

江西省医疗保障局 江西省财政厅

赣医保发〔2022〕22号

江西省医疗保障局 江西省财政厅关于 进一步做好基本医疗保险异地就医 直接结算工作的通知（试行）

各设区市医疗保障局、财政局：

为贯彻落实《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）和国家医保局、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）精神，进一步做好基本医疗保险异地就医直接结算工作，现就有关事项通知如下：

一、总体要求

(一) 指导思想。以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻落实党的二十大精神，按照党中央、国务院和省委、省政府决策部署，立足新发展阶段，完整、准确、全面贯彻新发展理念，构建新发展格局，坚持政策优化集成、管理规范统一、业务协同联动、服务高效便捷，深化基本医疗保险异地就医直接结算改革，持续提升人民群众异地就医直接结算的获得感、幸福感和安全感。

(二) 目标任务。2023 年底前，基本实现参保人员住院、普通门诊（含药店购药，下同）、门诊慢特病医药费用在省内无需异地备案直接结算报销。2025 年底前，跨省异地就医直接结算制度体系和经办管理体系更加健全；住院费用跨省直接结算率提高到 70% 以上，普通门诊跨省联网定点医药机构数量实现翻一番，群众需求大、各地普遍开展的门诊慢特病相关治疗费用逐步纳入跨省直接结算范围，异地就医备案规范便捷，基本实现医保报销线上线下都能跨省通办。

二、统一异地就医直接结算政策

(一) 统一住院、普通门诊和门诊慢特病费用异地就医直接结算基金支付政策。异地就医直接结算的住院、普通门诊和门诊慢特病医疗费用，原则上执行就医地规定的支付范围及有关规定（基本医疗保险药品、医疗服务价格项目和医用耗材等支付范围），

执行参保地规定的起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊慢特病病种范围等有关政策。

(二) 跨省异地就医备案人员范围。跨省异地长期居住和跨省临时外出就医的参保人员办理异地就医备案后,可以享受跨省异地就医直接结算服务。其中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长期在我省以外地区工作、居住、生活的人员;跨省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跨省临时外出就医人员。

(三) 备案期限和变更取消。跨省异地长期居住人员办理登记备案后,备案长期有效,备案已生效6个月以上,可随时变更或取消备案;备案生效不足6个月,因工作调动、投靠不同子女等客观原因需取消异地就医备案或变更就医地,需经参保地同意后可变更或取消跨省异地备案。跨省临时外出就医人员备案有效期原则上不少于6个月,可随时变更或取消备案。

(四) 允许补办异地就医备案和无第三方责任外伤参保人员享受异地就医直接结算服务。参保人员跨省异地就医出院结算前补办跨省异地就医备案的,可以办理医疗费用跨省直接结算。跨省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,可以申请医保零星报销。参保人员在补办异地就医自助备案后,其直接结算待遇按照对应的自助备案类型计算;其零星报销待遇如

出院日期在补办异地自助备案经办日期之后，按照对应的自助备案类型计算，否则按照未备案计算待遇。同时符合就医地管理规定的无第三方责任外伤费用可纳入异地就医直接结算范围，就医地医保部门应将相关费用一并纳入核查范围。

（五）跨省异地长期居住人员可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，医药费用报销的起付标准、支付比例、最高支付限额原则上执行参保地同等级定点医疗机构费用报销标准；备案有效期内江西省就医的，可以按规定享受医保待遇，政策范围内医疗费用，个人先行自付比例统一为 10%。已办理跨省异地长期居住人员备案的，因就医需要办理临时外出人员备案后，在临时外出备案地执行参保地相对应的临时外出备案类型待遇政策；未办理临时外出备案的，就医地在长期备案地以外且不在江西省域内的，政策范围内医疗费用，个人先行自付比例统一为 20%。

（六）合理确定跨省临时外出就医人员报销政策。各统筹地区要根据经济社会发展水平、人民健康需求、医保基金支撑能力和分级诊疗要求，合理设定跨省临时外出就医人员直接结算报销政策。强化异地就医结算政策与分级诊疗制度的协同，合理确定异地就医人员在不同级别医疗机构的报销水平差异，引导参保人员有序就医。跨省临时外出就医人员可低于参保地同等级医疗机构报销水平，原则上，异地转诊人员和异地急诊抢救人员在备案

