

# 成都市医疗保障局 成都市财政局文件

成医保发〔2022〕32号

---

## 成都市医疗保障局 成都市财政局 关于转发《四川省医疗保障局 四川省财政厅 关于进一步做好基本医疗保险异地就医 直接结算工作的通知》的通知

四川天府新区社区治理和社事局、财政金融局，成都东部新区文旅体局、财政金融局，各区（市）县医保局、财政局，市医保事务中心，市医保信息中心：

为进一步做好我市基本医疗保险异地就医直接结算工作，现将《四川省医疗保障局 四川省财政厅关于进一步做好基本医疗保险异地就医直接结算工作的通知》（川医保发〔2022〕6号）转发给你们，并结合我市实际，补充通知如下，请一并贯彻执行。

## 一、完善异地就医备案管理

（一）我市参保人员办理异地就医备案手续后，可在备案地享受住院医保待遇。异地就医免备案地区无需办理异地就医备案即可在就医地和成都市双向享受我市住院医保待遇。

（二）我市参保人员无需办理异地就医备案手续，即可在异地享受普通门诊、门诊统筹、“两病”（高血压、糖尿病）门诊、门诊特殊疾病就医及药店购药医保待遇。

## 二、明确异地就医报销待遇

（一）办理了异地长期居住备案的我市参保人员，在备案地住院就医结算时，执行我市基本医疗保险住院待遇支付政策；办理了临时外出就医备案（含异地转诊就医、异地急诊抢救、其他临时外出就医）、未办理异地就医备案手续、备案地和就医地不符的我市参保人员，在就医地住院就医结算时，基本医疗保险和大病医疗互助补充保险支付比例在本地住院就医支付比例基础上降低5%。

（二）以个人承诺方式办理异地长期居住备案的我市参保人员，应履行承诺事项，可在补齐相关备案材料后在备案地和成都双向享受医保住院待遇的，执行我市基本医疗保险住院待遇支付

政策；未补齐备案材料回成都市就医住院的，基本医疗保险和大病医疗互助补充保险支付比例在本地住院就医支付比例基础上降低5%。

（三）我市参保人员在异地发生的无第三方责任的外伤住院医疗费用，可填写《外伤无第三方责任承诺书》后，在就医地异地定点医疗机构联网直接结算，待遇支付政策根据参保人员本人备案类型确定。

### 三、规范医保个人账户管理

规范异地就医备案人员医保个人账户管理，办理了异地就医备案的参保人员，其医保个人账户金额发放至本人的医保个人账户。

各区（市）县在工作中如有重大问题，要及时报告市医保局、市财政局。

附件：《四川省医疗保障局 四川省财政厅关于进一步做好基本医疗保险异地就医直接结算工作的通知》（川医保发〔2022〕6号）



附件

# 四川省医疗保障局 文件 四川省财政厅

川医保发〔2022〕6号

---

## 四川省医疗保障局 四川省财政厅 关于进一步做好基本医疗保险异地就医 直接结算工作的通知

各市（州）医疗保障局、财政局：

为贯彻落实《中共四川省委四川省人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》（川委发〔2021〕9号）、《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）等文件精神，深化医保领域“放管服”改革，进一步做好异地就医直接结算工作，现就有关事项通知如下：

### 一、总体要求

（一）指导思想。以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻落实党的二十大精神和省第十二次党代会精神，按照党中央、国务院和省委省政府决策部署，着眼推进省级统筹，坚持政策优化集成、管理规范统一、业务协同联动、服务高效便捷，深化基本医疗保险异地就医直接结算改革，持续提升人民群众异地就医的获得感、幸福感和安全感。

（二）目标任务。2025 年底前，全省异地就医直接结算制度体系和经办管理服务体系更加健全，全省统一的医保信息平台支撑作用持续强化，异地就医结算能力显著提升。异地就医住院费用直接结算率提高到 70%以上；异地联网定点医药机构数量稳步增加；普通门诊费用直接结算覆盖范围稳步扩大；群众需求大的门诊慢特病相关治疗费用逐步纳入异地就医直接结算范围；异地就医备案等经办管理服务规范便捷，基本实现异地就医手工报销线上线下通办，异地就医管理服务质效明显提升。

## 二、统一异地就医备案人员范围

异地就医实行登记备案管理，异地长期居住或者临时外出就医的参保人员办理异地就医备案后可以享受异地就医直接结算服务。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地以外工作、居住、生活的人员；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临时外出就医人员。

## 三、统一异地就医结算政策

### （一）统一异地就医结算支付政策

1. 跨省和省内异地就医直接结算的住院、普通门诊和“两病”门诊、门诊慢特病等医疗费用，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，以下简称支付范围），执行参保地规定的基本医疗保险待遇支付政策（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，以下简称医保待遇支付政策）。

2. 跨省和省内异地就医费用手工（零星）报销执行参保地规定的支付范围及医保待遇支付政策。手工（零星）报销的就医地医疗服务项目实际收费高于参保地同级公立医疗机构收费标准的，超过部分个人自费；就医地医疗服务项目实际收费低于参保地同级公立医疗机构收费标准的，据实结算。

各统筹地区要进一步规范门诊慢特病支付管理，严格执行国、省基本医疗保险药品目录和用药管理规定，不再另行设置支付范围（目录）。

## （二）统一异地就医待遇享受机制

1. 异地长期居住人员在备案地住院就医结算时，执行参保地规定的本地就医医保待遇支付政策。

2. 异地转诊人员和异地急诊抢救人员在备案地住院就医结算时，支付比例在参保地规定的本地住院就医支付比例基础上降幅不超过10个百分点。非急诊且未转诊的其他临时外出就医人员支付比例在参保地规定的本地住院就医支付比例基础上降幅不超过20个百分点。

