

宿州市医疗保障局

宿医保秘〔2022〕34号

宿州市医疗保障局 宿州市财政局关于印发 《宿州市基本医疗保险跨省异地就医直接 结算实施细则（试行）》的通知

各县（区）医疗保障局、财政局，市属各中心：

为加快完善跨省异地就医直接结算服务，持续提升人民群众异地就医结算的获得感、幸福感和安全感，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）和《安徽省医保局 安徽省财政厅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》（皖医保秘〔2022〕103号）等文件精神，结合我市实际，制定了《宿州市基本医疗保险跨省异地就医直接结算实施细则（试行）》，现印发给你们，请认真遵照执行。



宿州市基本医疗保险跨省异地就医直接结算 实施细则（试行）

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《安徽省基本医疗保险跨省异地就医直接结算经办规程》等规定，结合我市实际，制定本实施细则。

第二条 本实施细则所称跨省异地就医，是指我市基本医疗保险参保人员在跨省异地就医（不含国外和港澳台地区）的定点医药机构发生的就医、购药行为。参保地是指参保人员参保的统筹地区；就医地是指参保人员的就医的定点医药机构所属统筹区。

第三条 跨省异地就医结算分为通过异地就医信息系统直接结算的医疗费用（以下简称直接结算）和参保人员先行垫付医疗费用再手工报销（以下简称手工报销）两种。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异地联网定点医药机构按医保服务协议约定审核后支付。跨省异地就医原则上实行直接结算。

第四条 本实施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。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）。

第五条 跨省异地就医工作实行统一管理，分级负责。市医疗保障局制定全市跨省异地就医经办管理实施细则和服务标准。市医疗保障经办机构（以下简称市级经办机构）负责组织协调并实施全市跨省异地就医管理经办服务工作，按本实施细则做好本统筹区内的跨省异地就医管理、基金结算清算及市本级的经办服务。县（区）医疗保障经办机构（以下简称县级经办机构）负责本辖区内参保人员跨省异地就医备案登记等经办服务，以及费用审核、问题协同处理和资金结算清算等工作。

市及县区财政部门会同同级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。

第六条 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。

第七条 市县（区）两级医保经办机构要简化办事程序，压

缩办事时间，按照“就医地目录、参保地政策、就医地管理”的总体要求，提供“网上办、掌上办、马上办、一次办”等优质、便捷、高效的跨省异地就医直接结算服务，全面实施好差评制度，提升管理能力和服务效率。

第二章 范围对象

第八条 参保人员符合下列情况之一的，可以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在参保地以外的地区居住、生活、工作 6 个月以上的人员。

1、异地安置退休人员：指退休后在异地定居并且户籍迁入居住地的人员。

2、异地长期居住人员：指在异地长期生活并办理了居住证明的参保人员。

3、常驻异地工作人员：指参保单位派驻异地（长期）工作学习 6 个月以上的参保人员。

（二）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。

1、异地转诊就医人员：指由本市辖区内具有转诊转院权的定点医疗机构出具转诊意见转往市外定点医疗机构就医的参保人员。

2、异地急诊抢救人员：视同已办理转诊备案。

3、其他临时外出就医人员：指未经本市辖区内具有转诊转

院权的定点医疗机构出具转诊意见，自行前往市外定点医疗机构住院治疗的参保人员。

第三章 登记备案

第九条 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、劳动合同任选其一，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。

第十条 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。

第十一条 具有办理职工医保转诊转院权的医疗机构为参保职工所属参保地最高级别医疗机构，具有办理居民医保转诊转院权的医疗机构为参保居民所属医共体牵头医疗机构。各县区医保部门可根据需要确定具有本辖区参保人员转诊转院权的定点医疗机构。

第十二条 跨省异地就医人员因病情变化需转往备案地以外定点医疗机构就医的，原则上由备案地级别最高的定点医疗机构出具转诊意见，参保人员可通过省政务服务平台上传转诊意见办理备案。

第十三条 异地长期居住人员备案有效期为长期，跨省异地就医信息如需变更，应在 6 个月后向参保地医保经办机构申请。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，变更就医地的应重新备案。

第十四条 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。

第十五条 参保人员办理跨省异地就医备案后，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。

第十六条 参保地经办机构要及时为参保人员办理跨省异地就医备案登记、变更和取消业务，并将跨省异地就医备案、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系统，方便就医地经办机构和定点医疗机构查询。