地就医的政策范围内医疗费用，个人先行自付比例降幅不超过10个百分点，非急诊非转诊的其他跨省临时外出就医人员及跨省就医未备案人员政策范围内医疗费用，个人先行自付比例降幅不超过20个百分点。跨省临时外出就医人员备案有效期内可在备案地和江西省多次就诊并享受相应医保待遇。在江西省内就医的待遇支付比例执行参保地同等级医疗机构医疗费用报销标准；在备案地以外的江西省外其他统筹区就医，政策范围内医疗费用，个人先行自付比例统一为20%。

（七）急诊抢救人员无需备案即可直接结算。参保人员因急诊抢救进行门诊、住院就医的，医疗机构在为参保人员办理“门诊结算”或“入院登记”时，应按接口规范如实上传“门诊急诊转诊标志”或“住院类型”。对于显示“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，参保地应视同已办理跨省异地就医备案，允许参保人员按“跨省临时外出急诊就医人员”待遇标准直接结算相关门诊、住院医疗费用。参保人符合条件的未直接结算跨省急诊抢救费用按照跨省临时外出急诊备案类型的待遇标准予以手工报销。

三、规范跨省异地就医直接结算管理服务

（一）跨省异地就医全面实行承诺制自助备案。参保地应按照“免证明材料、免经办审核、即时开通、即时享受”原则，提供跨省异地就医自助备案经办服务。

(二) 备案地范围。参保人员申请异地就医备案时，可直接备案到就医地地市一级(该区域内符合条件的异地就医直接结算定点医药机构均属备案地范围)。参保人在备案地开通的所有跨省异地联网定点医药机构发生的医药费用可异地直接结算，在备案地的定点医药机构享受住院、普通门诊、门诊慢特病等相应医保待遇。

(三) 方便符合条件的参保人员跨省转诊就医。参保人员应按分级诊疗的相关规定有序就医，确因病情需要跨省异地就医的，可通过符合参保地或备案地规定的定点医疗机构办理转诊转院。定点医疗机构应以患者病情为出发点制定合理的诊疗方案，需要转诊时可通过不同形式安排转诊，不得将在本地住院作为开具转诊的先决条件。

(四) 规范参保人员持医保电子凭证、社会保障卡就医。参保人员异地就医时，应在就医地的异地联网定点医药机构主动表明参保身份，出示医保电子凭证或社会保障卡等有效凭证。异地联网定点医药机构应做好参保人员的参保身份验证工作，指引未办理跨省异地备案人员及时办理备案手续，为符合就医地规定门(急)诊、住院患者，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。

(五) 规范跨省直接结算流程。跨省异地就医直接结算时，就医地应将住院费用明细信息转换为全国统一的大类费用信息，

将门诊费用（含普通门诊和门诊慢特病）按照就医地支付范围及有关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。参保人员因故无法直接结算的，可回参保地手工报销。根据国家医保局工作部署，省医保局组织统筹区开展跨省异地就医手工报销线上办理试点。

（六）实行就医地统一管理。就医地医保部门应将异地就医人员纳入本地统一管理，在医疗信息记录、绩效考核、医疗行为监控、费用审核、总额预算等方面提供与本地参保人员相同的服务和管理，并在定点医药机构医疗保障服务协议中予以明确。

（七）强化异地就医业务协同管理。各级医保部门要健全工作机制，形成分工明确、职责明晰、流程统一的异地就医业务协同管理体系，在问题协同、线上报销、费用协查、信息共享等方面全面提升各级医保经办机构业务协同管理能力。省级医保部门负责在省域范围内统一组织、协调并实施异地就医直接结算管理服务，各统筹地区经办机构按国家和省级要求做好异地就医直接结算管理服务。各统筹区医保部门要确保2022年12月底前将政策和信息系统调整落实到位，同国家和我省政策相衔接。