3. 异地长期居住人员符合转外就医规定的，执行参保地规定

的转诊转院医保待遇支付政策。

4. 参保人员异地就医普通门诊、“两病”门诊和门诊慢特病待遇执行参保地规定的本地就医支付比例。

5. 将符合就医地管理规定的无第三方责任外伤费用纳入异地就医直接结算范围，就医地经办机构应将相关费用一并纳入核查范围。

各统筹地区要根据经济社会发展水平、人民健康需求、医保基金支撑能力和分级诊疗要求，合理设定异地就医人员医保待遇支付政策以及不同级别医疗机构的报销水平差异，引导参保人员有序就医。

**（三）统一异地长期居住人员在备案地和参保地双向享受医保待遇机制**

异地长期居住人员在备案有效期内确需回参保地就医的，可以在参保地享受医保结算服务，原则上执行参保地规定的本地就医医保待遇支付政策；其中参保人员以个人承诺方式办理异地长期居住人员备案手续的，应履行承诺事项，可在补齐相关备案材料后在备案地和参保地双向享受医保待遇。

#### **四、统一异地就医备案管理**

**（一）统一异地就医备案有效期限。**根据异地就医登记备案申请的范围对象，统一设定合理的备案有效期限。

1. 异地长期居住人员，实行“一次备案、长期有效”。参保人员办理登记备案后，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。

2. 临时外出就医人员，实行“一次备案、半年有效”。6个月有效期内可在就医地多次就诊并享受异地就医直接结算服务。备案有效期内已办理入院手续、在有效期满后出院的，超期时间视为备案有效期内。

（二）统一异地就医备案补办机制。支持符合条件的参保人员补办异地就医备案手续。参保人员出院结算前补办异地就医备案的，就医地联网定点医疗机构应为参保人员办理医疗费用直接结算。参保人员出院自费结算后按规定补办异地就医备案手续的，可以按照参保地规定申请医保手工报销。定点医疗机构要积极主动指引未办理异地就医备案人员及时办理备案，方便参保人享受异地就医直接结算待遇和服务。

（三）统一异地就医备案变更机制。备案有效期内，参保人如遇下列情形，可按规定申请变更原备案登记信息。

1. 异地长期居住人员，原则上在备案生效后6个月内不得申请变更。因退休安置地、工作单位发生变化等情况的，凭有关资料可实时申请变更。

2. 临时外出就医人员，因病情需要且由具备资格的定点医疗机构开具转诊证明的，凭有关资料可实时申请变更。

参保人员的参保险种等参保关系发生变化的，凭有关资料可实时申请变更；参保地发生变化的应重新备案。

（四）统一异地就医备案地域。参保人员申请异地就医备案时，直接备案到就医地市或直辖市；其中到省级统筹地区就医的，可直接备案到就医省份。异地普通门诊就医及药店购药无需办理

登记备案手续。参保人员在备案地开通的所有异地就医联网结算定点医疗机构享受住院费用直接结算服务。门诊就医时按照参保地异地就医管理规定选择异地联网定点医药机构就医购药。

（五）统一异地就医转诊机构资格管理。各统筹地区可结合实际，在县域内高级别定点医疗机构、省及市（州）的三级定点医疗机构中遴选确定具备开具医保异地就医转诊证明资格的医疗机构，并向社会公布。

## 五、优化异地就医经办管理服务

（一）拓宽异地就医登记备案渠道。按照统一、精简、高效、便民的原则，为参保人提供线上与线下为一体的多渠道异地就医备案渠道。线上备案渠道包括国家医保服务平台 APP、国家异地就医备案小程序、国务院客户端小程序、“四川医保” APP、四川医保公共服务网上服务大厅等，实现“网上办”“掌上办”。线下备案渠道包括参保地的医保经办机构窗口以及各级政务服务中心的医保服务窗口。各地要简化办理流程，缩短办理时限，创新备案方式，为参保人提供即时办理、即时生效的自助备案服务。积极推行异地就医备案全省（跨统筹区）通办，方便参保人就近办理备案。鼓励有条件的统筹地区探索开展省内异地就医免备案服务。

（二）方便符合条件的参保人员异地转诊就医。参保人员应按分级诊疗的相关规定有序就医，确因病情需要异地就医的，可通过参保地确定的定点医疗机构向参保地以外医疗机构转诊。定点医疗机构应以患者病情为出发点制定合理的诊疗方案，确因疾

病治疗需要，应按规定为患者开具异地就医转诊证明，不得将在本地住院作为开具转诊的先决条件。参保人员因同种疾病确需在就医地继续治疗或再次转外就医的，参保地经办机构应简化异地就医备案手续，方便参保人员享受异地就医直接结算服务。

（三）规范异地就医直接结算流程。跨省和省内异地就医直接结算时，就医地应将住院费用明细信息转换为全国统一的大类费用信息，将门诊费用（含普通门诊、“两病”门诊和门诊慢特病）按照就医地支付范围及有关規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参保地，参保地按照当地政策规定计算出应由各项医保基金支付的以及参保人员个人负担的金额，并将结果回传至就医地定点医药机构，由定点医药机构与参保人员直接结算。

参保人员因故无法直接结算的，异地联网定点医药机构应根据医保电子凭证或社会保障卡等有效凭证采集参保人员有关信息，并将医疗费用明细、诊断等就诊信息及时上传至国家、省医疗保障信息平台，推进异地就医手工报销线上办理试点。

