

淮南市医疗保障局文件

淮医保发〔2022〕60号

关于印发《淮南市基本医疗保险跨省异地 就医直接结算实施细则》的通知

各县区医保局、毛集医保办，各有关单位：

现将《淮南市基本医疗保险跨省异地就医直接结算实施细则》印发给你们，请遵照执行。



淮南市基本医疗保险跨省异地就医 直接结算实施细则

第一章 总 则

第一条 为加强全市基本医疗保险跨省异地就医直接结算经办管理，统一和规范经办业务流程和服务标准，推进业务协同联动，为参保群众提供优质高效的跨省异地就医直接结算服务。根据《基本医疗保险跨省异地就医结算经办规程》等规定，结合我市实际，制定本细则。

第二条 本细则所称跨省异地就医是指基本医疗保险参保人员在我省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保服务协议约定审核后支付。

第三条 本细则适用于我市基本医疗保险参保人员跨省异地就医直接结算及相关业务经办管理服务（省内异地就医相对应工作比照执行）。其中基本医疗保险参保人员，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（以下简称城乡居民医保）。

第四条 跨省异地就医直接结算工作实行统一管理、分级负责。省级经办机构承担全省异地就医结算业务流程、标准规范在本省的组织实施，建设和完善省异地就医管理子系统，跨省异地

就医直接结算业务协同、资金管理和争议处理等职能。市（县、区）医保经办机构按照国家和省级跨省异地就医管理规定，做好跨省异地就医备案管理、问题协同处理和资金结算清算等工作。

市（县、区）财政部门会同医保部门按规定及时划拨跨省异地就医预付金和清算资金，合理安排医保经办机构的工作经费，加强与医保经办机构对账管理，确保账账相符、账款相符。

第五条 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保基金。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划拨跨省异地就医资金过程中发生的银行手续费、银行票据工本费不得在基金中列支。预付金在就医地财政专户中产生的利息归就医地所有。

第六条 优化业务经办流程，支持医保电子凭证、社会保障卡等作为有效凭证，按照“就医地目录、参保地政策、就医地管理”的要求，提供便捷高效的跨省异地就医直接结算服务。补充医疗保险、医疗救助等医疗费用纳入跨省异地就医直接结算范围。

第二章 范围对象

第七条 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（市外省内的比照执行）。

(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在参保地以外的地区居住、生活、工作 6 个月以上的人员。

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

第三章 登记备案

第八条 参保地经办机构按规定为参保人办理登记备案手续。

(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. 《安徽省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《安徽省跨省异地就医备案个人承诺书》（以下简称个人承诺书，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) 异地转诊就医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、有效身份证件或社会保障卡, 以及备案表。

第九条 参保人员可在参保地的医保经办窗口、政务服务窗口, 或指定的国家医保服务平台 APP、国家异地就医备案小程序、皖事通 APP、安徽省医保局微信公众号、安徽医保公共服务小程序等多种渠道办理登记备案手续。通过全国统一的线上备案渠道申请办理登记备案的, 原则上参保地经办机构应在两个工作日内办结。鼓励有条件的地区, 为参保人员提供即时办理、即时生效的自助备案服务。

第十条 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, 参保地可设置变更或取消备案的时限, 原则上不超过 6 个月; 跨省临时外出就医人员备案后, 12 个月有效, 有效期内根据病情需要可在就医

地多次就诊并享受跨省异地就医直接结算服务。市外省内比照执行。

第十一条 参保地经办机构在为参保人员办理备案时原则上直接备案到就医地市或直辖市等，参保人员到海南省、西藏自治区等省级统筹地区 and 新疆生产建设兵团就医，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。

第十二条 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，不受备案有效期限限制，可正常直接结算相应医疗费用。

第十三条 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、门诊慢特病认定资格等信息实时上传至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。

第十四条 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联网定点医药机构发生的医疗费用，按零星报销流程享受医保待遇。

第四章 就医管理

第十五条 省级经办机构负责指导各统筹地区将本地符合条件的定点医药机构纳入跨省联网直接结算范围。市级经办机构

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的动态维护工作。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直接结算服务，享受同等的医保政策、管理和服务。

第十六条 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、住院患者提供规范合理的诊疗服务和便捷高效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，可在定点医疗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联网直接结算服务。

第十七条 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，主动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