四、推进省内无异地就医直接结算

(一) 省内异地就医人员范围。省内跨统筹区异地长期居住人员和临时外出就医的参保人员，可享受省内异地就医直接结算服务。省内异地长期居住人员包括跨统筹区异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员等长期在我省其他统筹区工作、居住、生活的人员；省内临时外出就医人员包括因工作、旅游等原因异地急诊抢救人员以及其他跨统筹区临时外出就医人员。

(二) 取消省内异地就医备案。符合条件的省内异地就医参保人员，无需办理异地就医备案手续，可按规定在省内所有统筹区的异地定点医疗机构和异地定点零售药店就医购药直接结算。因特殊情况无法直接结算的，可回参保地按相关规定手工报销。在省内其他统筹区异地就医时，执行参保地同等的待遇政策，不提高起付线，不另设先行自付比例，不降低报销比例。

五、强化异地就医资金管理

(一) 异地就医费用医保基金支付部分在统筹区间实行先预付后清算。根据省级经办机构核定的年度预付金额度，确定各统筹区年度应付预付金额度。异地就医预付金原则上来源于各统筹地区医疗保险基金。通过省级财政专户预收各统筹地区异地就医资金方式实现资金的预付。

(二) 异地就医费用清算按照省级统一清分，省、市两级清

算的方式，按月全额清算。异地就医清算资金由参保地财政专户与省级财政专户进行划拨。市级经办机构和财政部门应按照《江西省基本医疗保险异地就医直接结算经办规程》（见附件）要求，协同做好清算资金划拨和收款工作。

（三）及时进行对账、审核和结算。原则上，参保地经办机构应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，做到数据相符。如出现对账信息不符的情况，各级医保部门应及时查明原因，必要时提请省级医保部门协调处理。跨省及省内异地就医费用实行按月清算，当月费用应于次月20日前完成与异地定点联网医药机构对账确认工作。实行费用申报的，自定点医药机构申报后30个工作日内拨付到账。

（四）按时完成资金上解。各统筹区要指定专门科室或专职人员负责跨省和省内异地就医资金结算对账和上解工作。要按规定时限通过省级异地就医结算系统查询本统筹区异地就医应付和应收医疗费用，及时清分生成本地数据，加强与业务和财务对账，并与省级清分结果核对一致。各统筹区当期异地就医医疗费于下一期省级清算开始之前完成上解。

（五）建立预付金预警和调增机制。预付金使用率是指异地就医月度结算资金占预付金的比例。预付金使用率达到90%及以上为红色预警。省级医保部门可按规定启动预付金紧急调增流程。

(六) 异地就医资金相关管理事项。划拨异地就医资金过程中发生的银行手续费、银行票据工本费等费用不得在基金中列支。预付金在就医地财政专户中产生的利息归就医地所有。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。

六、提升医保信息化标准化支撑力度

(一) 持续深化全国统一的医保信息平台全业务全流程应用。扎实推进编码动态维护和深化应用，完善医保信息化运维管理体系，不断提升医保数据治理水平，为异地就医直接结算提供强有力的系统支撑。按规定与有关部门共享数据，深化医保电子凭证、医保移动支付、医保电子处方流转、医保服务平台网厅、APP 和小程序等推广应用，推进更多的异地就医结算服务跨省通办。

(二) 推进系统优化完善。各统筹区医保部门要按照统一的接口标准规范，不断完善异地就医直接结算功能，并持续推进定点医药机构接口改造适配工作，加快推动医保电子凭证、居民身份证作为就医介质，优化系统性能，减少响应时间，切实改善参保人员异地就医直接结算体验。各地医保系统停机切换时，应做好事前报备、事中验证、事后监测，确保数据迁移及时、完整、精准，解决个人编号等信息变更对在途业务的影响，确保业务平稳衔接和系统稳定运行。

(三) 加强系统运维管理和安全保障。各统筹区医保部门应

打造专业可靠的运维管理团队，构建基础设施、网络安全、云平台、业务子系统等领域的运维管理流程，形成科学有效的运维管理制度体系。落实安全管理责任，提升系统安全运维能力，强化信息系统边界防护，严禁定点医药机构连接医保系统的信息系统接入互联网，规范异地就医身份校验，保障数据安全。统一规范异常交易报错信息质控标准，做好问题分类，简明扼要、通俗易懂地描述错误原因，方便异常交易的问题定位，并及时响应处理。