（四）规范参保人员持医保电子凭证、社会保障卡就医。参保人员异地就医时，应在就医地的联网定点医药机构主动表明参保身份，出示医保电子凭证或社会保障卡等有效凭证。异地就医联网定点医药机构应做好参保人员的参保身份验证工作，指引未办理备案人员及时办理备案手续，为符合就医地规定的门（急）诊、住院患者提供合理规范的诊疗服务及方便快捷的异地就医直接结算服务。

## 六、规范异地就医业务监管和协同管理

(一) 健全就医地管理机制。异地就医实行就医地统一管理，就医地医保部门应加强医药机构服务管理，在医疗信息记录、绩效考核、医疗行为监控、费用审核、总额预算等方面提供与本地参保人员相同的服务和管理，并在定点医药机构医疗保障服务协议中予以明确。依法依规履行日常管理服务责任，将异地就医管理服务情况纳入经办机构考评内容。鼓励各地积极探索DRG/DIP、单病种付费等医保支付方式改革在异地就医结算中的应用，引导定点医疗机构合理诊疗。

(二) 健全就医地监管机制。健全异地就医基金监管机制，积极完善区域协作、联合检查等工作制度，加强对异地就医直接结算重点地区的指导，加强监督考核。压实就医地监管责任，就医地医保部门要统筹将异地就医直接结算作为日常监管、专项检查、飞行检查等重点内容，严厉打击异地就医领域各类欺诈骗保行为。落实参保地监管责任，参保地医保部门要定期开展异地就医医保基金使用情况分析，精准锁定可疑问题线索，积极开展问题核查，确保医保基金安全合理使用。异地就医监管追回的医保基金、扣款等按原渠道返回参保地，行政处罚、协议违约金等由就医地医保部门按规定处理。

(三) 健全异地就医结算费用监控预警机制。各统筹地区经办机构应健全异地就医结算资金运行风险评估预警机制，加强对辖区内异地联网定点医药机构结算费用定期考核、通报、监控和预警，定期开展异地就医结算情况分析，对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。

（四）健全异地就医业务协同机制。健全异地就医工作机制，形成分工明确、职责明晰、流程统一的全省异地就医业务协同管理体系，在问题协同、线上报销、费用协查、信息共享等方面全面提升各级医保经办机构业务协同管理能力。省级异地就医经办机构负责统一组织、协调并实施跨省、省内异地就医直接结算管理服务工作，各统筹地区经办机构按国家和省上要求做好异地就医直接结算管理服务工作。

## 七、进一步加强异地就医结算资金管理

（一）健全异地就医费用“先预付、后清算”机制。省级经办机构根据国家局下达的当年跨省异地就医预付金额度和上一年度各统筹地区省内异地就医费用结算等情况，核定异地就医直接结算预付金额度。预付金原则上来源于各统筹地区医疗保险基金。就医地经办机构应使用预付金及时与定点医药机构结算，待异地就医费用清算后，补足各就医地用于结算异地就医费用的预付金额度。

（二）明确异地就医费用“统一清分、按月清算”原则。异地就医费用实行全额清算。各级经办机构应按照《四川省基本医疗保险异地就医直接结算经办规程》（见附件）的要求协同同级财政部门做好异地就医清算资金收付工作。各统筹地区经办机构应及时足额缴纳异地就医直接结算预付金和清算资金。

（三）规范异地就医资金相关管理事项。异地就医资金划拨过程中形成的银行手续费、银行票据工本费等不得在基金中列支。

预付金账户产生的利息由省级医保部门统一分配。省级财政专户产生的利息按各统筹地区作为就医地跨省异地就医直接结算费用占比进行分配；省级账户和市级账户产生的利息按各统筹地区作为参保地上缴省内预付金占比进行分配。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。

## 八、强化异地就医信息化标准化支撑

（一）统一信息平台。各级医保部门应执行国家和省上统一的医保信息平台建设要求和技术规范，统一使用国家、省医保信息平台以及相关的经办结算、异地就医、公共服务等应用子系统，按规定与有关部门共享数据，深化医保电子凭证、医保移动支付、医保电子处方流转等在异地就医结算领域的推广应用，拓展异地就医经办业务网上通办。

（二）统一就医介质。加快推动以医保电子凭证、居民身份证或社会保障卡等结算介质作为异地就医业务管理的有效凭证，优化系统性能，减少响应时间，切实改善参保人员异地就医直接结算体验。

（三）统一编码应用。各级医保部门要全面抓好国家统一的医保业务编码在异地就医经办管理中的应用，及时动态做好异地就医业务相关编码的更新、维护等工作。统一使用异地就医业务异常交易报错数据信息的质控标准，按技术规范做好数据上传、异常处置等工作。

（四）统一安全保障。各级医保部门应加强医保信息化标准

化工作队伍建设，构建基础设施、网络安全、云平台、业务子系统等领域的运维管理流程，形成科学有效的运维管理制度体系。落实安全管理责任，提升系统安全运维能力，强化信息系统边界防护，压实异地联网定点医药机构的数据安全责任、接口规范改造责任、参保人身份校验责任，按规定做好机构端的网络、设备及操作的安全管理工作，严禁定点医药机构连接医保信息系统的终端设备接入互联网。

## 九、工作要求

（一）强化组织领导。各级医保部门要将异地就医直接结算工作作为深化医疗保障制度改革的重要任务，加强领导、统筹谋划、协调推进，纳入目标任务考核管理，确保异地就医改革部署及时落地落实。各级财政部门要按规定及时足额划拨异地就医资金，合理安排经办机构工作经费，加强异地就医资金收付、核算、对账等管理工作，确保账账相符。