第十八条 省级医保部门设立异地就医直接结算省级周转金（以下简称省级周转金），是指从各统筹地区管理的医保基金中按规定标准提取的专用资金，统筹用于预付、清算异地就医直接结算的医保费用。

第十九条 省级周转金按照“以支定收、收支平衡”原则，实行

“先预付后清算”资金收付管理。省级周转金单独记账、单独核算，专款专用，不得挤占、挪用、借用。

第二十条 省级周转金预付额度原则上按各市级统筹地区上年第四季度医保结算资金月平均值的2倍核定，按年调整。省财政厅、省医保局根据核定的预付额度从各统筹地区筹集资金，跨省预付金通过省级财政专户划拨至对应的外省财政专户。原则上每年2月底前应完成跨省预付金调整工作。

第二十一条 建立省级周转金调增机制。市级统筹地区月度清算资金占省级周转金的比例达到90%以上时，启动省级周转金调增流程，调整金额上限为当期月度清算资金2倍与已付省级周转金之差。省级周转金（预付金）调增由各市级统筹地区经办机构按照规定发起，并向同级财政部门申请用款计划。

第六章 医疗费用结算

第二十二条 医疗费用结算是指就医地经办机构与其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其本地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。

第二十三条 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，原则上执行就医地规定的基本医疗

保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围及有关规定，执行参保地规定的基本医疗保险基金起付标准、支付比例、最高支付限额等有关政策。

跨省异地长期居住人员备案有效期内需回参保地就医的，可以在参保地享受医保结算服务，执行参保地规定的本地就医时的标准（省内的比照执行）。

跨省异地长期居住人员符合转外就医规定的，按参保地跨省转诊待遇政策结算（省内的比照执行）。

跨省异地长期居住人员（含省内）以个人承诺方式办理异地就医备案的，当次可享受跨省异地长期居住人员相关医保待遇。承诺人在承诺之日起1个月内补齐备案材料的，可在备案地和参保地长期享受双向就医医保待遇。

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；就医地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疾病诊疗规范及用药规定合理诊疗。门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算时，使用全国统一的门诊慢特病病种代码及病种名称。参保人员同时享受多个门诊慢特病待遇的，由参保地确定报销规则。

第二十四条 参保人员住院费用跨省异地就医出院结算时，就医地医保信息平台将其住院费用明细信息转换为全国统一的大类费用信息，经国家及省异地就医管理子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，并将结果传回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。

第二十五条 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及规定对每条费用明细进行费用分割，经国家及省异地就医管理子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。

第二十六条 参保人员因急诊抢救就医的，定点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，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。

第二十七条 定点医疗机构应加强外伤人员身份认证和伤情认定，首诊医生应如实记录参保患者外伤伤情，对于符合就医地基本医疗保险支付范围且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，由参保人员本人或授权委托人填写《安徽省跨省异地就医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”两个字段，如实上传参保人员外伤就医情况。

第二十八条 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零售药店购药的，需提供《住院期间外院检查治疗或定点零售药店购药单》（见附件4），加盖定点医疗机构医疗保险办公室印章，相关费用纳入本次住院费用跨省直接结算。

第二十九条 参保人员在就医地跨省联网定点医疗机构凭医保电子凭证或者社会保障卡等有效凭证就医，根据《安徽省跨省异地就医住院结算单》（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疗机构按医保服务协议结算医保基金支付的费用。

第三十条 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管理子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，参保省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，省级经办机构应及时查明原因，必要时提请国家级经办机构协调处理。

第三十一条 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至国家跨省异地就医管理子系统，参保地经办机构可查询和下载医药费用及其明细项目。

第三十二条 就医地经办机构在次月 20 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。

第三十三条 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，确定医保基金和个人费用分担额度。

第三十四条 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。

第三十五条 跨省异地就医发生的医疗费用由就医地经办机构按照就医地的基本医疗保险药品、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就医地医保服务协议约定予以扣除。

第三十六条 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零星报销，参保地经办机构按规定为参保人员报销医疗费用。

第七章 费用清算

第三十七条 跨省异地就医医疗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，确认跨省异地就医医疗费用的应收应付金额，据实划拨的过程。