七、加强异地就医直接结算基金监管

健全异地就医直接结算基金监管机制，完善区域协作、联合检查等工作制度，强化对异地就医直接结算重点地区、重点区域的指导，加强监督考核。落实就医地和参保地监管责任，就医地医保部门要把异地就医直接结算作为日常监管、专项检查、飞行检查等重点内容，结合本地实际和异地就医直接结算工作特点，严厉打击各类欺诈骗保行为，同时要配合参保地做好相关核查。参保地医保部门要定期开展异地就医医保基金使用情况分析，精准锁定可疑问题线索，积极开展问题核查，确保医保基金安全合理使用。异地就医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。

八、工作要求

（一）加强组织领导。各级医保部门要将异地就医直接结算

工作作为深化医疗保障制度改革的重要任务，加强领导、统筹谋划、协调推进，纳入目标任务考核管理。财政部门要按规定及时划拨异地就医资金，合理安排经办机构工作经费，加强与经办机构对账管理，确保账账相符、账款相符。

（二）做好衔接过渡。各统筹区医保部门要全面梳理通知中各项工作要求，及时调整与本通知不相符的政策措施；结合本地实际，进一步明确和细化政策管理规定，精简办理材料，简化办理流程，优化办理服务；做好信息系统接口改造、升级测试等工作，确保信息系统功能和异地就医政策规定相匹配，保障异地就医直接结算工作平稳过渡。

（三）做好政策宣传。各统筹区医保部门要加强政策宣传力度，充分利用电视、报纸、广播、官方网站、微信公众号等途径，不断提高群众政策知晓度。

附件：江西省基本医疗保险异地就医直接结算经办规程



（此件主动公开）

附件

江西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 为进一步规范参保人员异地就医医疗费用直接结算,加强异地就医结算管理,完善跨统筹区业务协同管理机制,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)、《中共江西省委 江西省人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》(赣发〔2021〕2号)等文件要求,制定本规程。

第二条 本规程所称异地就医是指基本医疗保险参保人员在参保关系所在统筹区以外的定点医药机构发生的就医购药行为,包括省内异地就医和跨省异地就医。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联网异地定点医药机构按协议约定审核后支付。

第三条 本规程适用于基本医疗保险参保人员及离休人员通过江西省医疗保障信息平台(以下简称省医保信息平台)开展的异地就医直接结算及相关业务经办管理服务等工作。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（以下简称居民医保）。

第四条 异地就医直接结算工作实行统一管理、分级负责。国家级医保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。江西省医疗保险基金管理中心（以下简称省医保中心）承担全省异地就医直接结算业务流程、标准规范的组织实施，参与建设和完善省级异地就医结算系统，负责全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。各统筹地区医保部门按照国家和省异地就医结算政策规定，制定本地配套政策，做好异地就医备案管理、问题协同处理和资金结算清算工作。

各级财政部门会同医疗保障部门按规定及时划拨异地就医预付金和清算资金，加强与医疗保障经办机构对账管理，确保账账相符、账款相符。

第五条 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，预付资金来源于参保人员所属统筹地区的医疗保险基金。

第六条 各级医保部门要优化经办流程，支持医保电子凭证、社会保障卡等作为就诊凭证，按照“跨省异地就医地目录、省内异地全省统一目录、参保地政策、就医地管理”的要求，提

供便捷高效的异地就医直接结算服务。原则上应将基本医保、大病保险、公务员医疗补助、医疗救助支付费用纳入异地就医直接结算范围；具备条件的，可按规定将符合补充医疗保险等支付政策的医疗费用纳入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，可以开展省内异地就医直接结算和申请办理跨省异地就医直接结算。

（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 自助备案

第八条 参保地按照“免证明材料、免经办审核、即时开通、即时享受”原则，提供跨省异地就医自助备案经办服务（以下所称自助备案均为跨省异地就医自助备案）。省内异地就医无需备案。