（二）做好过渡衔接。各地医保部门要及时调整本地异地就医政策，确保2022年12月底前同国家和省上政策相衔接。要同步做好医保信息系统适应性改造，统筹安排新政策在医保信息平台中的测试、部署等工作，保障异地就医直接结算工作平稳过渡。

（三）加强队伍建设。各级医保部门要根据异地就医业务管理服务工作需要，加强异地就医经办队伍建设，积极协调相关部门支持，强化机构、人员和办公条件保障，合理配置专业专职工作人员，保证服务质效。要将异地就医业务纳入各级医保业务培训教育体系，加强日常教育培训，提高异地就医管理服务能力。

(四) 强化宣传引导。各地要加强异地就医政策宣传，充分利用线上线下宣传渠道，全面精准做好政策宣传解读工作，提高群众知晓度。及时公布异地就医联网定点医药机构信息，方便参保人选择。要及时回应群众关切，及时帮助群众解决在异地就医结算中遇到的困难和问题，引导形成合理的社会预期。

本通知自 2023 年 1 月 1 日起施行，有效期 5 年。既往相关规定与本通知不一致的，以本通知为准。施行期间如国家和省有新规定，从其规定。

附件：四川省基本医疗保险异地就医直接结算经办规程



附件

# 四川省基本医疗保险异地就医直接结算经办规程

## 第一章 总 则

**第一条** 为加强全省基本医疗保险异地就医直接结算经办管理，统一、规范和优化经办业务流程，推动基本医疗保险跨省与省内异地就医直接结算业务协同联动，提高服务水平，根据《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）及《四川省医疗保障局 四川省财政厅关于进一步做好基本医疗保险异地就医直接结算工作的通知》（川医保发〔2022〕6号）等规定，结合我省实际，制定本规程。

**第二条** 本规程适用于我省基本医疗保险参保人员（以下简称参保人员）跨省和省内异地就医直接结算经办管理服务工作中。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）。

**第三条** 本规程所称统筹地区，指21个市（州）和省本级；所称参保地，指参保人员参保关系所在的统筹地区；就医地，指参保人员发生就医购药行为的定点医药机构所在地区。

**第四条** 本规程所称异地就医包含下列两种情况

（一）跨省异地就医，指参保人员在省外的定点医药机构发生的就医、购药行为。

（二）省内异地就医，指参保人员在参保地以外的省内定点医药机构发生的就医、购药行为。

**第五条** 本规程所称基本医疗保险异地就医直接结算（以下简称异地就医直接结算）是指参保人员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异地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。基本医疗保险异地就医手工（零星）报销（以下简称异地就医手工报销）是指参保人员在异地定点医药机构完成就医购药行为并由个人全额垫付医疗费用后，按参保地规定向参保地医保经办机构提交申请医保待遇报销结算的行为。

**第六条** 异地就医直接结算工作实行统一管理、分级负责、协同经办的原则。省级经办机构承担跨省和省内异地就医结算业务流程、标准规范在本省的组织实施，建设和完善省级异地就医结算系统，全省异地就医直接结算业务协同、资金管理、争议处理和智能审核等职责。统筹地区经办机构应按照国家 and 省级异地就医结算政策规定及本统筹地区的配套政策，做好异地就医备案管理、问题协同处理、资金结算清算和系统运维等工作。

全省各级财政部门会同医保部门按规定及时划拨医保异地就医预付金和清算资金，加强与医保经办机构对账管理，确保账账相符、账款相符。

**第七条** 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。

**第八条** 支持医保电子凭证、社会保障卡等作为异地就医直接结算的有效凭证。实现异地就医基本医疗保险、补充医疗保险、大病保险、医疗救助等“一站式服务，一单制结算”。

**第九条** 分类执行异地就医结算政策。跨省和省内异地就医

直接结算执行“就医地目录、参保地政策、就医地管理”规定；跨省和省内异地就医手工报销执行“参保地目录、参保地政策、就医地管理”规定。

就医地目录指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）；参保地目录指参保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）；参保地政策指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。

## 第二章 范围对象

**第十条** 参加基本医疗保险的下列人员，可以申请办理异地就医直接结算。

（一）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地以外工作、居住、生活的人员。

（二）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临时外出就医人员。

## 第三章 登记备案

**第十一条** 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. 医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡；
2. 《\_\_\_\_市（区、县）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. 医保电子凭证或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. 医保电子凭证或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、劳动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. 医保电子凭证或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）其他临时外出就医人员备案，需提供医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡，以及备案表。

**第十二条** 参保人员可通过线上、线下多种渠道申请办理登记备案手续。

参保人员可在参保地经办机构窗口办理登记备案手续。经办机构对符合受理范围的，按照“当场受理、即时办结”要求办理，对不符合参保地政策规定或申请材料不齐全的，应一次性告知申请人需补正的材料。有条件的统筹地区可为参保人员提供异地就

医备案跨统筹区通办等其他备案服务。

参保人员可通过参保地指定的线上办理渠道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、四川医保 APP、四川医保公共服务网上服务大厅等申请办理登记备案手续。通过线上渠道申请办理登记备案的，原则上参保地经办机构应在两个工作日内审核办结。有条件的统筹地区可为参保人员提供“即时办理、即时生效”的异地就医自助备案服务。

**第十三条** 参保地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，参保人员到海南、西藏等省级统筹地区 and 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异地联网定点医药机构享受异地就医直接结算服务。

