疗规范及用药规定合理诊疗。参保人员同时享受多个门诊慢特病待遇的，根据重庆市现有报销政策确定报销规则。

第二十九条 参保人员跨省异地就医出院结算时，就医地经办机构将其住院费用明细信息转换为全国统一的大类费用信息，经国家、省级异地就医结算系统传输至重庆市，重庆市按照当地政策规定计算出应由参保人员个人负担以及各项医保基金支付的金额，并将结果回传至就医地定点医疗机构，用于定点医疗机构与参保人员直接结算。

第三十条 参保人员门诊费用跨省异地就医直接结算时，就医地经办机构按照就医地支付范围和规定对每条费用明细进行费用分割，经国家、省级异地就医结算系统实时传输至重庆市，重庆市按照当地政策规定计算出应由参保人员个人负担以及各项医保基金支付的金额，并将结果回传至就医地定点医药机构，用于定点医药机构与参保人员直接结算。

第三十一条 参保人员因急诊抢救就医的，医疗机构在为参保人员办理“门诊结算”或“入院登记”时，应按接口标准规范要求如实上传“门诊急诊转诊标志”或“住院类型”。对于“门诊急诊转诊标志”或“住院类型”为“急诊”的，参保人员未办理异地就医备案的，应视同已备案，允许参保人员按重庆市异地急诊抢救相关待遇标准直接结算相关门诊、住院医疗费用。

第三十二条 定点医疗机构应加强外伤人员身份认证，对于符合就医地基本医疗保险支付范围，参保人员主诉无第三方责任的医疗费用，定点医疗机构可结合接诊及参保人员病情等实际情况，由参保人员填写《外伤无第三方责任承诺书》（见附件11），为参保人员办理异地就医直接结算。定点医疗机构在为参保人员办理入院登记时，应按接口标准规范要求，通过“外伤标志”和“涉及第三方标志”两个接口，如实上传参保人员外伤就医情况。

第三十三条 跨省联网定点医疗机构对于异地就医患者住院期间确因病情需要到其他定点医疗机构检查治疗或到定点药店购药的，需提供《住院期间外院检查治疗或定点药店购药单》（见附件12），加盖定点医疗机构医疗保险办公室章，相关费用纳入本次住院费用跨省直接结算。参保人员申请手工报销的，各区县经办机构应将《住院期间外院检查治疗或定点药店购药单》费用纳入本次住院费用手工报销。

第三十四条 参保人员在就医地跨省联网定点医药机构凭医保电子凭证或者社会保障卡等有效凭证就医购药，根据《重庆市跨省异地就医住院结算单》（见附件13）、医疗收费票据等，结清应由个人负担的费用，就医地经办机构与定点医药机构按医保服务协议结算医保基金支付的费用。

第三十五条 国家跨省异地就医管理子系统每日自动生成日对账信息，实现参保地、就医地省级异地就医结算系统和国家跨省异地就医管理子系统的三方对账，做到数据相符。原则上，我市应每日完成当日结算信息对账，每月3日前完成上月所有结算费用的对账。如出现对账信息不符的情况，应及时查明原因，必要时提请国家级经办机构协调处理。

第三十六条 就医地经办机构在参保人员发生住院费用跨省直接结算后3日内将医疗费用明细上传国家跨省异地就医管理子系统，市级和各区县经办机构可查询和下载医药费用及其明细项目。

第三十七条 就医地经办机构在次月18日前完成与定点医药机构对账确认工作，并按医保服务协议约定，按时将确认的费用拨付给定点医药机构。

第三十八条 就医地对于参保人员住院治疗过程跨自然年度的，应以出院结算日期为结算时点，按一笔费用整体结算，并将医疗费用信息传回重庆市。重庆市对于异地参保人员住院治疗过程跨自然年度的，应以出院结算日期为结算时点，按一笔费用整体结算，并将医疗费用信息传回参保地。

第三十九条 支持参保人员普通门诊费用跨省直接结算后合理的退费需求，提供隔笔退费、跨年退费和清算后退费服务。

第四十条 跨省异地就医发生的医药费用由市级及各区县经办机构按照我市基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围进行费用审核，对发生的不符合规定的医疗费用按我市医保服务协议规定予以扣除。

第四十一条 参保人员异地就医备案后，因结算网络系统、就诊凭证等故障导致无法直接结算的，相关医疗费用可回各区县经办机构手工报销，各区县经办机构按我市规定为参保人员报销相关医疗费用。

