

安徽省基本医疗保险异地就医结算 服务经办规程

(征求意见稿, 2022 年 8 月 16)

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, 统一和规范经办业务流程和服务标准, 推动基本医疗保险省内与跨省异地就医结算业务协同联动, 为人民群众提供高质量、高质效、高可及、高协同的异地就医直接结算服务。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《基本医疗保险跨省异地就医结算经办规程》等规定, 结合我省实际, 制定本规程。

第二条 本规程所称异地就医, 指以我省基本医疗保险市级统筹体制为基础, 参保人在参保关系所在市级统筹区以外的定点医药机构发生的就医、购药行为。

(一) 跨省异地就医, 指参保人在省外的定点医药机构发生就医、购药行为。

(二) 省内异地就医, 指我省参保人在参保关系所在市级统筹区外的省内定点医药机构发生的就医、购药行为。现

阶段我省共有省直及 16 个市共 17 个医保统筹区（以下统筹为“市级统筹区”）。

（三）市级统筹区内的跨县域就诊、购药行为不属于基本医疗保险异地就医直接结算经办服务范围。

第三条 本规程所称参保地，指参保人的参保关系所在的市级统筹区；就医地，指就诊购药行为发生的定点医药机构所在的市级统筹地区。

第四条 本规程所称基本医疗保险异地就医结算（以下统筹为“医保异地结算”），指参保人在市级统筹区以外的异地定点医药机构发生就诊、购药行为而产生的备案、就诊购药行为、医保待遇报销结算等全流程服务。

（一）医保异地直接结算，指参保地在异地定点医药机构完成就诊、购药行为完成后，依托国家和安徽省医疗保障信息平台异地就医、业务管理、支付方式等应用子系统（以下统称为“医保信息平台”）在定点医药机构端完成医保待遇报销结算的行为，参保人仅需按规定支付个人的自付费用。属于医保异地直接结算政策范围内的，应优先采取平台线上直接结算方式。

（二）医保异地零星结算，指参保人在异地定点医药机构完成就诊购药行为且在机构端由个人全额支付医疗费用后，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。

第五条 本规程所称基本医疗保险，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”）。

（一）基本医疗保险的大病保险待遇报销结算，按本规程管理。

（二）城乡医疗救助、补充医疗保险等支付政策报销结算，参照本规程管理。

第六条 医保异地就医结算工作实行统一管理、分级负责、协同经办的原则。

（一）国家级医保异地就医结算经办机构（以下统筹为“国家级经办机构”），承担制定并实施全国异地就医结算业务流程、标准规范，全国异地就医数据管理与应用，跨省异地就医资金预付和结算管理、对账费用清分、智能监控、运行监测，跨省业务协同和争议处理等职能。

（二）省级医保异地就医结算经办机构（以下统筹为“省级经办机构”），承担全国异地就医结算业务流程、标准规范在本辖区内的组织实施；承担医保跨省异地就医资金预付、结算、对账、费用清分等工作，协调跨省异地业务协同、争议处理；承担省内异地就医结算业务流程、标准规范，省内异地就医结算数据管理与应用，省内异地业务协同、争议处理等工作；承担异地就医省级周转金及资金预付、结算、对账、费用清分等工作。

（三）市级医保异地就医结算经办机构（以下统筹为“市级经办机构”），负责落实国家和省异地就医结算经办规程，

承办本统筹区医保异地就医资金预付、结算、对账、费用清分等工作，承办本统筹参保人的异地就医结算数据管理与应用，做好本统筹区参保人的异地就医业务协同、争议处理等工作；指导并细化本统筹区各级经办机构承办医保异地就医结算经办分工等工作。

第七条 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，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。

第八条 支持医保电子凭证、社会保障卡等国家规定的介质作为医保异地就医结算的有效凭证。在省内，支持城乡居民医保参保人以身份证作为异地就医结算的有效凭证。

第九条 医保异地就医结算分类执行医保目录、待遇政策、监督管理等方面政策规定，其中：跨省和省内异地就医直接结算，均执行“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零星结算均执行“参保地目录、参保地政策、就医地管理”规定。

（一）医保目录，指全国统一基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等三大目录，包括规范名称、编码、甲乙丙类型等。执行医保目录，指执行就医地或参保地医保目录支付属性，包括医保支付比、个人自付比等目录支付政策。