**第十四条** 异地长期居住人员登记备案生效后，原则上6个月内不得申请变更，因退休安置地、工作单位发生变化等情况的，凭有关资料可实时申请变更；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。临时外出就医人员备案后，有效期为6个月，因病情需要且由具备资格的定点医疗机构开具转诊证明的，凭有关资料可实时申请变更。

参保人员的参保险种等参保关系发生变化的，凭有关资料可实时申请变更；参保地发生变化的应重新备案。

**第十五条** 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，不受备案有效期限限制，可正常直接结算相应医疗费用。

**第十六条** 参保地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、“两病”门诊及门诊慢特病认定资格等信息实时上传至省医疗保障信息平台异地就医子系统（以下简称省异地就医子系统），方便就医地经办机构 and 定点医疗机构查询。

**第十七条** 异地普通门诊就医及药店购药无需办理登记备案手续。

**第十八条** 异地就医参保人员出院结算前补办异地就医备案的，就医地异地联网定点医疗机构应为参保人员办理医疗费用直接结算。异地就医参保人员出院自费结算后按规定补办备案手续的，可以按参保地规定申请医保手工报销。

**第十九条** 异地长期居住人员在备案地就医结算，执行参保地规定的本地就医医保待遇支付政策；异地长期居住人员在备案有效期内确需回参保地就医的，可以在参保地享受医保结算服务，原则上执行参保地规定的本地就医医保待遇支付政策；其中参保人员以个人承诺方式办理异地长期居住人员备案手续的，应履行承诺事项，可在补齐相关备案材料后在备案地和参保地双向享受医保待遇。异地长期居住人员符合转外就医规定的，执行参保地规定的转诊转院医保待遇支付政策。

**第二十条** 参保人员未按规定申请办理登记备案手续或在就医地非异地联网定点医药机构发生的医疗费用，按参保地规定执行。

#### 第四章 就医管理

**第二十一条** 各统筹地区经办机构负责将本统筹地区符合条件的定点医药机构纳入异地联网结算范围，按要求在国家跨省异

地就医管理子系统和省级医疗保障信息平台中做好异地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异地联网结算服务，享受相同的医保政策、管理和服务。

**第二十二条** 就医地经办机构应将定点医疗机构异地就医住院医疗费用直接结算率纳入医保服务协议考核范围。

**第二十三条** 异地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、住院等异地患者提供合理规范的诊疗服务及方便快捷的异地就医直接结算服务，实时上传就医和结算信息。提供门诊慢特病异地直接结算服务时，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，定点医疗机构应提供异地就医直接结算服务。

**第二十四条** 参保人员在就医地联网定点医药机构就医购药时，应主动出示医保电子凭证或社会保障卡等有效凭证，表明参保身份，遵守就医地就医、购药有关流程和规范。

## 第五章 预付金管理

**第二十五条** 预付金是指参保地经办机构预付给就医地经办机构用于支付参保地异地就医人员医疗费用的资金，分为跨省预付金和省内预付金。

**第二十六条** 省医疗保险异地结算中心（以下简称省异地中心）设立异地就医结算省级账户（以下简称省级账户），用于筹集、下拨预付金和异地就医清算资金；统筹地区经办机构设立异地就医结算市级账户（以下简称市级账户），用于筹集统筹地区

预付金、与省级账户之间缴拨预付金和异地就医清算资金、与定点医药机构结算异地就医费用。省级账户和市级账户实行专用存款账户管理，专账核算，专款专用，任何组织和个人不得侵占或挪用。省级账户和市级账户变更后应及时在省异地就医子系统中维护相关信息。

**第二十七条** 每年2月底前，省异地中心根据国家局下达的当年跨省异地就医预付金额度和上一年度各统筹地区省内异地就医费用结算等情况，核定各统筹地区当年应付、应收预付金额度，并以正式文件形式通知各统筹地区。各统筹地区应于每年3月10日前，按照当年核定的预付金上缴额度足额缴纳至省级账户。省异地中心于每年3月25日前，按照当年核定的预付金下拨额度足额拨付至各统筹地区市级账户。

**第二十八条** 建立省内预付金预警和紧急调整制度。省内预付金使用率为预警指标，即各统筹地区省内异地就医月度清算资金占省内预付金核定额度的比例。省内预付金使用率低于40%为黄色预警，连续3期为黄色预警的统筹地区应向省异地中心提交预付金使用专项说明，省异地中心将视情况调减预付金额度。省内预付金使用率达到90%及以上为红色预警，连续3期为红色预警的统筹地区可于第3期清算签章之日起3个工作日内向省异地中心发起紧急调增申请。

**第二十九条** 统筹地区可通过省异地就医子系统发起省内预付金紧急调增申请，申请额度不高于近3月平均清算资金额度与当年预付金额度差额的1.5倍，省异地中心审核通过后于5个工作日内下达调增额度，并拨付调增资金。

**第三十条** 预付金账户产生的利息由省级医保部门统一分

配。省级财政专户产生的利息按各统筹地区作为就医地跨省异地就医直接结算费用占比进行分配；省级账户和市级账户产生的利息按各统筹地区作为参保地上缴省内预付金占比进行分配。省级财政专户、市级账户所产生的利息应在每年10月31日前全额划拨至省级账户。省级医保部门应于每年11月30日前向各统筹地区分配，由省级账户划入各市级账户。各统筹地区应将利息归集至相应基金账户。