第七章 费用清算

第四十二条 跨省异地就医费用清算是指省级经办机构之间、省级经办机构与辖区内经办机构之间确认有关跨省异地就医医药费用的应收或应付金额，据实划拨的过程。

第四十三条 国家级经办机构根据市级及各区县经办机构与定点医药机构对账确认后的医疗费用，于每月21日生成《全国跨省异地就医费用清算表》（见附件14）、《重庆市跨省异地就医应付医疗费用清算表》（见附件14-1）、《重庆市跨省异地就医职工医保基金应付明细表》（见附件14-2）、《重庆市跨省异地就医居民医保基金应付明细表》（见附件14-3）、《重庆市跨省异地就医医保基金审核扣款明细表》（见附件14-4）、《重庆市跨省异地就医职工医保基金审核扣款明细表》（见附件14-5）、《重庆市跨省异地就医居民医保基金审核扣款明细表》（见附件14-6）、《重庆市跨省异地就医应收医疗费用清算表》（见附件14-7），市级经办机构可通过国家跨省异地就医管理子系统精确查询上述清算信息，于每月25日前确认上述内容。

第四十四条 国家级经办机构于每月底前根据确认后的《全国跨省异地就医费用清算表》，生成《重庆市跨省异地就医费用付款通知书》（见附件15）、《重庆市跨省异地就医费用收款通知书》（见附件16），在国家跨省异地就医管理子系统发布。

第四十五条 市级经办机构通过国家跨省异地就医管理子系统下载《重庆市跨省异地就医费用付款通知书》、《重庆市跨省异地就医费用收款通知书》后，于5个工作日内提交市级财政部门，市级财政部门对市级经办机构提交的清算单和用款申请计划审核无误后10个工作日内向就医地省级财政部门划拨资金。市级财政部门在完成清算资金拨付、收款后，在5个工作日内将划拨及收款信息反馈到市级经办机构，市级经办机构向国家级经办机构反馈到账信息。原则上，当期清算资金应于下期清算前完成拨付。

第四十六条 国家级经办机构发布跨省异地就医费用收付款通知书后的5个工作日内，市级经办机构做好跨省异地就医资金的上解或下拨工作。

第四十七条 原则上，当月跨省异地就医直接结算费用应于次月20日前完成申报并纳入清算，清算延期最长不超过2个月。当年跨省异地就医直接结算费用，最晚应于次年第一季度清算完毕。

第四十八条 重庆市需返还参保省资金列入当期就医省跨省异地就医费用付款通知书中，并在对应参保省名称旁加注“\*”。重庆市应收就医省返还资金列入当期参保省跨省异地就医费用收款通知书中，并在对应就医省名称旁加注“\*”。

第八章 审核检查

第四十九条 跨省异地就医医疗服务实行就医地管理。市级及各区县经办机构要将跨省异地就医直接结算工作纳入定点医药机构协议管理范围，保障参保人员权益。

第五十条 市级及各区县经办机构应当对查实的违法违规行为按医保服务协议相关约定执行，涉及欺诈骗保等重大违法违规行为应按程序报请医保行政部门处理,并逐级上报国家级经办机构。

第五十一条 市级及各区县经办机构对定点医药机构违规行为涉及的医药费用不予支付，已支付的违规费用予以扣除，用于冲减参保地跨省异地就医直接结算费用。对定点医药机构违反医保服务协议约定并处以违约金的，由市级及各区县经办机构按规定处理。

第五十二条 市级及各区县经办机构应加强跨省异地就医费用审核，建立跨省异地就医直接结算运行监控制度，健全医保基金运行风险评估预警机制，对跨省异地就医次均费用水平、医疗费用涨幅、报销比例等重点指标进行跟踪监测，定期编报跨省异地就医直接结算运行分析报告。

第九章 业务协同

第五十三条 跨省异地就医业务协同管理工作实行统一管理，分级负责。国家级经办机构负责统一组织、协调省际业务协同管理工作，市级经办机构负责统一组织、协调并实施跨省异地就医结算业务协同管理工作，各区县经办机构按国家和市级要求做好业务协同工作。各级经办机构可依托国家跨省异地就医管理子系统业务协同管理模块等多种渠道发起问题协同，并按要求做好问题响应和处理。

第五十四条 市级及各区县经办机构对一次性跨省住院医疗总费用超过3万元（含3万元）的疑似违规费用，可以通过国家跨省异地就医管理子系统提出费用协查申请。申请费用协查时，需提交待协查参保人员身份证号码、姓名、性别、医疗服务机构名称、住院号、发票号码、入院日期、出院日期、费用总额等必要信息，以确保待协查信息准确。

国家跨省异地就医管理子系统每月26日零时生成上月26日至当月25日全国跨省异地就医结算费用协查申请汇总表，就医省组织各统筹地区医保部门通过国家跨省异地就医管理子系统下载当期汇总表，并通过本地医保信息系统进行核查，已生成申请汇总表的费用协查申请原则上不予修改或删除。