（二）参保地政策，指执行参保人所在市级统筹区的医保待遇报销政策，包括起付标准、支付比例、最高支付限额及门诊慢特病病种范围等待遇补偿政策。

（三）就医地管理，指参保人在异地定点医药机构发生的就诊、购药行为，按规定纳入就医地属地管理。基于我省省属医院的协议签订主体及协议签订共享原则，18家省属定点医院的“就医地”归属于为省直医保统筹区，在省属医院的异地就医结算执行省直医保目录支付政策。

第二章 范围对象

第十条 异地就医参保人分为两大类、六种人群。参保人员符合下列情况之一的，可以申请办理异地就医直接结算等服务。

（一）异地长期居住类人群，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市级医保统筹区以外的地区工作、居住、生活的人员。

（二）临时外出就医类人群，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等。

第三章 备案登记

第十一条 参保地经办机构按规定为申请参保人办理医保异地就医结算的受理、登记、备案等手续。

（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. 《安徽省基本医疗保险异地就医备案表》（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”及本人“常住人口登记卡”，或《安徽省基本医疗保险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（公安部门核发的居住证或个人承诺书）。

（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、劳动合同任选其一或个人承诺书）。

上述（一）、（二）、（三）情形中提交《个人承诺书》的，需要在3个月内按规定补充有关资料。

（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（见

附件 3)。

(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。

第十二条 参保人可通过线上、线下多种渠道申请办理登记备案服务。

(一) 可携带**第十一条**规定的申请资料到参保地经办机构大厅窗口办理，当场受理、即时办结。遇申请材料不正确或不全面的，要一次性现场告知申请人进行补充。

(二) 可按**第十一条**规定的申请资料及线上办理要求的文档格式，在国家医保服务平台 APP、国家异地就医备案小程序、国务院客户端小程序、“皖事通”APP、安徽省医疗保障局 APP、安徽医保公共服务小程序、安徽医保公共服务网上服务大厅等多种官方渠道申请线上办理。参保地经办机构原则上应在两个工作日内办结，遇申请材料不正确或不全面的，要一次性告知申请人补充。

(三) 鼓励有条件的地区，取消省内异地就医登记备案，或为参保人提供即时办理、即时生效的自助备案服务。

(四) 各市级统筹区不得以本地资金、住院率、就诊率等情况为由，拒接备案审核或以增加备案证明资料、流程等方式变相增加参保人“跑腿垫资”负担。

第十三条 根据医保异地就医登记备案申请的范围对象，设定不同的备案有效期限。各市级统筹区医保部门不得

根据基本医保险种、疾病病种、就诊类型等情况设置低于下列规定的备案有效期限。

（一）异地长期居住人员实行“一次备案、长期有效”，即参保人未申请备案信息变更或个人在本统筹区内参保状态未发生变更时，已登记的备案信息长期有效。其中：以个人承诺制的人员实行“一次承诺、3个月有效”，3个月内按规定及时完整补充异地就医登记备案所需资料的，接续享受“长期”有效期限。3个月有效期内，承诺人未按规定及时完整补充登记备案所需资料的，即终止其备案有效期，且全额追回有效期内发生的医保异地就医结算资金，对恶意虚假承诺的，按规定严肃处理处罚。

（二）临时外出人员就医人员实行“一次备案、12个月有效”，有效期满后按本规程重新申请登记备案；备案有效期内已办理入院手续的，且在有效期结束后出院的，超期时间视为有效备案期内。

第十四条 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，备案登记后接续享受**第十三条**规定的备案有效期限。

（一）安置退休、长期居民、异地工作等异地长期居民人员，原则上在备案生效后6个月内不得申请变更，其中：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，但实行个人承诺制的，在未按规定补充备案材料之前不得变更。

（二）临时外出转诊人员，因病情需要且由具体资格的定点医药机构开具转诊证明的，凭有关资料可实时申请变更。

（三）参保人所参加的基本医保险种等参保关系状态发生变化的，凭有关资料可实时申请变更。

（四）其他符合申请变更规定的情形。

第十五条 规范异地就医备案登记的就医地管理。

（一）参保人申请异地就医结算的备案就医地（统称为“就医地”），到海南省、西藏自治区、直辖市、新疆生产建设兵团的，直接备案登记至省、自治区、直辖市和兵团；除此之外，直接备案登记至省辖地级市（执行中国国家另有规定的，从其规定）。

（二）参保人可在就医地具备门急诊、住院或门诊慢特病就诊、购药相应资格条件的所有定点医药机构就诊购药，并享受相应的医保异地就医结算服务。参保地不得对参保人在就医地就诊购药时作出限制定点医药机构级别、数量或范围等规定。