**第三十一条** 预付金账是医疗保险基金的辅助核算账。应按照《社会保险基金财务制度》《社会保险基金会计制度》等规定进行财务管理和会计核算，确保会计信息合法、真实、准确、完整。

**第三十二条** 预付金缴拨过程中发生的银行手续费、银行票据工本费由同级财政在部门预算中安排，不得在基金中列支。

## 第六章 医疗费用结算

**第三十三条** 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。

### **第三十四条** 异地就医住院直接结算方式

参保人员跨省和省内异地就医直接结算住院费用时，就医地经办机构应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参保地，参保地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。

### **第三十五条 异地就医门诊、药店购药直接结算方式**

参保人员跨省和省内异地就医直接结算门诊和药店购药费用时，就医地经办机构应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参保地，参保地经办机构按照参保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。

### **第三十六条 异地就医单行支付和高值药品直接结算方式**

我省参保人员在省内异地就医直接结算单行支付药品和高值药品费用，应按照“五定管理”要求，通过省医疗保障信息平台特殊药品经办管理系统直接结算。

我省参保人员在省外异地就医直接结算单行支付药品和高值药品费用，按照跨省异地就医直接结算政策执行。外省参保人员在我省异地就医直接结算单行支付药品和高值药品费用，统一按乙类药品进行传输。

**第三十七条** 就医地联网定点医疗机构在为因急诊抢救就医的参保人员办理“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，参保地应视同已备案，允许参保人员按参保地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。

### **第三十八条 异地联网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3），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。

**第三十九条** 异地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4），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直接结算。

**第四十条** 参保人员在就医地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《四川省医疗保险结算单》（见附件5）、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。

**第四十一条** 省异地就医子系统每日自动生成对账信息，实现参保地经办机构、就医地联网定点医药机构和省异地就医子系统的三方对账，做到数据相符。原则上参保地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，异地联网定点医药机构应按就医地经办机构要求及时完成全量结算费用的对账。如出现对账信息不符的情况，参保地与就医地经办机构应及时查明原因，必要时提请省级经办机构协调处理。

**第四十二条** 异地联网定点医药机构应将参保人员异地就医

直接结算的医药费用明细实时上传至省异地就医子系统，方便经办机构查询和下载。

**第四十三条** 就医地经办机构在次月15日前完成与异地联网定点医药机构对账确认工作，并按医保服务协议约定，使用预付金及时与定点医药机构结算异地就医费用。

**第四十四条** 对于参保人员住院治疗过程跨自然年度的，就医地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。参保地根据本地跨年度费用结算办法，可以按一笔费用整体结算；也可以计算日均费用后，根据跨年度前后的住院天数，将住院医疗费用分割到两个年度，确定基金和个人费用分担额度。

**第四十五条** 统筹地区要支持参保人员普通门诊费用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。对退费笔次发生后已结算笔次涉及的医保结算费用，不再重新结算。

**第四十六条** 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，相关医疗费用可回参保地手工报销，参保地经办机构按参保地规定为参保人员报销相关医疗费用。

## 第七章 费用清算

**第四十七条** 异地就医费用清算是指省级经办机构与各统筹地区经办机构之间确认有关异地就医医疗费用的应收或应付金额，据实缴拨的过程，包括跨省异地就医费用清算和省内异地就医费用清算（以下分别简称为跨省清算和省内清算）。跨省和省

内异地就医费用实行全额清算。

**第四十八条** 省级经办机构按以下流程组织开展跨省清算和省内清算。

(一) 月结算数据申报。异地联网定点医药机构应按就医地经办机构规定，每月按时将已完成三方对账的结算费用发起月结算数据申报。

(二) 月结算数据接收。就医地经办机构于每月 15 日前，在省异地就医子系统接收统筹地区内异地联网定点医药机构申报的月结算数据。

(三) 月结算数据确认。就医地经办机构于每月 19 日前，在省异地就医子系统确认纳入当期清算的跨省月结算数据，确认后的数据纳入当期跨省清算。就医地经办机构于每月 25 日前，在省异地就医子系统确认纳入当期清算的省内月结算数据，确认后的数据纳入当期省内清算。

(四) 跨省清算数据上传。省级经办机构每月 20 日前，将本期跨省清算数据上传至国家跨省异地就医管理子系统。

(五) 月清算数据确认。就医地经办机构于每月 26 日起三个工作日内，在省异地就医子系统确认当期清算数据，逾期未确认数据视为已确认。

(六) 签章表单打印。每月底至下月初，省异地就医子系统根据就医地经办机构已确认数据生成签章后的《四川省跨省异地就医费用清算明细表》(附件 6)《\_\_\_\_市(州)跨省异地就医应收费用清算明细表》(附件 7)《\_\_\_\_市(州)跨省异地就医应付费用清算明细表》(附件 8)《四川省省内异地就医费用清算明细表》(附件 9)《\_\_\_\_市(州)省内异地就医应收费用清算明细表》

(附件 10)《\_\_\_\_市(州)省内异地就医应付费用清算明细表》(附件 11), 统筹地区经办机构须通过省异地就医子系统打印上述清算表单并开展收付款工作。

(七)清算资金拨付。统筹地区经办机构应于每月 10 日前将应付的上月清算资金足额上缴至省级账户。省异地中心于每月 15 日前将各统筹地区应收的上月清算资金下拨至市级账户, 补足各统筹地区异地就医预付金额度。

**第四十九条** 当月异地就医直接结算费用原则上应于次月 15 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。

## 第八章 智能审核

**第五十条** 异地就医费用智能审核由省级经办机构运用全省医疗保障信息平台智能监管子系统(以下简称智能审核系统)对全省异地联网定点医疗机构发生的异地就医直接结算住院费用进行审核分析, 并组织各统筹地区经办机构对发现的问题数据进行处理。全省异地联网定点医药机构发生的其他异地就医直接结算费用, 将适时按本规程开展智能审核。