就医地医保部门接到本期汇总表后，原则上需于次月26日前完成本期费用协查工作，并及时上传费用协查结果至国家跨省异地就医管理子系统。遇有特殊情况确需延期办理的，自动记录至下一期，并记入本期完成情况统计监测。协查结果分为“核查无误”和“核查有误”两类，如协查信息与实际信息不符，需填写“核查有误”的具体原因方能上传结果。

市级及各区县经办机构收到就医地医保部门返回的协查结果后，5个工作日内在国家跨省异地就医管理子系统上进行确认。对协查结果存在异议的，应及时与就医地医保部门沟通处理。

第五十五条 市级及各区县医保部门可根据跨省异地就医结算业务协同问题的紧急程度，通过国家跨省异地就医管理子系统提出问题协同申请，明确待协同机构、主要协同事项、问题类型等，针对特定参保人员的问题协同需标明参保人员身份信息，其中备案类问题需在2个工作日内回复，系统故障类问题需在1个工作日内回复，其他类问题回复时间最长不超过10个工作日。

问题协同遵循第一响应人责任制，市级及各区县医保部门在接收协同申请后即作为第一响应人，需在规定时限内完成问题处理，根据实际情况标注问题类型，并在国家跨省异地就医管理子系统上进行问题处理登记，确需其他机构协助的，可在问题处理登记时详细列出其他协同机构。如不能按期完成需及时与申请地沟通延长处理时限。

市级及各区县医保部门需在收到协同地区处理结果后进行“处理结果确认”，明确问题处理结果。超过10个工作日未确认的，国家跨省异地就医管理子系统默认结果确认。对问题处理结果有异议的或尚未解决的，可重新发起问题协同，申请上一级医保部门进行协调处理。

第五十六条 市级及各区县医保部门可通过国家跨省异地就医管理子系统发布停机公告、医保政策等信息，实现医保经办信息共享。

第十章 附 则

第五十七条 跨省异地就医医疗费用结算和清算过程中形成的预付款项和暂收款项按相关会计制度规定进行核算。

第五十八条 异地就医业务档案由参保地经办机构和就医地经办机构按其办理的业务分别保管。

第五十九条 本规程由重庆市医疗保障局负责解释。

第六十条 本规程自二〇二三年一月一日起实施。

附件：1．[重庆市跨省异地就医登记备案表](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=2a712e4f045b4e5995acd164440c7181.docx)

　　　2．[基本医疗保险跨省异地就医备案个人承诺书](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=4dc7c0e955df405d87e8bca6a219a14c.docx)

　　　3．重庆市跨省异地就医预付金付款通知书

　　　4．重庆市跨省异地就医预付金收款通知书

　　　5．[全国跨省异地就医预付金额度调整明细表](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=f9e9972d9c654e66b00e6e55478b61c2.docx)

　　　6．[重庆市跨省异地就医预付金额度调整付款通知书](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=2b54451bd30144feaf92d9c245cec2b9.docx)

　　　7．重庆市跨省异地就医预付金额度调整收款通知书

　　　8．[\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医预付金额度紧急](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=ec73c74e91574a2294fabfc608549f57.docx)

[调增付款通知书](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=ec73c74e91574a2294fabfc608549f57.docx)

　　　9．[重庆市跨省异地就医预付金额度紧急调增收款通知书](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=20a12dfce5964e019ecaf21f0eae03fb.docx)

　　　10．[跨省异地就医省级财政收款专户银行账号明细表](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=19503c6cda954feab6986545199c9079.docx)

　　　11．[外伤无第三方责任承诺书](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=4ffeee12e37c4f0c938361062f947fda.docx)

　　　12．[住院期间外院检查治疗或定点药店购药单](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=75b99e768630484db6ad4bb0304fd04e.docx)

　　　13．[重庆市跨省异地就医住院结算单](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=e8112c208198407280cf87892f765e26.docx)

　　　14．[全国跨省异地就医费用清算表](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=1c7f28932bce4fd9bb58833667406d0e.docx)

　　　14-1[重庆市跨省异地就医应付医疗费用清算表](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=a81b04440fc445829dd9103dd9bafc49.docx)

　　　14-2[重庆市跨省异地就医职工医保基金应付明细表](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=b945fd2495694f66b03a4b9dd51b0025.docx)

　　　14-3[重庆市跨省异地就医居民医保基金应付明细表](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=a232df600a6e4dd198f4d9c21130fc90.docx)

　　　14-4[重庆市跨省异地就医医保基金审核扣款明细表](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=54776dfc3c4b42718acab2349045a75d.docx)

　　　14-5[重庆市跨省异地就医职工医保基金审核扣款明细表](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=a934b7f2b6bd45cf830affda04b3f7df.docx)