第十七条 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，按参保地规定执行。

第十八条 参保人员确因急诊抢救的，可在就近医疗机构就医。就医地医疗机构应如实上传急诊抢救标识，符合文件规定急诊抢救支付范围的，按正常转诊直接结算，未实现直接结算的，出院后需提供全套住院病历及费用报销材料报参保地经办机构审核。参保人员在异地出现外伤（明确无第三方责任）需住院治

疗的，经参保人员本人或授权委托人签署个人承诺书后，可纳入跨省异地就医直接结算范围，就医地医保部门要将相关费用一并纳入核查范围，未实现直接结算的，出院后需提供相关材料报参保地经办机构审核，符合条件的给予报销。

第四章 定点管理

第十九条 按照分级管理原则，所有符合条件的医保定点医药机构均应纳入跨省异地就医定点医疗机构范围，各县级经办机构将符合条件的定点联网结算医药机构报市级经办机构，市级经办机构按要求在国家异地就医管理子系统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的动态维护工作。全市跨省异地就医定点医药机构名单在异地就医管理子系统统一公布，并上报国家医疗保障局。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

第二十条 各县区定点医药机构经市级经办机构审核合格后，与所在县级经办机构签订医疗服务协议。市级经办机构及时向省经办机构备案并负责指导定点医疗机构进行信息系统改造和联网测试后正式接入异地就医管理子系统。

第二十一条 定点医药机构申请接入异地就医管理子系统须提供以下申报材料：

- 1、宿州市医疗保险异地就医定点医药机构申请表；
- 2、医药机构执业许可证副本复印件；
- 3、医药机构与当地经办机构签订的定点医疗机构服务协议

文本复印件。

第二十二条 跨省异地就医定点医药机构发生中止、取消或新增医保服务等情形的，各县（区）经办机构应上报市级经办机构，以便市级经办机构及时上报省级经办机构，由省级经办机构上报国家医保局统一公布。

第二十三条 异地联网定点医药机构应对跨省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。参保人员未办理跨省异地就医备案的，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，异地联网定点医疗机构应提供跨省联网直接结算服务。

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 省级异地就医周转金管理

第二十五条 建立省级异地就医周转金调增机制。各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。我市根据省级下发的省级周转金（预付金）全市调增汇总数据，结合各县（区）省级异地就医结算量，合理分摊确定各县（区）应上划资金量，并向同级财政部门申请用款计

划，按规定时点进行资金上划。

第六章 医疗费用结算

第二十六条 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跨省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。

第二十七条 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。

参保人员因门诊慢特病跨省异地就医时，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。参保职工在暂未开通常见慢性病跨省异地就医结算业务的省市就医的，且一个参保年度未享受此项待遇，在第二年年初，由参保地经办机构将其应享受待遇费用划入其个人帐户。

第二十八条 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。

第二十九条 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。

第三十条 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，参保人员未办理跨省异地就医备案的，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。

第三十一条 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），为参保人员办理跨省异地就医直接结算。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。

第三十二条 异地联网定点医疗机构对于跨省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，相关费用必须纳入本次住院费用直接结算。

第三十三条 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。市县（区）两级经办机构应督促辖区内定点医疗机构及时完成对账确认工作，并按协议约定按时将确认的费用拨付给医疗机构。

第三十四条 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。

第三十五条 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。

第三十六条 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。

第三十七条 按照国家、省医保部门安排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。

第三十八条 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。

第三十九条 参保人员跨省异地就医备案后，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

第四十条 医疗费用清算是指省级经办机构与市级经办机构之间，市级经办机构与各县（区）经办机构之间确认跨省异地就医直接结算费用的应收或应付额，据实划拨的过程。

第四十一条 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

筹地区发生的跨省异地就医直接结算清算费用进行差额清算。市县（区）两级经办机构配合做好费用清算相关工作。

第四十二条 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，市级经办机构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

第四十三条 跨省异地就医实行就医地管理。就医地经办机构要将医保跨省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。

第四十四条 就医地经办机构或监管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。市县（区）经办机构要按照医保业务内控管理要求，对跨省异地就医结算配合省级经办机构进行全过程监督。

第四十五条 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。跨省异地就医监管违规费用追缴处罚，对就医地医保部门监管追回的医保基金、扣款等，按原渠道返回参保地账户；行政处罚、协议违约金等，由就医地医保部门按规定处理。

第四十六条 市医保行政部门适时组织各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，结合市级医保行政部门飞行检查、第三方行风评价等工作进行考核评价。市级医保行政部门负责协调处理各级经办机构处理因费用审核、资金拨付发生的争议及纠纷。