**第五十一条** 异地就医费用智能审核工作按照统一审核、分级处理的原则开展。

(一)数据审核。每月 16 日, 智能审核系统对全省异地联网定点医疗机构申请的月结算数据进行审核分析, 筛查出可疑数据和违规数据, 并在当期费用清算中做暂扣款处理。

(二)经办机构初审。每月 17 日起 3 个工作日内, 就医地经办机构通过智能审核系统对分析出的可疑数据和违规数据进行初

审，确定是否将可疑数据和违规数据下发至相应的异地联网定点医疗机构。逾期未初审数据将视为可下发数据自动下发。

（三）医疗机构申诉。各异地联网定点医疗机构通过智能审核系统对可疑数据进行查看和申诉，需要申诉的应提交申诉材料。申诉时限为初审后 10 个工作日内，逾期未做申诉的可疑数据视为医疗机构认同扣款结果，不得再做申诉。违规数据在本环节只能查看，不能申诉。

（四）经办机构复审。就医地经办机构通过智能审核系统对本统筹地区异地联网定点医疗机构提交的申诉材料进行复审。复审时限为申诉后 10 个工作日内，复审时限到期后系统对已复审数据进行清算。未复审数据待复审完成后，纳入当期费用清算。

（五）医疗机构申请补差。各异地联网定点医疗机构通过智能审核系统对违规数据和复审申诉不成功的可疑数据申请补差，须在系统中提交有关申请材料。申请补差的时限为复审后的 10 个工作日，逾期视为放弃。

（六）经办机构补差审批。就医地经办机构通过智能审核系统对本统筹地区异地联网定点医疗机构提交申请补差的材料进行审批。补差审批成功后，费用纳入当期清算返还医疗机构。

（七）第三方评审。各异地联网定点医疗机构对补差审批后的数据仍存异议的，按就医地相关规定进行第三方评审，评审结果由就医地经办机构录入智能审核系统，评审通过的费用根据录入结果日期纳入补差。

## 第九章 审核检查

**第五十二条** 异地就医医疗服务实行就医地管理。就医地经

办机构要将异地就医直接结算工作纳入定点医药机构协议管理范围，细化和完善协议条款，保障参保人员权益。

**第五十三条** 就医地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，并逐级上报上级经办机构。

**第五十四条** 就医地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，由就医地经办机构按规定处理。

**第五十五条** 省级经办机构按上级工作安排适时开展异地就医联审互查工作，将就医地落实异地就医费用审核管理责任情况纳入经办机构规范建设考评指标，结合省级飞行检查、第三方行风评价等工作进行考核评价；协调处理因费用审核、资金拨付发生的争议及纠纷。

**第五十六条** 各级经办机构应加强异地就医费用审核，建立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，定期编报异地就医直接结算运行分析报告。

## 第十章 业务协同

**第五十七条** 异地就医结算业务协同实行统一管理、分级负责。各级经办机构可依托国家跨省异地就医管理子系统和省异地就医子系统业务协同管理模块等渠道，做好异地就医结算业务协同发起、响应、处理等工作。主要包括问题协同、费用协查、信

息共享等。

（一）省级经办机构负责落实、协调跨省异地就医结算业务协同管理工作；统一组织、协调省内异地就医结算业务协同管理工作。

（二）统筹地区经办机构按照国家和省上要求做好异地就医结算业务协同工作。

**第五十八条** 问题协同事项主要包括异地就医备案管理、政策咨询、信息系统故障处理等。问题协同处理要按照“及时响应、逐级排查、高效协同”的原则进行，各统筹地区经办机构可根据协同问题的紧急程度，通过不同渠道发起问题协同。

（一）问题提出地通过电话、工作群或文书函件等方式发起问题协同，协同地应积极响应并给予回复，问题处理时限原则上不超过10个工作日，特殊情况确需延期的应及时与提出地进行沟通，需上级部门支持的要逐级上报处理。

（二）问题提出地通过国家跨省异地就医管理子系统和省异地就医子系统发起问题协同申请，需明确待协同机构、主要协同事项、问题类型等信息，针对特定参保人员的问题协同需标明参保人员身份信息。协同地需按要求在国家跨省异地就医管理子系统和省异地就医子系统中给予回复，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。提出地需在收到协同地处理结果后进行“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和省异地就医子系统将默认结果确认。对问题处理结果有异议或尚未解决的，可重新发起问题协同，申请上一级经办机构进行协调处理。

**第五十九条** 参保地经办机构对本地参保人员异地就医疑似违规的住院医疗费用，可按规定提请就医地经办机构协查。

（一）参保地经办机构对一次性跨省或省内异地住院医疗总费用超过3万元（含3万元）的疑似违规费用，可以分别通过国家跨省异地就医管理子系统和省异地就医子系统提出费用协查申请。申请费用协查时，需准确完整提交待协查参保人的身份证号码、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。国家跨省异地就医管理子系统和省异地就医子系统于每月26日0时生成并发布上月26日至本月25日异地就医结算费用协查申请汇总表，各统筹地区经办机构应及时登录查看费用协查信息并处理。原则上，就医地经办机构需于次月26日前完成本期费用协查工作，并及时上传协查结果至国家跨省异地就医管理子系统或省异地就医子系统。延期办理的自动记录至下一期，并记入本期情况统计监测。协查结果分为“核查无误”和“核查有误”两类，如属于“核查有误”的，需按规定填写具体原因，未填写原因的不得上传。