　　　14-6[重庆市跨省异地就医居民医保基金审核扣款明细表](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=ac883c935ec149b7ae57efd37475dcda.docx)

　　　14-7[重庆市跨省异地就医应收医疗费用清算表](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=dcc242bb6e824f34849f0b3917bebb14.docx)

　　　15．[重庆市跨省异地就医费用付款通知书](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=6e80d125f1904dfbbe0e07a17455245a.docx)

　　　16．[重庆市跨省异地就医费用收款通知书](http://www.nhsa.gov.cn/module/download/downfile.jsp?classid=0&filename=68b747889e85465d801ba0054a13ca99.docx)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件1  备案编号： | | | | | | | | |
|  | 重庆市跨省异地就医登记备案表 | | | | | | |
| 姓 名 | |  | 性 别 |  | 险种 | | 1．职工医保  2．城乡居民医保 |
| 人员类别 | | 1.异地安置退休人员  2.异地长期居住人员  3.常驻异地工作人员  4.异地转诊人员  5.其他跨省临时外出就医人员 | | 登记类别 | 1．新增  2．变更 | | |
| 社会保障号码 | |  | | 社会保障卡卡号  （可选） |  | | |
| 参保地 家庭住址 | |  | | 异地联系地址 |  | | |
| 联系电话1 | |  | | 联系电话2 |  | | |
| 转往省  （市、区） | |  | | 转往地区  （市、州） |  | | |
| **温馨提示**  1．跨省异地就医直接结算执行就医地规定的支付范围及有关规定、参保地规定的基本医疗保险基金起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊慢特病病种范围等有关政策。  2．办理备案时直接备案到就医地市或直辖市。参保人员根据病情、居住地、交通等情况，自主选择就医地开通的跨省联网定点医疗机构住院就医。门诊就医时按照参保地异地就医管理要求选择跨省联网定点医药机构就诊。  3．到海南、西藏等省级统筹的省份和新疆生产建设兵团就医的，可备案到就医省份和新疆生产建设兵团。  4．异地急诊抢救人员视同已备案。  5．未按规定办理登记备案手续，或在就医地非跨省定点医疗机构发生的医疗费用，按参保地现有规定执行。 | | | | | | | |
| 本人  （被委托人）  签名 | |  | | 填表日期 | |  | |
| 经办机构： 联系电话: 经办人: 经办日期: | | | | | | | | |

附件2

　基本医疗保险跨省异地就医备案个人承诺书

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  | | 参保地 |  | 就医地 |
| 人员类别 | （跨省异地长期居住人员 （异地安置退休人员  （跨省临时外出就医人员 （异地长期居住人员  （常驻异地工作人员  （异地转诊就医人员  （其他跨省临时外出就医人员 | | | | |
| 参保地跨省异地就医备案告知书  （由参保地经办机构填写） | | | | | |
| 承诺事项：  本人申请办理跨省异地就医备案业务，已阅读并知晓《备案告知书》所述内容，同意遵守相关规定。因个人原因无法提供异地就医备案相关证明材料，本人保证符合此业务办理条件，所述信息真实、准确、完整、有效，愿意接受信息共享查询核验，由此产生的一切经济损失和法律责任均由本人承担。  承诺人（签名、指印）：    年 月 日 | | | | | |
| 说明 | 本表由参保人员填写，由医保经办部门存档，两年内不得销毁。 | | | | |

附件3

重庆市跨省异地就医预付金付款通知书

（经办机构全称）：

请你单位将XXXX年跨省异地就医预付金于签章之日起15个工作日内拨付给就医地。付款明细清单如下：

**跨省异地就医预付金付款汇总表**

预付金年度：XXXX年

付款方：XX省 单位：万元

|  |  |
| --- | --- |
| 地 区 | 金 额 |
| 北 京 |  |
| 天 津 |  |
| 河 北 |  |
| 山 西 |  |
| 内蒙古 |  |
| 辽 宁 |  |
| 吉 林 |  |
| 黑龙江 |  |
| 上 海 |  |
| …… |  |
| 合 计 |  |

（落款：由出具单据的部门落款并加盖公章）

签章日期：XXXX年XX月XX日

附件4

重庆市跨省异地就医预付金收款通知书

（经办机构全称）：

你单位XXXX年跨省异地就医预付金收款明细清单如下：

**跨省异地就医预付金收款汇总表**

预付金年度：XXXX年

收款方：XX省 单位：万元

|  |  |
| --- | --- |
| 地 区 | 金 额 |
| 北 京 |  |
| 天 津 |  |
| 河 北 |  |
| 山 西 |  |
| 内蒙古 |  |
| 辽 宁 |  |
| 吉 林 |  |
| 黑龙江 |  |
| 上 海 |  |
| …… |  |
| 合 计 |  |