第三十八条 跨省异地就医直接结算费用清算，由省级经办机构与外省据实划拨；省级经办机构将省内各统筹地区在外省发生的跨省异地就医直接结算清算费用与外省参保人在省内各统筹地区发生的异地就医直接结算清算费用进行差额清算。

第三十九条 跨省异地就医医疗费用按月清算。每月 5 日前，定点医疗机构完成上月结算费用申报工作。每月 20 日前，就医地经办机构完成结算费用审核。每月 25 日前，各统筹地区经办机构在省异地就医管理子系统进行清算数据确认。省异地就医管理子系统根据清算确认后的数据，生成当期清算报表。清算报表生成后的 5 个工作日内，就医地经办机构将清算资金拨付至定点医疗机构。次月 20 日前，各统筹地区与省级经办机构完成差额清算资金的收付工作。

第八章 审核检查

第四十条 跨省异地就医医疗服务实行就医地管理。就医地经办机构要将医保异地就医结算工作纳入本地定点医药机构服务协议管理范围，细化和完善协议条款，将急诊抢救、无第三方责任外伤、住院期间外院检查治疗或定点零售药店购药纳入就医地管理，维护医保基金安全，保障参保人员权益。

第四十一条 就医地经办机构应当对查实的违规行为按医保服务协议约定执行，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，并逐级上报至省级医保部门。

第四十二条 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，由就医地经办机构按规定处理。

第四十三条 国家级经办机构适时组织各省级经办机构通过巡查抽查、交叉互查、第三方评审等方式，开展跨省异地就医联审互查工作，将就医地落实跨省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，结合国家医保局飞行检查、第三方行风评价等工作进行考核评价。国家级经办机构负责协调处理因费用审核、资金拨付发生的争议及纠纷。

第四十四条 各级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

第四十五条 异地就医业务协同，是指参保人员在异地就医

结算全过程中，涉及参保地经办机构、就医地经办机构、定点医药机构双方或多方之间的业务协同联动工作。

第四十六条 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，省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，各统筹地区经办机构按国家和省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。

第四十七条 参保地医保部门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，并将费用协查结果及时上传至国家跨

省异地就医管理子系统。遇到特殊情况需延期办理的，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。

参保地医保部门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内进行确认。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。

第四十八条 各级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，各级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。

各级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，或申请上一级医保部门进行协调处理。

第四十九条 各级医保部门可通过国家异地就医管理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。

第五十条 探索跨省异地就医零星报销线上办理，参保人员因故无法直接结算，回参保地零星报销的，参保地经办机构可依托跨省联网定点医药机构上传至国家医疗保障信息平台的医疗费用明细、疾病诊断等就诊信息探索实现线上报销。

第十章 附 则

第五十一条 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。

第五十二条 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。

第五十三条 省内异地就医直接结算备案管理、业务协同、费用结算清算等业务流程参照此细则执行。

第五十四条 本细则由淮南市医疗保障局负责解释。

第五十五条 本规程自 2023 年 1 月 1 日起施行。

附件：1. 安徽省跨省异地就医登记备案表

2. 安徽省跨省异地就医备案个人承诺书
3. 安徽省跨省异地就医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零售药店购药单
5. 安徽省跨省异地就医住院结算单

附件 1

备案编号：

安徽省跨省异地就医登记备案表

姓 名		性 别		险 种	<input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 居民医保
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"/> 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		登记类别	<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 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(直辖 市、自治区)		转往地区(市、 区、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。 3.到海南省、西藏自治区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。 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

安徽省跨省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"/> 常驻异地工作人员				
参保地跨省异地就医备案告知书 （由参保地经办机构填写）					
<p>承诺事项：</p> <p>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。</p> <p style="text-align: right;">承诺人（签名、指印）： 年 月 日</p>					
说明	本表由参保人员填写，由医保经办机构存档，保存期限 2 年。				

附件 3

安徽省跨省异地就医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		
<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；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：</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>温馨提示：</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;">承诺人（签名、指印）： 年 月 日</p>			

附件 4

住院期间外院检查治疗或定点零售药店购 药单

姓名_____ 性别_____ 年龄_____ 科别_____

证件类型_____ 证件号码_____

诊断_____

外检定点医疗机构或外购定点零售药店名称：_____

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

年 月 日

附件 5

安徽省跨省异地就医住院结算单

单位：元（保留两位小数）

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									
.....									

备注：

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。