参保地经办机构收到就医地返回的协查结果后，5个工作日内在国家跨省异地就医管理子系统和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，应及时与就医地经办机构进行沟通处理。

（二）参保地经办机构通过函件等其他方式提出的费用协查申请，原则上就医地经办机构须在30日内完成协查并反馈核查结果。

**第六十条** 异地就医结算业务协同遵循第一响应人责任制。各级经办机构接收业务协同申请后即为首响应人，工作中应落

实首问责任制。

**第六十一条** 各统筹地区经办机构可通过国家跨省异地就医管理子系统和省异地就医子系统发布停机公告、医保政策等重要信息，实现医保经办信息共享。

**第六十二条** 探索异地就医手工报销线上办理，参保人员因故无法直接结算回参保地手工报销的，参保地经办机构可依托异地联网定点医药机构上传至国家跨省异地就医管理子系统和省级医疗保障信息平台的医疗费用明细、诊断等就诊信息实现线上报销。

## 第十一章 附 则

**第六十三条** 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。

**第六十四条** 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。

**第六十五条** 各统筹地区医保部门可根据本规程制定本地区异地就医直接结算实施细则，及时调整与本规程不相符的规定，确保与国家 and 省有关政策相衔接。

**第六十六条** 本规程施行前入院患者，在本规程施行后出院的，一律按照本规程执行。

**第六十七条** 本规程由四川省医疗保障局负责解释。

**第六十八条** 本规程自 2023 年 1 月 1 日起施行，原有规定与本规程不一致的以本规程为准。

- 附件：1. \_\_\_\_\_市（区、县）异地就医登记备案表  
2. 基本医疗保险异地就医备案个人承诺书

3. 外伤无第三方责任承诺书
4. 住院期间外院检查治疗或定点药店购药单
5. 四川省医疗保险结算单
6. 四川省跨省异地就医费用清算明细表
7. \_\_\_\_\_市（州）跨省异地就医应收费用清算明细表
8. \_\_\_\_\_市（州）跨省异地就医应付费用清算明细表
9. 四川省省内异地就医费用清算明细表
10. \_\_\_\_\_市（州）省内异地就医应收费用清算明细表
11. \_\_\_\_\_市（州）省内异地就医应付费用清算明细表

附件 1

备案编号:

## \_\_\_\_市(区、县)异地就医登记备案表

姓名		性别		险种	1. 职工医保 2. 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. 其他临时外出就医人员		登记类别	新增 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)			
<b>温馨提示</b> 1. 跨省和省内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规定选择异地联网定点医药机构就医购药。 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. 未按规定申请办理登记备案手续,或在就医地非异地联网定点医疗机构发生的医疗费用,按参保地规定执行。 6. 异地转诊人员只需备案到转诊医疗机构所在地市、直辖市、省级统筹的省份和新疆生产建设兵团。					
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:

## 基本医疗保险异地就医备案个人承诺书

姓名		性别		联系电话	
身份证件号码		参保地		就医地	
人员类别	<input type="checkbox"/> 异地安置退休人员 <input type="checkbox"/> 异地长期居住人员 <input type="checkbox"/> 异地长期居住人员 <input type="checkbox"/> 临时外出就医人员 <input type="checkbox"/> 常驻异地工作人员 <input type="checkbox"/> 异地转诊就医人员 <input type="checkbox"/> 其他临时外出就医人员				
参保地异地就医备案告知书（内容由参保地经办机构填写） 跨省异地就医参保地政策 省内异地就医参保地政策 其他需告知内容					
承诺事项： 本人申请办理异地就医备案业务，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。  <div style="text-align: right;">             承诺人（签名、指印）：               年 月 日           </div>					
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。				

## 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	<b>外伤无第三方责任</b>		
<p>承诺内容：</p> <p>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险待遇的，本人愿意承担一切后果；<b>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</b>，并就本次办理业务的其他承诺内容陈述如下：</p> <p>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。</p> <p><b>温馨提示：</b></p> <p>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物的行为，将依法追究刑事责任。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">承诺人（签名）：</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">日期： 年 月 日</p>			

附件 4

## 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

## 四川省医疗保险结算单

单位：元（保留两位小数）

患者姓名	性别	年龄	身份证号码	
参保地	险种类型			
就医地	医疗类别			
医院名称	医院编码			
入院方式	住院号			
主要诊断	次要诊断			
入院日期	出院日期			
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	住院天数 自费费用
基金支付合计金额				
参保地基金 1	个人支付合计金额			
参保地基金 2	个人账户支付金额			
参保地基金 3	个人现金支付金额			
参保地基金 4	个人账户余额			
.....	本次起付线			
	报销比例			
				患者签字
				医院盖章

备注：本结算单一式三份，参保人员、医疗机构、医保经办机构各一份

1. 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
2. 总费用=基金支付合计金额+个人支付合计金额

## 四川省跨省异地就医费用清算明细表

四川省医疗保险异地结算中心（签章）

费用清算期号：

单位：元

行政区划代码	统筹地区	应收（代付其他省份医疗费用及违规金）		应付（本统筹地区参保人在外地就医费用及违规金）		
		基金支付 (1)	违规金 (2)	实际应收 (3)	基金支付 (4)	违规金 (5)

注：①据实收支；② (3) = (1) + (2)；③ (6) = (4) + (5)。

单位负责人：

审核人：

制表人：

打印时间：











信息公开选项：主动公开

---

四川省医疗保障局办公室

2022年12月1日印发

---

**信息公开属性：主动公开**

---

成都市医疗保障局办公室

2022年12月23日印发

---