第九条 参保人员可通过江西医保个人网厅、江西智慧医保APP、赣服通医保专区、国家医保服务平台APP、经办大厅等方

式自助办理异地就医备案。其中，通过经办大厅窗口现场办理自助备案的，需提交《江西省医疗保险异地就医自助备案表》（见附件1），经办人员即时办结并告知备案结果。

第十条 参保人员办理异地就医自助备案，备案时间由参保人员自行确定，备案有效期原则上不能少于6个月。未申请变更备案信息或参保状态未发生变更的，备案期限内备案均有效。

第十一条 已办理异地长期居住自助备案6个月以上的参保人员和临时外出就医自助备案的参保人员，可根据自己意愿随时取消或变更备案。办理异地长期居住人员自助备案有效期限不足6个月的，因工作调动、投靠不同子女等客观原因需取消异地就医备案或变更就医地，按参保地规定申请办理。

参保人员参保状态或就医地变更，需重新办理自助备案。

第十二条 参保人员办理自助备案时原则上直接备案到就医地市。其中，参保人员到北京、上海、天津、重庆、海南、西藏、新疆生产建设兵团7个省级统筹区跨省异地就医的，直接备案到相应就医省级统筹区。参保人员在备案地定点医药机构享受住院、普通门诊、门诊慢特病和药店购药等相应医保待遇，其中在跨省异地联网定点医药机构发生的医药费用可异地直接结算。

参保人员省内异地就医时，在就医地开通的所有异地联网定点医药机构享受住院、普通门诊和药店购药费用异地直接结算服务，门诊慢特病就医按照参保地管理规定实施。

第十三条 参保人员办理异地就医自助备案后，备案有效期内可在备案地多次就诊并享受直接结算服务。在备案有效期内已办理医保入院登记参保人，出院结算不受备案结束日期限制，可正常直接结算相应医疗费用。

第十四条 参保地要及时为参保人员办理自助备案登记、变更和取消业务，并将异地就医人员备案、门诊慢特病认定资格等信息由医保业务基础子系统通过全省医保信息平台异地就医管理子系统（以下简称省异地就医子系统）逐级上传至国家跨省异地就医子系统，方便就医地经办机构和定点医疗机构查询异地就医参保人员信息。

第十五条 参保人员未按规定办理异地就医自助备案手续、在备案地或就医地非异地定点医药机构发生的医疗费用，按参保地现有规定执行。

第四章 就医管理

第十六条 医保定点联网医药机构原则上均需提供异地就医购药直接结算服务。

第十七条 市级统筹区要按照公平、平等原则制定异地就医购药直接结算服务的医保经办管理要求，并在定点医药机构协议管理中予以明确。

第十八条 市级统筹区经办机构负责将本地符合条件的定点

医药机构纳入异地联网结算范围。南昌市和省本级同城互认的定点医药机构，原则上由南昌市负责异地就医管理。异地联网定点医药机构如信息变更、中止医保服务、取消或新增定点等情形的，属地经办机构需按要求将异地联网定点医药机构动态维护信息上传至省异地就医管理子系统，其中跨省联网定点医药机构信息通过省异地就医管理子系统上传至国家跨省异地就医管理子系统。

第十九条 异地联网定点医药机构应对异地就医购药患者进行身份识别，为符合就医地规定的门（急）诊、门诊慢特病、住院和药店购药异地患者提供合理、规范的诊治及医疗费用的直接结算服务，实时上传就医和结算信息。提供门诊慢特病异地就医直接结算服务时，应专病专治，合理用药。参保人员未办理异地就医备案的，定点医药机构应指引参保人员申请办理异地登记备案手续。参保人员于出院前完成登记备案的，定点医疗机构应提供直接结算服务。

第二十条 异地就医人员在备案地异地联网定点医药机构就医购药时，应主动表明参保身份，出示医保电子凭证或社会保障卡等有效凭证，遵守就医地定点医药机构就医、购药流程和服务规范。

第五章 预付金管理

第二十一条 预付金是各市级统筹区通过同级财政专户预付

给省级财政专户用于支付参保人异地就医购药费用的资金，其中，跨省异地就医预付金由省医保中心通过省级财政专户预付给就医省省级财政专户。预付资金专款专用，任何组织和个人不得侵占或者挪用。