第十六条 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结算服务。

第十七条 参保地经办机构要按规定及时为符合条件的参保人员办理异地就医备案登记、变更和取消业务，并将参保人的备案登记、门诊慢特病资格认定等信息实时上传至国家和省医保信息平台。

第十八条 参保人未按规定办理异地就医备案登记手

续、自行外出的异地就医购药行为，按自行外转类型享受相应的医保报销待遇及异地就医结算服务。参保人在异地非定点医药机构发生的医疗费用，不享受医保报销待遇政策。

第四章 就医管理

第十九条 按属地管理、协议共享的原则，各统筹区医保经办机构要将具备条件的定点医药机构纳入异地就医联网结算范围，按规定将联网定点医药机构基础信息、协议状态、服务范围等信息按规定全面及时精准维护至国家和省医疗保障信息平台。

第二十条 各级医保经办要压实定点医药机构提供线上直接结算服务的责任，将线上直接结算率纳入本地定点协议管理考核范围，合理增加考核权重，提高本地定点医药结构的异地就医直接结算率。

第二十一条 异地联网定点医药机构应对异地就医患者进行参保身份识别，为符合规定的异地参保患者提供规范合理的诊疗服务以及方便快捷的异地就医直接结算服务，严禁为提高现金流、假以平台无法结算等为由让参保患者全额垫资结算医疗费用。

第二十二条 异地联网定点医药机构对未办理备案登记的参保人履行提示义务，并指引帮助参保人按规定补办有关备案登记手续。出院结算前完成登记备案的，应按规定提供线上直接结算应享受的医保报销待遇。

异地就医直接结算行为完成后，异地联网定点医药机构要按规定及时全量将就诊、结算等信息上传至国家和省医疗保障信息平台。

第二十三条 定点医药机构应就本机构就诊售药执业范围、是否异地联网、联网直接结算的服务开通范围等情况以及其他应知且可能影响参保人待遇结算的情况，对参保人履行明确告知义务，

第二十四条 参保人员在定点医药机构就医购药时，应按就医地规定选择具备资格的定点医药机构进行就诊、购药，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。

第五章 周转金及预付金管理

第二十五条 省级设立医保异地就医直接结算省级周转金（以下简称“省级周转金”），按《安徽省财政厅安徽省医疗保障局关于印发〈安徽省基本医疗保险异地就医省级周转金管理暂行办法〉的通知》（皖财社〔2019〕1079号）等规定，从各市级统筹区医保基金中提取，统筹用于预付、清算异地就医直接结算的医保费用。

第二十六条 省级周转金按照“以支定收、收支平衡”原则提取。年初提取的额度，原则上按各市级医保统筹区上年第四季度医保结算资金月平均值的2倍核定，按月清分、按年清算。

省级周转金使用率指各级市级统筹区月度清算所需资金占省级周转金的比例，为国家预警指标。使用率达到 70% 时进行黄色预警；使用率达到 90% 及以上时进行红色预警，并适时启动省级周转金紧急调增机制，调增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。

原则上每年 2 月底前应完成周转金年度额度调整的收付款工作。实行红色预警进行紧急调增时，原则上调整额度应于下期清算前完成收付款。

第二十七条 医保异地就医结算资金按照“先预付、后清算”的原则进行拨付。

（一）我省支付外省的异地就医医保预付资金，由省级经办机构配合省级财政部门从省级周转金财政专户中列支。

（二）外省支付我省的异地就医医保预付资金，直接划转至省级周转金财政专户。

（三）省内异地就医预付金，由省级经办机构从省级周转金支出户中列支。

第二十八条 各级经办机构完成付款确认时，应在国家和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。

第二十九条 各级经办机构应按规定做好相关账号信息变更等工作，其中：省级经办机构在省级财政收款专户信息发生变更时，要及时在国家异地就医管理子系统变更相关信息；省级经办机构向省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4),并将专户信息变更情况告知省级财政部门。

第三十条 跨省异地就医预付金由省级经办机构按照要求上报国家级经办机构。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《----省(区、市)跨省异地就医预付金额度调整付款通知书》(见附件6)、《----省(区、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。

第三十一条 省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个工作日内提交同级财政部门。参保地省级财政部门在确认跨省异地就医资金全部缴入省级财政专户,对省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。省级财政部门划拨预付金时,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省级经办机构。