第四十七条 市级医保行政部门完善医保结算信息系统统计分析功能，满足各级经办机构对跨省异地就医费用审核、分析需求。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。市县（区）经办机构加强跨省异地就医住院费用监管办法，建立对跨省异地就医定点医疗机构的考核评价机制。加强对次均药品费、材料费、检查化验费等物耗性医疗费用不合理涨幅控制管理，定期通报全市跨省异地就医运行情况。

第四十八条 就医地经办机构应畅通跨省异地就医人员的

投诉渠道，及时受理投诉并将处理结果反馈至投诉人。

第九章 待遇政策

第四十九条 跨省异地长期居住人员在备案地和参保地双向享受医保待遇。跨省异地长期居住人员在备案地就医结算时，基本医疗保险基金起付标准、支付比例、最高支付限额执行参保地规定的本地就医时的标准。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，仍执行参保地规定的本地就医时的标准。跨省异地长期居住人员符合转外就医规定的，执行参保地跨省转诊待遇政策。

跨省异地长期居住人员以个人承诺方式办理跨省异地就医备案的，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。

第五十条 办理了临时外出就医人员备案的参保职工，在异地定点医疗机构发生的普通门诊费用由个人负担。实现异地联网门诊直接结算的医疗机构发生的普通门诊费用，可由个人账户资金直接结算。对于办理过异地长期居住备案手续的参保职工，可以在备案地享受普通门诊保障待遇，按照参保地医保报销政策执行。

第五十一条 跨省异地就医人员按以下规定享受医疗保险待遇。

1、异地长期居住人员跨省异地就医，按照参保地就医政策进行结算。

2、参保职工跨省异地就医需在外出就医前办理转诊转院备案手续，从参保地最高级别医疗机构转出个人先行自付 10%（其中患恶性肿瘤的，个人先行自付 5%），再按参保地待遇政策进行结算；参保职工未按规定办理转诊转院手续，自行外出就医的个人先行自付 20%（其中患恶性肿瘤的，个人先行自付 15%），再按参保地待遇政策进行结算；参保职工因急诊抢救跨省异地就医的，参照已办理转诊转院手续人员就医政策享受医保待遇。

3、城乡居民跨省异地就医按照《宿州市统一城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇实施方案（试行）》（宿政办发〔2019〕5 号）执行，大学生按原政策执行。

4、参保人员跨省异地就医在就医地的非医保定点医药机构发生的医疗费用不予报销（急诊抢救除外）。跨省异地就医未直接结算的须持发票原件、盖章的费用清单、出院小结、疾病诊断证明和本人身份证、银行卡复印件到参保地经办机构办理报销手续，参保职工费用超过一万元的另需提供加盖骑缝章的全套住院病历复印件。

第五十二条 允许无第三方责任外伤参保人员享受跨省异地就医直接结算服务。对无第三方责任的外伤医疗费用，经参保人员本人或授权委托人签署个人承诺书后，可纳入跨省异地就医直接结算范围，就医地医保部门要将相关费用一并纳入核查范围。

第十章 业务协同

第五十三条 跨省异地就医业务协同，是指参保人员在跨省

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。

第五十四条 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，市级经办机构按国家和省级要求做好业务协同工作。市、县经办机构可依托国家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。

第五十五条 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。

第五十六条 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。

第五十七条 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。

第五十八条 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。

第五十九条 加快推进跨省异地就医直接结算工作，确保国家和省《“十四五”全民医疗保障发展规划》中“住院费用直接结算率达到 70%”的目标顺利实现，自 2023 年起，市医保行政部门将定期对各县区的跨省异地就医直接结算率、备案管理、业务协同、定点医药机构接入等开展督导。

第十一章 附则

第六十条 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。

第六十一条 跨省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。

第六十二条 鉴于目前全国医保目录尚未完全统一，市县两级经办机构可按照《安徽省医疗保障局关于探索解决跨省异地就医住院费用直接结算“待遇差”的通知》（皖医保秘〔2021〕35 号）文件规定，结合参保人员具体情况，积极探索解决“待遇差”问题。

第六十三条 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规程执行。

第六十四条 本实施细则由宿州市医疗保障局负责解释。原

《宿州市基本医疗保险异地就医管理办法（试行）》（宿医保秘〔2019〕21号）自本文件执行之日起废止。

第六十五条 本实施细则自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	☐ 职工医保 ☐ 居民医保
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		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(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 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。 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	☐ 异地安置退休人员 ☐ 异地长期居住人员 ☐ 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）						
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		
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、指印）： 年 月 日			

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 卡号 (可选)	社会保障 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	乙类先行 自付费用	统筹基金 支付范围 内费用	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。