第二十二条 参保地应付年度预付金额度原则上根据本统筹区参保人上年第四季度异地医保结算资金月平均值的两倍核定。预付金额度按年核定、清算。就医地可调剂使用各参保地的预付金。

第二十三条 市级统筹区预付金初始额度原则上根据各地异地就医数据测算确定。

省际间跨省异地就医预付金拨付由省级经办机构与省财政部门按照国家规定流程开展。

第二十四条 每年1月底前，省医保中心根据上一年度各统筹区异地就医直接结算资金收支情况，核定各统筹区经办机构本年度应付、应收预付金，生成《全省异地就医费用预付金额度调整明细表》（见附件2），出具《____异地就医预付金额度调整付款通知书》（见附件3）、《____异地就医预付金额度调整收款通知书》（见附件4），通过省异地就医管理子系统进行发布。

全省跨省异地就医预付金额度由国家级经办机构根据上一年度我省跨省异地就医直接结算资金收支情况核定，并生成相应表单通过国家跨省异地就医管理子系统发布。

第二十五条 市级统筹区经办机构通过省异地就医管理子系统下载预付金调整额度付款通知书，应于5个工作日内提交同级财政部门。市级财政部门对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。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市级统筹区经办机构。

第二十六条 市级统筹区经办机构完成付款确认时，应在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，确保信息真实、准确，原则上各市级统筹区应于每年2月底前完成年度预付金调整额度的收付工作。

省际间跨省异地就医预付金付款确认由省医保中心根据拨付凭证在国家跨省异地就医管理子系统完成。

第二十七条 建立预付金预警和调增机制。预付金使用率为预警指标，是指异地就医月度结算资金占预付金的比例。预付金使用率达到70%，为黄色预警。预付金使用率达到90%及以上时，为红色预警，省医保中心可启动预付金紧急调增流程。

第二十八条 当市级统筹区预付金使用率出现红色预警时，省医保中心按照该统筹区月度结算资金与预付金的二倍差额核定调增额度，并在当期清算签章之日起3个工作日内通过省异地就医管理子系统发布《____异地就医预付金额度紧急调增付款通知书》（见附件5）和《____异地就医预付金额度紧急调增收款通知书》（见

附件6)。

省际间跨省异地预付金额度调增申请由省医保中心登录国家跨省异地就医管理子系统向国家级经办机构报送，并按照有关规定开展。

第二十九条 参保地市级统筹区经办机构接到省医保中心下发的预付金紧急调增付款通知书，应于5个工作日内提交同级财政部门。市级财政部门对经办机构提交的预付单和用款申请计划审核无误后，在10个工作日内完成预付金紧急调增资金的拨付。原则上预付金紧急调增额度应于下期清算之前完成拨付。

省际间跨省异地就医预付金调增付款由省医保中心根据拨付凭证在国家跨省异地就医管理子系统完成。

第三十条 市级财政部门在完成预付金额度紧急调增资金的付款和收款后，5个工作日内将划拨及收款信息反馈到市级统筹区经办机构，市级统筹区经办机构同时向省医保中心反馈到账信息。

第三十一条 应返还参保地的年度调整额度预付金列入该年度该参保地异地就医收款通知书，并在对应的参保地名称前加注“*”。就医地应退回的年度调整额度预付金列入该年度该就医地异地就医付款通知书，并在对应的就医地名称前加注“*”。需返还、退回预付金年度调整额度的流程与时限同参保地资金拨付要求一致。

省际间跨省异地就医预付金年度额度调整的返还由国家级经

办机构组织开展，省医保中心和省财政部门按有关规定实施。

第三十二条 省、市异地就医财政专户信息（见附件7）发生变更时，同级统筹区经办机构要及时在省异地就医管理子系统变更相关信息。市级统筹区经办机构向市级财政部门提交预付单和清算单时，需同步提交变更后的省异地就医财政专户信息表，并将专户信息变更情况告知财政部门。

省异地就医财政专户信息发生变更需同步在国家跨省异地就医管理子系统予以维护。省医保中心向省级财政部门提交跨省异地就医预付单和清算单时，同步提交跨省异地就医费用清算银行账号明细表和市级异地就医财政专户明细表，并将专户信息变更情况告知财政部门。