第三十二条 跨省预付金、省级周转金、各统筹区异地就医结算资金应按照《社会保险基金财务制度》和《社会保险基金会计制度》的规定进行管理和财务核算,确保会计信息合法、真实、准确、完整。

第三十三条 跨省预付金、省级周转金、各统筹区异地就医结算资金收付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

第三十四条 医疗费用结算，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医保基金费用的行为。医疗费用对账，指就医地经办机构与本地定点医药机构就门诊、住院异地就医就诊购药发生的医疗费用及医保基金支付额度进行对账、审核、确认等行为。

第三十五条 规范异地住院费用直接结算行为。

（一）跨省异地就医出院结算时，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、省级医保信息平台异地就医管理子系统传输至参保地，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，用于就医地定点医疗机构与参保人进行直接结算。

（二）省内异地就医出院结算时，就医地经办机构应通过省医保信息平台异地就医管理子系统，将其住院费用明细信息数据实时传输至参保地。参保地经办机构根据参保地政策规定计算出应由参保人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，用于就医地定点医疗机构与参保人进行直接结算。

（三）参保人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,在就诊购药业务发生后的2日内将医疗费用明细、诊断等就诊信息数据及时上传,用于支持异地就医零星结算线上办理试点等工作。

第三十六条 规范异地门诊、购药费用直接结算。

(一)跨省异地就医门诊结算时,就医地经办机构按照就医地支付范围和规定对每条医疗费用明细数据进行分割,经国家、省级医保信息平台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。

(二)省内异地就医门诊结算门诊、购药结算时,按**第三十五条(二)款**规定执行。

(三)参保人因故无法直接结算的,按**第三十五条(三)款**规定执行。

第三十七条 参保人因急诊抢救异地就医的,定点医药机构办理“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”中的“急诊”标识。对“急诊”参保人未办理异地就医备案的,视同已备案,并按规定结算相关门诊、住院医疗费用。

第三十八条 定点医疗机构应加强外伤人员异地就医结算管理,按规定做好外伤人员身份认定等工作。对于符合就医地基本医疗保险支付范围,参保人主诉无第三方责任且

按规定填写《外伤无第三方责任承诺书》(见附件 8)的医疗费用,定点医疗机构应结合接诊及参保人病情等实际情况,为参保人办理异地就医直接结算。

异地定点医疗机构办理入院登记时,应按接口标准规范,通过“外伤标志”和“涉及第三方标志”两个接口,如实上传参保人外伤就医信息。

第三十九条 异地联网定点医疗机构对参保人住院期间确因病情需要到其他定点医药机构检查治疗或购药的,需提供《住院期间外院检查治疗或定点药店购药单》(见附件 9)。由此形成的相关医疗费用,按规定纳入本次住院医疗费用一并并进行异地就医直接结算。

第四十条 参保人在异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《基本医疗保险异地就医住院结算单》(见附件 10)、医疗收费票据等,结清应由个人负担的费用。应由医保基金支付的费用,由就医地经办机构与定点医药机构按医保服务协议等规定进行结算。

第四十一条 国家和省医保信息平台异地就医管理子系统每日自动生成前一日的对账信息,实现参保地、就医地医保业务管理子系统、省异地就医管理子系统、国家异地就医管理子系统等多方对账。其中:参保地经办机构原则上应每日完成生成的对账信息的审核工作;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,各级经办机构应及时查明原因,必要时提请上级经办机构协调处理。

第四十二条 就医地经办机构要及时上传异地就医医疗费用直接结算明细项目数据。

（一）跨省直接结算的医疗费用明细数据，应在结算后 2 日内将当地业务管理子系统中明细数据，全量上传至省异地就医管理子系统，进而上传至国家异地就医管理子系统。参保地经办机构可查询或下载异地就医结算明细数据。

（二）省内直接结算的医疗费用明细数据，实行全量实时上传。

第四十三条 就医地经办机构在次月 20 日前完成与本地定点医药机构异地就医直接结算费用的对账确认工作，并按医保服务协议约定，按时足额将确认的费用拨付至定点医药机构。

第四十四条 就医地对于参保人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。我省作为参保地时，由市级统筹区经办机构按一笔费用整体结算。我省作为就医时，按外省参保地规定执行。

第四十五条 各市级统筹区要支持参保人普通门诊费用异地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。对退费笔次发生后结算笔次发生的医保结算费用，不再追溯。

