云南省基本医疗保险异地就医直接

结算经办规程附件（文本）

附件1

异地就医备案个人告知书

尊敬的参保人：

为进一步提升异地就医备案，精简备案流程、备案手续，使参保人能更享受到更便捷、更优质、更高效的经办服务，现将跨省异地就医备案要求告知如下：

一、办理渠道。云南省办理跨省异地就医备案手续，可通过拨打参保地电话咨询办理，或登录国家医保服务平台、国家医保备案微信小程序办理备案手续，也可通过登录“一部手机办事通APP”、云南医保服务公众号、云南医保微信小程序即时办理；对需转往省外医院诊治的，可在省内住院治疗的医院（医院医保办）办理转诊转院备案手续。

省内异地就医备案手续，可到参保地医保经办窗口现场即时办理，也可以拨打参保地医保经办机构备案服务电话办理，或通过登录云南医保服务公众号、云南医保微信小程序即时办理。

二、备案要求。办理跨省异地就医备案手续时直接备案到就医地统筹地区（地、市、盟或县、区、旗等）。

到北京市、天津市、上海市、重庆市、海南省、西藏自治区等省级统筹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。

三、备案材料。按国家医保局备案小程序要求提供身份证等相关材料，填写基本医疗保险跨省异地就医备案个人承诺书。省内异地就医不需提供备案材料，需填写基本医疗保险异地就医备案个承诺书。

四、温馨提示

（一）跨省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，因各地目录差异，直接结算与回参保地报销可能存在待遇差。

（二）省内异地就医执行云南省统一的医保药品目录、医用耗材目录、诊疗服务设施项目，参保地医保待遇。

（三）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，按参保地现有规定办理。

（四）备案电话。云南省各州、市、县（市、区）备案电话可以在云南省医疗保障局公众号或官方网站上查询。

云南省医疗保障局

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2 |  |  |  |  |  |  |
| 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 |
| £异地长期居住人员 | £常驻异地工作人员 |
| £临时外出就医人员 | £异地转诊就医人员 |
|  | £其他跨省临时外出就医人员 |
| 参保地异地就医备案告知书 |
|  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》所术内容，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。 |

附件3-1

\_\_\_\_（州、市）城镇职工/城乡居民/离休干部省内异地就医预付金付款通知书

（医保经办机构全称）：

请你单位将XXXX年城镇职工/城乡居民/离休干部省内异地就医预付金 万元于XXXX年2月28日前拨付。付款明细清单如下：

**省内异地就医预付金付款明细表**

预付金年度：XXXX年

付款方：XX州、市 单位：万元

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **地 区** | **上年额度** | **本年核定额度** | **实际划款额度** |
| **1** | **2** | **3=2-1** |
| 昆 明 |  |  |  |
| 曲 靖 | 　 |  |  |
| 玉 溪 | 　 |  |  |
| 昭 通 | 　 |  |  |
| 丽 江 | 　 |  |  |
| 楚 雄 | 　 |  |  |
| 红 河 | 　 |  |  |
| 文 山 | 　 |  |  |
| 普 洱 | 　 |  |  |
| …… | 　 |  |  |
| 合 计 | 　 |  |  |

注：上年额度指部级医保经办机构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3-2

\_\_\_\_（州、市）城镇职工/城乡居民/离休干部省内异地就医预付金收款通知书

（医保经办机构全称）：

你单位XXXX年城镇职工/城乡居民/离休干部省内异地就医预付金收款明细清单如下：

**省内异地就医预付金收款明细表**

预付金年度：XXXX年

收款方：XX州、市 单位：万元

|  |  |
| --- | --- |
| **地 区** | **金额** |
| 昆 明 |  |
| 曲 靖 |  |
| 玉 溪 |  |
| 昭 通 |  |
| 丽 江 |  |
| 楚 雄 |  |
| 红 河 |  |
| 文 山 |  |
| 普 洱 |  |
| …… |  |
| 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4

\_\_\_\_（州、市）城镇职工/城乡居民/离休干部省内异地就医预付金额度紧急调增通知书

（医保经办机构全称）：

根据XX州、市的紧急调增申请，按照《云南省医疗保障局 云南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》（云医保发〔2022〕 号）的规定，请你单位于XXXX年XX月XX日前，补充拨付XX州、市预付金XXXX万元。

（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5

无第三方责任外伤承诺书

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 承诺人 |  | 联系电话 |  |
| 证件类型 |  | 证件号码 |   |
| 申请事项 | **外伤无他方责任** |
| 承诺内容： 本人同意授权 市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 市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人（方）责任或工伤责任无关，如与第三人（方）责任或工伤责任有关，则已享受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，个人承诺由承诺人本人手写签名。** 承诺人（签名）：日期： 年 月 日 |