第三十三条 省医保中心负责协调和督促市级统筹区经办机构及时提交预付资金和清算资金表单，省财政部门负责协调和督促市级财政部门及时上缴异地就医预付及清算资金。

第六章 医疗费用结算

第三十四条 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。

第三十五条 参保人员省内异地就医直接结算住院、普通门诊、门诊慢特病和药店购药的医药费用时，执行全省统一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），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、门诊慢特病病种范围等有关政策。

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和药店购药的医药费用时，原则上执行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），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、门诊慢特病病种范围等有关政策。

参保人员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；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病种诊疗规范及用药规定合理诊疗。异地就医人员同时享受多个门诊慢特病待遇的，由参保地根据本地规定确定报销规则。

第三十六条 参保人员省内异地就医购药结算时，就医地定点医药机构将医药费用明细信息通过省异地就医结算子系统传输至参保地，参保地按照当地政策规定计算参保人员个人以及各项医保基金应支付的金额，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。

第三十七条 参保人员跨省异地就医出院结算时，就医地经办

机构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参保人员个人以及各项医保基金应支付的金额，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。

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，按照参保地政策规定计算出由参保人员个人负担以及各项医保基金应支付的金额，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。

第三十八条 参保人员因急诊抢救进行门诊、住院就医的，医疗机构在为参保人员办理“门诊结算”或“入院登记”时，应按接口规范如实上传“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，参保地应视同异地就医备案，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。

第三十九条 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8），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。

第四十条 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药机构检查治疗或购药的，需提供《住院期间院外检查治疗或购药单》（见附件9），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异地直接结算。

第四十一条 参保人员在就医地已开通异地就医直接结算的定点医疗机构凭医保电子凭证或者社会保障卡等就诊凭证就医购药。异地直接结算医疗费用时，定点医疗机构根据就医人员所属参保地分别出具《江西省医疗保障定点机构医疗费用结算单》（见附件10）或《___省（区、市）跨省异地就医住院结算单》（见附件11）、医疗收费票据等，参保人员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协议结算医保基金支付的费用。

第四十二条 参保地和就医地医保核心业务子系统需与省异地就医管理子系统实现结算信息对账。原则上，应在每月20日前完成上月所有结算费用对账。如出现对账信息不符的情况，市级统筹区经办机构应及时查明原因，必要时提请省医保中心协调处理。

省异地就医管理子系统实现与国家跨省异地就医管理子系统每日自动日对账，实现双方数据相符。原则上，应每日完成作为参保省的当日结算信息对账，每日将上一日对账失败的重新对账，在每月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，由省医保中心及时查明原因，必要时提请国家级经办机构协调处理。

第四十三条 就医地经办机构在跨省异地参保人员发生住院医疗费用结算后3日内将医疗费用明细逐级通过省异地就医管理子系统上传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。

第四十四条 异地定点医药机构在次月20日前与就医地经办机构完成对账确认、申报结算，就医地经办机构在次月20日前完成结算审核、上传清算等工作，并按协议约定，按时将确认的费用拨付给定点医药机构。

第四十五条 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，按一笔费用整体结算。

第四十六条 作为就医地和参保地，各地均要实现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。

第四十七条 异地就医发生的医药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。

第四十八条 参保人员备案后，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治疗费用。

第七章 费用清算

第四十九条 异地就医费用清算是指省医保中心分别与省内市级统筹区经办机构、其他省级经办机构之间确认有关省内和跨省异地就医医药费用的应收或应付金额，据实划拨的过程。

第五十条 省医保中心于每月 21 日前，根据就医地经办机构与定点医药机构结算的医疗费用，生成《全省异地就医费用清算表》（见附件 12）、《____异地就医应付医疗费用清算表》（见附件 12-1）、《____异地就医职工医保基金应付明细表》（见附件 12-2）、《____异地就医居民医保基金应付明细表》（见附件 12-3）、《____异地就医医保基金审核扣款明细表》（见附件 12-4）、《____异地就医职工医保基金审核扣款明细表》（见附件 12-5）、《____异地就医居民医保基金审核扣款明细表》（见附件 12-6）、《____异地就医应收医疗费用清算表》（见附件 12-7），各市级统