第四十六条 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。

第四十七条 对因医保信息平台、医院 HIS 等网络系统故障或就诊凭证故障或其他政策规定，不能在异地定点医药机构直接结算的，参保人应在全额自付费用结算后的 3 个月内，向参保地经办机构提交零星报销申请；因客观原因无法按时提交零星报销申请时，应提出延期申请，经参保地经办机构审核同意后可适当延长 3 个月。逾期未按规定提交零星报销申请时，视为放弃医保报销。参保地经办机构按照“参保地政策、参保地目录”等规定进行结算，按时完成医保基金的支付划拨等工作。

第七章 医保资金清算

第四十八条 医保资金清算是指省级经办机构省际之间、省级经办机构与市级经办机构之间，审核确定异地就医医疗费用及医保基金支付的应收（付）额度，以及按规定划拨医保基金的过程。

第四十九条 清算申报。每月 1-5 日，异地联网定点医疗机构应根据上月对账完成的医疗费用及医保资金数据，通过省医保信息平台异地就医管理子系统申报当期（含上月及之前月份准予延期的数据）医保资金清算费用。

因客观原因导致当期无法申请清算的医疗费用及医保资金，定点医药机构应在申报日止前提出延期说明，得到当

地经办机构认可后最长延长 2 个月期。延期后仍未申请的医疗费用，由定点医药机构自行承担，医保基金不予追补。

因定点医药机构工作失误等原因且在申报日止未作延期情况说明，或作出说明但未得到当地经办机构认可的医疗费用，由定点医药机构自身承担，医保基金不予追补。

第五十条 经办审核。定点医药机构提出清算费用申报后至该月 20 日前，就医地经办机构对本地定点医药机构提出的异地就医费用清算申请，按就医地有关规定进行审核；对不符合医保支付规定的费用按规定进行扣除，并及时告知定点医药机构，经审核并应扣款的费用纳入当期费用清算。定点医药机构对审核扣款结果有异议且在该月 20 日止与就医地经办机构达成一致的，将达成一致的結果纳入本期费用清算；尚未达成一致的，最长延期纳入下一期费用清算时一并申报。

就医地经办机构应 20 日前将本地异地就医医疗费用及医保资金清算结果上报至省级经办机构。

第五十一条 清算确认。

（一）异地住院和门诊费用清算。省级经办机构应于每月 21 日在省医保信息平台异地就医子系统生成当期《异地就医直接结算清算费用医院拨付表》（附件 11）、《异地就医直接结算清算费用医保基金应付汇总表》（附件 12）、《异地就医直接结算清算费用职工医保应付基金明细表》（附件 13）、《异地就医直接结算清算费用城乡居民医保应付基金明细表》

(附件 14)、《异地就医直接结算清算费用职工医保应付基金审核扣款明细表》(附件 15)、《异地就医直接结算清算费用城乡居民医保应付基金审核扣款明细表》(附件 16)、《异地就医直接结算清算费用统筹区差额支付表》(附件 17)。市级经办机构应在当月 25 日前完成当期清算数据的确认工作。当月底前,国家级经办机构依托国家异地就医管理子系统进行电子签章授权,之后省异地就医管理子系统对清算金额进行电子签章授权。

(二)省内异地药店购药费用清算。每月 20 日前,市级经办机构完成上月定点零售药店结算对账,核对无误后在省医保信息平台异地就医管理子系统申报当期清算费用。每月 21 日,系统生成当期异地药店费用清算数据。21 日-25 日期间,市级经办机构在省异地就医管理子系统“药店清算”模块进行清算数据确认,生成当期清算报表。

(三)参保地经办机构在每月 25 日前通过国家和省医保信息平台异地就医管理子系统查询上述清算信息并完成信息确认工作。

第五十二条 资金拨付。

(一)跨省资金拨付。省级经办机构通过国家异地就医管理子系统下载《----省(区、市)跨省异地就医费用付款通知书》(见附件 18)、《----省(区、市)跨省异地就医费用收款通知书》(见附件 19)后,于 5 个工作日内提交同级财政部门,财政部门在确认跨省异地就医资金全部缴入省级

财政专户，对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。省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省级经办机构，省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。

（二）省内资金拨付。电子签章授权后的 5 个工作日内，市级经办机构根据《异地就医直接结算清算费用统筹区差额支付表》（附件 17），向同级财政申请用款计划；市级财政部门应在该月 20 日前将清算资金上解至省级周转金支出户。

第五十三条 就医省（省内就医地）需返还参保地的医保资金列入当期付款《通知书》，并在对应参保省（省内参保地）名称旁加注“*”。参保省（省内参保地）应收就医省（省内就医地）返还的医保资金列入当期参保省（省内参保地）收款《通知书》，并在对应就医省（省内就医地）名称旁加注“*”。