（落款：由出具单据的部门落款并加盖公章）

签章日期：XXXX年XX月XX日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 全国跨省异地就医预付金额度调整明细表 | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 制表单位：（国家级经办机构签章） | |  |  |  | 年度：XXXX年 | | |  |  |  | 单位：万元 | |
| 地 区 | | 付 款 省 | | | | | | | | | | |
| 北 京 | 天 津 | 河 北 | 山 西 | 内蒙古 | 辽 宁 | 吉 林 | 黑龙江 | 上 海 | …… | 合计 |
| 收 款 省 | 北 京 | —— |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 天 津 |  | —— |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 河 北 |  |  | —— |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 山 西 |  |  |  | —— |  |  |  |  |  |  |  |
| 内蒙古 |  |  |  |  | —— |  |  |  |  |  |  |
| 辽 宁 |  |  |  |  |  | —— |  |  |  |  |  |
| 吉 林 |  |  |  |  |  |  | —— |  |  |  |  |
| 黑龙江 |  |  |  |  |  |  |  | —— |  |  |  |
| 上 海 |  |  |  |  |  |  |  |  | —— |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |  |  |  | —— |  |
| 合 计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | —— |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 单位负责人： 审核人： 制表人： 制表日期： | | | | | | | | | | | | |

附件6

重庆市跨省异地就医预付金额度调整付款通知书

（经办机构全称）：

请你单位将XXXX年跨省异地就医预付金于XXXX年2月底前拨付。付款明细清单如下：

**跨省异地就医预付金付款汇总表**

预付金年度：XXXX年

付款方：XX省 单位：万元

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 地 区 | 上年额度 | 本年核定额度 | 实际划款额度 |
| 北 京 |  |  |  |
| 天 津 |  |  |  |
| 河 北 |  |  |  |
| 山 西 |  |  |  |
| 内蒙古 |  |  |  |
| 辽 宁 |  |  |  |
| 吉 林 |  |  |  |
| 黑龙江 |  |  |  |
| 上 海 |  |  |  |
| …… |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |

注：上年额度指国家医保局核定的上年度预付金额（含紧急调整额度）

（落款：由出具单据的部门落款并加盖公章）

签章日期：XXXX年XX月XX日

附件7

重庆市跨省异地就医预付金额度调整收款通知书

（经办机构全称）：

你单位XXXX年跨省异地就医预付金收款明细清单如下：

**跨省异地就医预付金收款汇总表**

预付金年度：XXXX年

收款方：XX省 单位：万元

|  |  |
| --- | --- |
| 地 区 | 金 额 |
| 北 京 |  |
| 天 津 |  |
| 河 北 |  |
| 山 西 |  |
| 内蒙古 |  |
| 辽 宁 |  |
| 吉 林 |  |
| 黑龙江 |  |
| 上 海 |  |
| …… |  |
| 合 计 |  |

（落款：由出具单据的部门落款并加盖公章）

签章日期：XXXX年XX月XX日

附件8

\_\_\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医预付金额度

紧急调增付款通知书

（经办机构全称）：

根据重庆市的紧急调增申请，按照《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）文件规定，请你单位于XXXX年XX月XX日前，补充拨付预付金XXXX万元。

（落款：由出具单据的部门落款并加盖公章）

签章日期：XXXX年XX月XX日

附件9

重庆市跨省异地就医预付金

额度紧急调增收款通知书

（经办机构全称）：

根据紧急调增申请，按照《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）文件规定，请你单位对XX省补充拨付预付金XXXX万元进行查收确认。

　　　　　　　　　　　　　（落款：由出具单据的部门落款并加盖公章）

　　　　　　　　　　　　　　签章日期：XXXX年XX月XX日

附件10

跨省异地就医省级财政收款专户银行账号明细表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **地 区** | **开户名** | **银行账号** | **开户银行名称** | **开户银行行号** | **变更生效日期** |
| 北 京 |  |  |  |  |  |
| 天 津 |  |  |  |  |  |
| 河 北 |  |  |  |  |  |
| 山 西 |  |  |  |  |  |
| 内蒙古 |  |  |  |  |  |
| 辽 宁 |  |  |  |  |  |
| 吉 林 |  |  |  |  |  |
| 黑龙江 |  |  |  |  |  |
| 上 海 |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |

附件11

外伤无第三方责任承诺书

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 承诺人 |  | 联系电话 |  |
| 证件类型 |  | 证件号码 |  |
| 承诺事项 | 外伤无第三方责任 | | |
| 承诺内容：  本人同意授权\_\_\_\_\_\_\_医保经办机构通过信息共享方式查询本人与办理医保业务相关的信息，承诺所提供材料均为真实合法，符合办理业务条件，如伪造材料或以任何方式骗取医疗保障待遇的，本人愿意承担一切后果，同意\_\_\_\_\_\_医保经办机构将本人虚假行为上报和纳入信用管理体系，并就本次办理业务的其他承诺内容陈述如下：  本人于\_\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日\_\_\_时在\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（地点）发生  （外伤经过）。现承诺本次意外受伤与第三方责任或工伤责任无关，如与第三方责任或工伤责任有关，则将已享受的医保待遇全额退回医保，并承担相应的法律责任。  温馨提示：   1. 反欺诈法律提示：以虚构劳动关系、伪造证明材料或者其他手段骗取基本医疗保险待遇和生育保险待遇的，属于刑法第二百六十六条规定的诈骗公私财务的行为，将依法追究刑事责任。 2. 此表可现场填写，由承诺人本人手写签名，患者本人无法签字的由其近亲属代签，并填写身份证号码和联系方式。   承诺人（签名）：  日期： 年 月 日 | | | |

附件12

住院期间外院检查治疗或定点药店购药单

姓名\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 性别\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 年龄\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 科别\_\_\_\_\_\_\_\_\_

证件类型\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_证件号码\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

诊断

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

外检定点医院或外购定点药店名称：

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

外检项目或外购药品：

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

外检或外购药原因：

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

医师签字：

定点医疗机构医疗保险办公室盖章

日期：XXXX年XX月XX日

附件13

重庆市跨省异地就医住院结算单

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 社会保障号码 |  | 社会保障卡卡号（可选） |  |
| 参保地 |  | | | 险种类型 |  | | | | |
| 就医地 |  | | | 医院名称 |  | | | 医院等级 |  |
| 入院方式 |  | | | 住院号 |  | | | 出院科室 |  |
| 主要诊断 |  | | | 次要诊断 |  | | | | |
| 入院日期 |  | | | 出院日期 |  | | | 住院天数 |  |
| 总费用 |  | 统筹基金支付范围内费用 |  | 乙类先行自付费用 |  | 超限价自付费用 |  | 自费费用 |  |
| 基金支付合计金额 | | |  | | | 个人现金支付金额 | |  | |
| ＃参保地基金1 | | |  | | | 本次起付标准 | |  | |
| ＃参保地基金2 | | |  | | |  | | | |
| ＃参保地基金3 | | |  | | |  | | | |
| ＃参保地基金4 | | |  | | |  | | | |
| ＃参保地基金5 | | |  | | |  | | | |
| ＃参保地基金6 | | |  | | |  | | | |
| ...... | | |  | | |  | | | |