附件6

### 住院期间外院检查治疗或定点药店购药

### 证明

姓名 性别 年龄 科别 公民身份号码

诊断

外检医院或定点药店名称：

外检项目或药品：

外检或外购药原因：

医师签字：

定点医疗机构盖章：

附件8-3

\_\_\_\_州、市城镇职工/城乡居民/离休干部跨省异地就医费用付款通知书

（医保经办机构全称）：

请你单位将XXXX年XX月城镇职工/城乡居民/离休干部跨省异地就医费用及时拨付到省级财政专户。付款明细清单如下：

**城镇职工/城乡居民./离休干部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（州、市） 单位：元（保留两位小数）

|  |  |
| --- | --- |
| **地 区** | **金 额** |
| 昆 明 | 　 |
| 曲 靖 | 　 |
| 玉 溪 | 　 |
| 昭 通 | 　 |
| 丽 江 | 　 |
| 楚 雄 | 　 |
| 红 河 | 　 |
| 文 山 | 　 |
| 普 洱 | 　 |
| …… | 　 |
| 合 计 | 　 |

省级经办机构

日期：XXXX年XX月XX日

附件8-4

\_\_\_\_州、市城镇职工/城乡居民/离休干部跨省异地就医费用收款通知书

（医保经办机构全称）：

你单位XXXX年XX月城镇职工/城乡居民/离休干部跨省异地就医费用收款明细清单如下：

**城镇职工/城乡居民/离休干部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（州、市） 单位：元（保留两位小数）

|  |  |
| --- | --- |
| **地 区** | **金 额** |
| 昆 明 | 　 |
| 曲 靖 | 　 |
| 玉 溪 | 　 |
| 昭 通 | 　 |
| 丽 江 | 　 |
| 楚 雄 | 　 |
| 红 河 | 　 |
| 文 山 | 　 |
| 普 洱 | 　 |
| …… | 　 |
| 合 计 | 　 |

省级经办机构

日期：XXXX年XX月XX日

附件9-3

\_\_\_\_州、市城镇职工/城乡居民/离休干部省内异地就医费用付款通知书

（医保经办机构全称）：

请你单位将XXXX年XX月城镇职工/城乡居民/离休干部省内异地就医费用及时拨付给就医地。付款明细清单如下：

**城镇职工/城乡居民/离休干部省内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（州、市） 单位：元（保留两位小数）

|  |  |
| --- | --- |
| **地 区** | **金 额** |
| 昆 明 | 　 |
| 曲 靖 | 　 |
| 玉 溪 | 　 |
| 昭 通 | 　 |
| 丽 江 | 　 |
| 楚 雄 | 　 |
| 红 河 | 　 |
| 文 山 | 　 |
| 普 洱 | 　 |
| …… | 　 |
| 合 计 | 　 |

省级经办机构

签章日期：XXXX年XX月XX日

附件9-4

\_\_\_\_州、市城镇职工/城乡居民/离休干部省内异地就医费用收款通知书

（医保经办机构全称）：

你单位XXXX年XX月城镇职工/城乡居民/离休干部省内异地就医费用收款明细清单如下：

**城镇职工/城乡居民/离休干部省内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（州、市） 单位：元（保留两位小数）

|  |  |
| --- | --- |
| **地 区** | **金 额** |
| 昆 明 | 　 |
| 曲 靖 | 　 |
| 玉 溪 | 　 |
| 昭 通 | 　 |
| 丽 江 | 　 |
| 楚 雄 | 　 |
| 红 河 | 　 |
| 文 山 | 　 |
| 普 洱 | 　 |
| …… | 　 |
| 合 计 | 　 |

省级经办机构

签章日期：XXXX年XX月XX日

附件10-1

\_\_\_\_州、市城镇职工/城乡居民/离休干部跨省/省内异地就医监管追回基金付款通知书

（医保经办机构全称）：

请你单位将XXXX年XX月城镇职工/城乡居民/离休干部跨省/省内异地就医监管追回基金及时拨付给就医地。付款明细清单如下：

**城镇职工/城乡居民/离休干部跨省/省内异地就医监管追回基金付款汇总表**

清算所属月份：XXXX年XX月

付款方：XX（州、市） 单位：元（保留两位小数）

|  |  |
| --- | --- |
| **地 区** | **金 额** |
| 昆 明 | 　 |
| 曲 靖 | 　 |
| 玉 溪 | 　 |
| 昭 通 | 　 |
| 丽 江 | 　 |
| 楚 雄 | 　 |
| 红 河 | 　 |
| 文 山 | 　 |
| 普 洱 | 　 |
| …… | 　 |
| 合 计 | 　 |

省级经办机构

签章日期：XXXX年XX月XX日

附件10-2

\_\_\_\_州、市城镇职工/城乡居民/离休干部跨省/省内异地就医监管追回基金收款通知书

（医保经办机构全称）：

你单位XXXX年XX月城镇职工/城乡居民/离休干部跨省/省内异地就医监管追回基金收款明细清单如下：

**城镇职工/城乡居民/离休干部跨省/省内异地就医监管追回基金收款汇总表**

清算所属月份：XXXX年XX月

收款方：XX（州、市） 单位：元（保留两位小数）

|  |  |
| --- | --- |
| **地 区** | **金 额** |
| 昆 明 | 　 |
| 曲 靖 | 　 |
| 玉 溪 | 　 |
| 昭 通 | 　 |
| 丽 江 | 　 |
| 楚 雄 | 　 |
| 红 河 | 　 |
| 文 山 | 　 |
| 普 洱 | 　 |
| …… | 　 |
| 合 计 | 　 |

省级经办机构

签章日期：XXXX年XX月XX日

附件17







