

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。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 各统筹区经办机构负责将本统筹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区省内异地就医费用结算等情况，核定各统筹区当年应付、应收预付金额度，并以正式文件形式通知各统筹区。各统筹区应于每年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日前向各统筹区分配，由省级账户划入各市级账户。各统筹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 日前将各统筹区应收的上月清算资金下拨至市级账户, 补足各统筹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)		
温馨提示					
<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>4. 异地急诊抢救人员视同已备案。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>					
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"/> 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				
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	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; 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

附件 5

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		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				个人支付合计金额					
参保地基金 1				个人账户支付金额					
参保地基金 2				个人现金支付金额					
参保地基金 3				个人账户余额					
参保地基金 4				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

附件 6

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)	实际应付 (6)

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：

附件 9

四川省省内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（代付其他统筹区医疗费用及违规金）			应付（本统筹区参保人在异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)	实际应付 (6)

注：①据实收支；② (3) = (1) + (2)；③ (6) = (4) + (5)；④违规金包含智能监管子系统复审补拨金额、暂不支付金额、补差金额、稽核本金。

单位负责人：

审核人：

制表人：

打印时间：