单位：元（保留两位小数）

注：1.参保地基金按照参保地返回的基金款项名称打印

2.总费用=统筹基金支付范围内费用+乙类先行自付费用+超限价自付费用+自费费用

3.总费用=基金支付合计金额+个人现金支付金额

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 全国跨省异地就医费用清算表 | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 制表单位：（国家级经办机构签章） | |  |  | 清算所属月份：XXXX年XX月 | | | |  |  | 单位：元（保留两位小数） | | |
| 地 区 | | 付 款 省 | | | | | | | | | | |
| 北 京 | 天 津 | 河 北 | 山 西 | 内蒙古 | 辽 宁 | 吉 林 | 黑龙江 | 上 海 | …… | 合计 |
| 收 款 省 | 北 京 | —— |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 天 津 |  | —— |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 河 北 |  |  | —— |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 山 西 |  |  |  | —— |  |  |  |  |  |  |  |
| 内蒙古 |  |  |  |  | —— |  |  |  |  |  |  |
| 辽 宁 |  |  |  |  |  | —— |  |  |  |  |  |
| 吉 林 |  |  |  |  |  |  | —— |  |  |  |  |
| 黑龙江 |  |  |  |  |  |  |  | —— |  |  |  |
| 上 海 |  |  |  |  |  |  |  |  | —— |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |  |  |  | —— |  |
| 合 计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | —— |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 单位负责人： 审核人： 制表人： 制表日期： | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 附件14-1 |  |  |  |
| 重庆市跨省异地就医应付医疗费用清算表 | | | |
| 制表单位：（经办机构签章） | | 清算所属月份：XXXX年XX月 | 单位：元（保留两位小数） |
| 地 区 | 合计 | 职工医保 | 居民医保 |
| 北 京 |  |  |  |
| 天 津 |  |  |  |
| 河 北 |  |  |  |
| 山 西 |  |  |  |
| 内蒙古 |  |  |  |
| 辽 宁 |  |  |  |
| 吉 林 |  |  |  |
| 黑龙江 |  |  |  |
| 上 海 |  |  |  |
| …… |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 单位负责人： 审核人： 制表人： 制表日期： | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件14-2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 重庆市跨省异地就医职工医保基金应付明细表 | | | | | | | | | |
| 制表单位：（经办机构签章） |  |  | 清算月份：XXXX年XX月 | | |  | 单位：元（保留两位小数） | | |
| 项目  地区 | 基本医疗保险 | | 职工大额医疗费用补助 | 补充医疗保险 | 公务员医疗补助 | 伤残人员医疗保障 | 医疗救助 | 其他 | 合计 |
| 统筹基金 | 个人账户 |
| 北 京 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 天 津 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 河 北 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 山 西 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 内蒙古 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 辽 宁 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 吉 林 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 黑龙江 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 上 海 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 注：1.统筹基金归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费用  2.个人账户基金归集基本医疗保险个人账户支付的医疗费用  3.职工大额医疗费用补助基金归集参加职工基本医疗保险后，二次投保用于支付超过基本医疗保险基金最高支付限额以上医疗费用  4.补充医疗保险基金归集由经办机构管理的其他补充医疗保险基金支付的医疗费用  5.公务员医疗补助基金归集实施公务员医疗补助办法支付的医疗费用  6.伤残人员医疗保障基金归集二等乙级以上革命伤残军人医疗费用  7.医疗救助归集按规定支付给低保对象、特困人员等符合条件救助对象的医疗费用  8.其他归集非以上项目医疗费用 | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件14-3 |  |  |  |  |  |  |
| 重庆市跨省异地就医居民医保基金应付明细表 | | | | | | |
| 制表单位：（经办机构签章） |  |  | 清算所属月份：XXXX年XX月 | 单位：元（保留两位小数） | | |
| 地区 项目 | 基本医疗保险 | | 城乡居民大病保险 | 医疗救助 | 其 他 | 合 计 |
|
| 北 京 |  | |  |  |  |  |
| 天 津 |  | |  |  |  |  |
| 河 北 |  | |  |  |  |  |
| 山 西 |  | |  |  |  |  |
| 内蒙古 |  | |  |  |  |  |
| 辽 宁 |  | |  |  |  |  |
| 吉 林 |  | |  |  |  |  |
| 黑龙江 |  | |  |  |  |  |
| 上 海 |  | |  |  |  |  |
| …… |  | |  |  |  |  |
| 合 计 |  | |  |  |  |  |