第八章 监管检查

第五十四条 异地就医医疗服务实行就医地管理。就医地经办机构要将医保异地就医结算工作纳入本地定点医药机构协议管理范围，细化和完善协议条款，保障参保人权益。

第五十五条 就医地经办机构应履行日常稽核审核等监管检查责任，对查实的违约行为按医保服务协议予以处理。

发现欺诈骗保等违法违规行为线索，应按程序报请本地医保行政部门或其授权部门处理，将经查实的重大违法违规情况上报上级经办机构。

第五十六条 参保地医保行政部门或授权部门或经办机构在日常管理过程中发现本地参保人在异地就医行为存在违法违规问题、以及该参保人异地就医的定点机构存在违法违规违约问题线索时，按规定及时将问题线索移交就医地处理。

第五十七条 就医地经办机构对定点医药机构违规违约行为涉及的医疗费用不予支付医保基金；清算期已经支付的医保资金在下一期清算时予以扣除。审核扣款医保资金归属参保地，按**第五十一条**规定返还参保地，由参保地经办机构按规定纳入相应的医保资金管理。

第五十八条 就医地经办机构对本地定点医药机构异地就医结算行为违反医保协议约定形成的违约金，归属就医地，由就医地经办机构按规定处理。

第五十九条 就医地医保行政部门或其授权部门对本地定点医药机构异地就医结算行为违反法律法规而作出的行政处罚金，归属就医地，由就医地按规定处理。

第六十条 省级经办机构应做好上述审核扣款等渠道形成的应返还医保资金的分解、划拨等工作。对返还资金参保地归属明确至相应市级统筹区的，全额返还至对应的市级统筹区；对返还资金参保地归属未明确至相应市级统筹区的，

按《安徽省医保局 安徽省财政厅关于印发安徽省医疗保障监管查处基金追回流程暂行管理办法的通知》（皖医保发〔2020〕11号）规定的分配法分解至市级统筹区。

第六十一条 各级医保部门应组织飞行检查、交叉互查等方式开展异地就医结算联审互查等工作，将就医地落实异地就医费用监管审核管理责任情况纳入经办机构规范建设考评指标，纳入基金监管、行风评价等工作进行考核。

第六十二条 省级经办机构应建立健全省本级异地联网定点医疗机构结算费用定期考核机制、通报机制、监控机制、预警机制，编制全省异地就医结算情况分析报告。市级经办机构应加强本地异地就医结算费用考核，加强异地就医结算费用运行监控，健全异地就医结算资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，以及次均药品费、材料费、检查化验费等“三费”物耗性医疗费用涨幅等重点指标进行跟踪监测，定期编报本地异地就医直接结算运行分析报告。

第九章 业务协同

第六十三条 异地就医业务协同，是指参保人在异地就医结算全过程中，涉及参保地经办机构、就医地经办机构及其定点医药机构双方或多方之间的业务协同联动工作。主要包括：日常工作协同、疑似违规费用协查、平台故障类问题协助。

第六十四条 异地就医业务协同工作实行统一管理、分级负责。各级经办机构可依托国家和省异地就医管理子系统业务协同管理模块等渠道做好异地就医协同业务需求发起、响应、处置等工作。

（一）国家级经办机构负责统一组织、协调省际异地就医业务协同管理工作。

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

（三）市级统筹区经办机构负责落实异地就医业务协同管理工作。

第六十五条 日常工作协同，主要包括异地就医备案审核、补办备案、政策咨询等日常工作，需要对方给予帮助的协同事项。协同提出方可通过电话、工作群或文书函件等方式提出。协同相对方积极协同处理并给予回复，其中：备案类协同需求，需在 2 个工作日内回复；其他类日常协同需求，回复时间最长不超过 10 个工作日。

第六十六条 疑似违规费用协查，指参保地经办机构在日常管理过程中，发现本地参保人及就医地定点机构的异地就医住院医疗费用达到一定额度且疑似违规的情况，依托国家和省异地就医管理子系统，按规定提请就医地经办机构协查的行为。其中：提请跨省协查的，一次性跨省住院医疗总费用至少应达到 3 万元额度；提请省内协查的，一次性省内

异地住院医疗总费用至少应达到 2 万元额度。

（一）参保地经办机构申请疑似违规费用协查时，需精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。

（二）国家和省异地就医管理子系统于每月 26 日 0 时生成并发布上月 26 日至本月 25 日异地就医协查申请汇总表，已生成的协查申请汇总表原则上不予修改或删除。