注：1.基本医疗保险基金归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费用

2.城乡居民大病保险基金归集属于城乡居民大病保险基金支付的医疗费用

3.医疗救助归集按规定支付给低保对象、特困人员等符合条件救助对象的医疗费用

4.其他归集非以上项目医疗费用

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 附件14-4 |  |  |  |
| 重庆市跨省异地就医医保基金审核扣款明细表 | | | |
| 制表单位：（经办机构签章） |  | 清算所属月份：XXXX年XX月 | 单位：元（保留两位小数） |
| 地 区 | 合 计 | 职工医保 | 居民医保 |
| 北 京 |  |  |  |
| 天 津 |  |  |  |
| 河 北 |  |  |  |
| 山 西 |  |  |  |
| 内蒙古 |  |  |  |
| 辽 宁 |  |  |  |
| 吉 林 |  |  |  |
| 黑龙江 |  |  |  |
| 上 海 |  |  |  |
| …… |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 单位负责人： 审核人： 制表人： 制表日期： | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件14-5 | |  |  | | |  |  | | |  | | |  | | |  |  | |  | |
| 重庆市跨省异地就医职工医保基金审核扣款明细表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 制表单位：（经办机构签章） | | 清算月份：XXXX年XX月 | | | | | | | | | | |  | | | 单位：元（保留两位小数） | | | | |
| 项目  地区 | | 基本医疗保险基金 | | | | 职工大额医疗费用补助 | 补充医疗保险 | | | 公务员  医疗补助 | | | 伤残人员  医疗保障 | | | 医疗  救助 | 其他 | | 合计 | |
| 统筹基金 | 个人账户 | | |  |  | | |  | | |  | | |  |  | |  | |
| 北 京 | |  |  | | |  |  | | |  | | |  | | |  |  | |  | |
| 天 津 | |  |  | | |  |  | | |  | | |  | | |  |  | |  | |
| 河 北 | |  |  | | |  |  | | |  | | |  | | |  |  | |  | |
| 山 西 | |  |  | | |  |  | | |  | | |  | | |  |  | |  | |
| 内蒙古 | |  |  | | |  |  | | |  | | |  | | |  |  | |  | |
| 辽 宁 | |  |  | | |  |  | | |  | | |  | | |  |  | |  | |
| 吉 林 | |  |  | | |  |  | | |  | | |  | | |  |  | |  | |
| 黑龙江 | |  |  | | |  |  | | |  | | |  | | |  |  | |  | |
| 上 海 | |  |  | | |  |  | | |  | | |  | | |  |  | |  | |
| …… | |  |  | | |  |  | | |  | | |  | | |  |  | |  | |
| 合 计 | |  |  | | |  |  | | |  | | |  | | |  |  | |  | |
| 注：1.统筹基金归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费用  2.个人账户基金归集基本医疗保险个人账户支付的医疗费用  3.职工大额医疗费用补助基金归集参加职工基本医疗保险后，二次投保用于支付超过基本医疗保险基金最高支付限额以上医疗费用  4.补充医疗保险基金归集由经办机构管理的其他补充医疗保险基金支付的医疗费用  5.公务员医疗补助基金归集实施公务员医疗补助办法支付的医疗费用  6.伤残人员医疗保障基金归集二等乙级以上革命伤残军人医疗费用  7.医疗救助归集按规定支付给低保对象、特困人员等符合条件救助对象的医疗费用  8.其他归集非以上项目医疗费用 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 附件14-6 | | | |  | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |
| 重庆市跨省异地就医居民医保基金审核扣款明细表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 制表单位：（经办机构签章） | | | |  | | | |  |  | | | 单位：元（保留两位小数） | | | | | | | | |
| 项目  地区 | | | | 基本医疗保险 | | | | | 城乡居民大病医疗保险 | | | 医疗救助 | | | 其他 | | | 合计 | | |
|
| 北 京 | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |
| 天 津 | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |
| 河 北 | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |
| 山 西 | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |
| 内蒙古 | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |
| 辽 宁 | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |
| 吉 林 | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |
| 黑龙江 | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |
| 上 海 | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |
| …… | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |
| 合 计 | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | | |  | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |
| 注：1.基本医疗保险基金归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费用  2.城乡居民大病保险基金归集属于城乡居民大病保险基金支付的医疗费用  3.医疗救助归集按规定支付给低保对象、特困人员等符合条件救助对象的医疗费用  4.其他归集非以上项目医疗费 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 附件14-7 |  | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | |
| 重庆市跨省异地就医应收医疗费用清算表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 制表单位：（经办机构签章） |  | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | |
| 清算所属月份：XXXX年XX月 |  | | | | 清算月份：XXXX年XX月 | | | | | | 单位：元（保留两位小数） | | | | | | | | |
| 地 区 | 合计 | | | | 职工医疗 | | | | | | 居民医保 | | | | | | | | |
| 北 京 |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | |
| 天 津 |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | |
| 河 北 |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | |
| 山 西 |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | |
| 内蒙古 |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | |
| 辽 宁 |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | |
| 吉 林 |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | |
| 黑龙江 |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | |
| 上 海 |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | |
| …… |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | |
| 合 计 |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | |
| 单位负责人： 审核人： 制表人： 制表日期： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件15

重庆市跨省异地就医费用付款通知书

（经办机构全称）：

请你单位将XXXX年XX月跨省异地就医费用\_\_\_\_\_\_\_\_\_元及时拨付给就医地。付款明细清单如下：

**跨省异地就医费用付款汇总表**

清算所属月份：XXXX年XX月

付款方：XX省 （区、市） 单位：元（保留两位小数）

|  |  |
| --- | --- |
| **地 区** | **金 额** |
| 北 京 |  |
| 天 津 |  |
| 河 北 |  |
| 山 西 |  |
| 内蒙古 |  |
| 辽 宁 |  |
| 吉 林 |  |
| 黑龙江 |  |
| 上 海 |  |
| …… |  |
| 合 计 |  |

明细见：

附件14-1重庆市跨省异地就医应付医疗费用清算表；

附件14-2重庆市跨省异地就医职工医保基金应付明细表；

附件14-3重庆市跨省异地就医居民医保基金应付明细表；

附件14-4 重庆市）跨省异地就医医保基金审核扣款明细表；

附件14-5重庆市跨省异地就医职工医保基金审核扣款明细表；

附件14-6重庆市跨省异地就医居民医保基金审核扣款明细表。

签章日期：XXXX年XX月XX日

附件16

重庆市跨省异地就医费用收款通知书

（经办机构全称）：

你单位XXXX年XX月跨省异地就医费用收款明细清单如下：

**跨省异地就医费用收款汇总表**

清算所属月份：XXXX年XX月

收款方：XX省（区、市） 单位：元（保留两位小数）

|  |  |
| --- | --- |
| **地 区** | **金 额** |
| 北 京 |  |
| 天 津 |  |
| 河 北 |  |
| 山 西 |  |
| 内蒙古 |  |
| 辽 宁 |  |
| 吉 林 |  |
| 黑龙江 |  |
| 上 海 |  |
| …… |  |
| 合 计 |  |

明细见：附件14-7重庆市跨省异地就医应收医疗费用清算表

签章日期：XXXX年XX月XX日