（三）就医地经办机构应在次月 26 日前完成协查工作，并将协查结果上传国家和省异地就医管理子系统。协查结果分为“核查无误”和“核查有误”。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“核查有误”。

1. 就医地经办机构遇特殊情况确需延期办理的，自动记录至下一期协查结果反馈，并计入本期协查完成情况统计监测，其中对省内异地就医协查办理无故逾期的，作“核查无误”结果处理，由此应承担的医保资金由就医地根据责任确定由本地医保资金或定点医药机构承担。

2. 因参保经办机构协查申请信息不全、不精准的，就医地经办机构应及时告知参保地申请人，在 5 日内且在协查完成时限日止尚未全面精准补充协查信息的，就医地经办机构按“核查有误”上传，参保地不得在下一期再次提出协查申请。

（四）参保地经办机构收到就医地返回的协查结果后，5个工作日内在国家和省异地就医管理子系统上进行确认。对返回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。

第六十七条 平台故障类问题协助，指参保人在异地定点医药机构就诊购药过程中，遇到医保信息平台、联网定点医药机构 HIS、云药店系统、网络等故障或医保电子凭证、社会保障卡等过期损坏等情形导致无法线上直接结算的问题，提请有关方面协助进行处理的过程。

（一）平台故障类问题协助，一般由就医地经办机构或定点医药机构可通过国家和省异地就医管理子系统、电话、工作群等高效协同渠道提出协助申请。相关方收到协助需求后应在 1 个工作日内回复，并根据问题轻重缓急积极协助处理。

（二）国家和省异地就医管理子系统提出的协助申请，协助相关方应系统中按时进行回复，且各方应在系统中按时进行协助结果确认。

第六十八条 异地就医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，收到的工作人员应落实首问负责制。属于自身权责范围内的事项，由首问工作人员按规定进行处理；不属于自身权责范围的事项，应按所在经办机构规定提交有关人员处理。

第六十九条 各级医保部门可通过国家和省医保信息

平台异地就医管理子系统发布停机公告、医保政策等重要信息。

第七十条 强化异地就医医保费用直接结算，探索异地就医医保费用零星报销线上办理。

第十章 附则

第七十一条 各市级统筹区医保部门可根据本规程制定本地有关实施细则，及时调整与本规程不相符的规定，确保与国家和省级规定政策举措相衔接。拟制定的有关实施细则或日常工作中拟制定新的异地就医经办措施，应在签发前向省级医保部门报备审核。

第七十二条 本规程由省医疗保障局会同省财政厅等部门负责解释。

第七十三条 本规程自 2023 年 1 月 1 日起施行，《安徽省医疗保障局关于印发安徽省异地就医管理经办规程（试行）的通知》（皖医保发〔2020〕20 号）同步废止。

附件 1

备案编号：

安徽省基本医疗保险异地就医备案表

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	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. 异地就医执行就医地目录，参保地起付线、封顶线及支付比例。因各地的目录差异，直接结算和回参保地报销可能存在待遇差，属于正常现象。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。 2. 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。 3. 异地急诊抢救人员视同已备案。 4. 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	☐ 异地安置退休人员 ☐ 异地长期居住人员 ☐ 常驻异地工作人员 ☐ 异地转诊就医人员 ☐ 其他临时外出就医人员					
参保地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

安徽省基本医疗保险异地就医转诊证明

姓名		身份证号			
联系方式		人员类别	☐ 城镇职工 ☐ 城乡居民	性别	男 ☐ 女 ☐
所在单位或社区名称					
病情摘要及转诊转院理由： 主治医师（签字）： 年 月 日					
建议转往城市（医院）					
科室意见： 科主任（签字）： 年 月 日					
医院医保办意见： (章) 年 月 日		患者本人或委托人签名确认 年 月 日			

提示: 1. 本表一式两份, 一份由医院存档, 一份参保人员报销时使用。

2. 本表仅作为医保异地就医结算待遇享受标准的依据, 不作为医保异地就医结算的前置条件。

附件 4

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 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

____省（区、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

____省（区、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

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: 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物的行为,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 9

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 10

省（区、市）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									
.....									

- 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 11

异地就医费用直接结算清算费用医院拨付表

签章：

清算所属月份：

单位：元（保留两位小数）

序号	定点医疗机构编码	贯标码	定点医疗机构名称	申请金额	审核扣款	实付金额
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
...						
			合计			

附件 12

异地就医直接结算清算费用应付基金汇总表

签章：清算所属月份：单位：元（保留两位小数）

	地区	合计	职工医保	居民医保
	甲栏			
	合肥市			
	芜湖市			
	蚌埠市			
	淮南市			
	马鞍山市			
	淮北市			
	铜陵市			
	安庆市			
	黄山市			
	滁州市			
	阜阳市			
	宿州市			
	六安市			
	亳州市			
	池州市			
	宣城市			
	省本级			

附件 13

异地就医直接结算清算费用职工医保应付基金明细表

签章：

清算所属月份：

单位：元（保留两位小数）

地区	统筹支付	医疗救助(大病)支付	公务员补助	其他基金	帐户支付	民政补助支付	企业补充医保支付	伤残医保支付	财政兜底支付	合计	审核扣款	应付
甲栏	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (=1 至 9 之和)	11	12 (=10-11)
合肥市												
芜湖市												
蚌埠市												
淮南市												
马鞍山市												
淮北市												
铜陵市												
安庆市												
黄山市												
滁州市												
阜阳市												
宿州市												
六安市												
亳州市												
池州市												
宣城市												
省本级												

附件 14

异地就医直接结算清算费用城乡居民医保应付基金明细表

签章：

清算所属月份：

单位：元（保留两位小数）

地区	统筹支付	医疗救助(大病)支付	其他基金	帐户支付	民政补助支付	企业补充医保支付	伤残医保支付	财政兜底支付	合计
甲栏	1	2	3	4	5	6	7	8	9 (=1 至 8 之和)
合肥市									
芜湖市									
蚌埠市									
淮南市									
马鞍山市									
淮北市									
铜陵市									
安庆市									
黄山市									
滁州市									
阜阳市									
宿州市									
六安市									
亳州市									
池州市									
宣城市									
省直									

附件 15

异地就医直接结算清算费用职工医保应付基金审核扣款明细表

签章：

清算所属月份：

单位：元（保留两位小数）

地区	统筹支付	医疗救助(大病)支付	公务员补助	其他基金	帐户支付	民政补助支付	企业补充医保支付	伤残医保支付	财政兜底支付	合计	审核扣款	应付
甲栏	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10(=1至9之和)	11	12(=10-11)
合肥市												
芜湖市												
蚌埠市												
淮南市												
马鞍山市												
淮北市												
铜陵市												
安庆市												
黄山市												
滁州市												
阜阳市												
宿州市												
六安市												
亳州市												
池州市												
宣城市												

附件 16

异地就医直接结算清算费用城乡居民医保应付基金审核扣款明细表

签章：

清算所属月份：

单位：元（保留两位小数）

地区	统筹支付	医疗救助(大病)支付	其他基金	帐户支付	民政补助支付	企业补充医保支付	伤残医保支付	财政兜底支付	合计
甲栏	1	2	3	4	5	6	7	8	9 (=1 至 8 之和)
合肥市									
芜湖市									
蚌埠市									
淮南市									
马鞍山市									
淮北市									
铜陵市									
黄山市									
滁州市									
阜阳市									
宿州市									
六安市									
亳州市									
池州市									
宣城市									

附件 17

异地就医直接结算清算费用统筹区差额支付表

签章：

清算所属月份：

单位：元（保留两位小数）

统筹区	实收合计	实付合计	差额合计
省异地就医中心（省直作为就医地）			
外省			
省直（省直作为参保地）			
合肥市			
芜湖市			
蚌埠市			
淮南市			
马鞍山市			
淮北市			
铜陵市			
安庆市			
黄山市			
滁州市			
阜阳市			
宿州市			
六安市			
亳州市			
池州市			
宣城市			
备注：差额为正数，相应统筹区按差额支付省异地就医管理中心；差额为负数，省异地就医管理中心按差额支付相应统筹区。			

附件 18

____省（区、市）基本医疗保险跨省异地就医
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__省（区、市）跨省异地就医应付医疗费用清算表；
附件 14-2__省（区、市）跨省异地就医职工医保基金应付明细表；
附件 14-3__省（区、市）跨省异地就医居民医保基金应付明细表；
附件 14-4__省（区、市）跨省异地就医医保基金审核扣款明细表；
附件 14-5__省（区、市）跨省异地就医职工医保基金审核扣款明细表；
附件 14-6__省（区、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 19

____省（区、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	

签章日期：XXXX 年 XX 月 XX 日