筹区经办机构可通过省异地就医管理子系统精确查询本统筹区内各统筹区的上述清算信息，于每月 25 日前确认上述内容。

省际间跨省异地就医费用清算确认信息由国家跨省异地就医管理子系统生成，省医保中心按照相关流程予以确认。

第五十一条 省医保中心于每月底前根据确认后的《全省异地就医费用清算表》，生成《____异地就医费用付款通知书》（见附件 13）、《____异地就医费用收款通知书》（见附件 14），在省异地就医管理子系统发布。

省际间跨省异地就医清算由国家级经办机构于每月底前根据各省级统筹区确认后的数据，生成对应清算表单，在国家跨省异地就医管理子系统发布。

第五十二条 市级统筹区经办机构通过省异地就医管理子系统下载《____异地就医费用收款通知书》《____异地就医费用付款通知书》后，于 5 个工作日内提交同级财政部门。市级财政部门对经办机构提交的清算单和用款申请计划审核无误后 10 个工作日内向省异地就医财政专户划拨资金。市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市级统筹区经办机构，市级统筹区经办机构向省医保中心反馈到账信息。

省际间跨省异地就医清算资金拨付由省医保中心与省财政部门按照国家规定流程开展。

第五十三条 国家级经办机构发布跨省异地就医费用收付款通知书后的5个工作日内，省级经办机构可通过预付金方式完成辖区内各统筹地区异地就医资金的上解或下拨。

第五十四条 原则上，当月异地就医直接结算费用应于次月20日前完成申报并纳入清算，清算延期最长不超过2个月。当年度异地就医直接结算费用，最晚应于次年第一季度清算完毕。

第五十五条 应返还参保地的清算资金列入当期该参保地异地就医收款通知书，并在对应的参保地名称前加注“*”。就医地应退回的清算资金列入当期该就医地异地就医付款通知书，并在对应的就医地名称前加注“*”。需返还、退回清算资金的流程与时限同参保地资金拨付要求一致。

省际间跨省异地就医清算资金的返还由国家级经办机构组织开展，省医保中心和省财政部门按有关规定实施。

第八条 审核检查

第五十六条 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。

第五十七条 就医地医保经办、监测机构应当对查实的违法违规行按协议相关约定执行，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，并逐级上报国家级经办机

构。

第五十八条 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服务协议约定并处以违约金的，由就医地医保部门按规定处理。

第五十九条 省医保部门适时组织市级医保部门通过巡查抽查、交叉互查、第三方评审等方式，开展异地就医联审互查工作。并将就医地落实异地就医费用审核管理责任情况纳入医保部门规范建设考评指标，结合国家医保局和省医保局飞行检查、第三方行风评价等工作进行考核评价。省医保中心负责协调处理因费用审核、资金拨付发生的争议及纠纷。

省际间跨省异地就医联审互查、费用审核及资金拨付的争议及纠纷处理由国家级经办机构组织开展。

第六十条 各级医保部门应加强异地就医费用审核，建立异地就医结算直接运行监控制度，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，定期编报异地就医结算运行分析报告。

第九章 业务协同

第六十一条 异地就医业务协同管理工作实行统一规范，分级管理。国家级经办机构负责统一组织、协调省际业务协同经办

管理工作，省医保中心负责统一组织、联络协调全省各市级统筹区异地就医结算业务协同经办管理工作，各统筹地区医保部门按国家和省级要求开展协同实施工作。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或国家医保服务平台APP发起问题协同，并按要求做好问题响应和处理。

第六十二条 参保地医保部门对一次性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，可以通过国家跨省异地就医管理子系统或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，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、本地定点医药机构等方式进行核查。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，并通过国家跨省异地就医管理子系统或省异地就医管理子系统及时反馈费用协查结果。遇有特殊情况确需延期办理的，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。

参保地医保部门查看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上进行确认。对协查结果存在异议的，应及时与就医地医保部门进行沟通，根据沟通结果进行相应处理。

第六十三条 各级医保部门可根据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，申请上一级医保部门进行协调处理。

第六十四条 各级医保部门可通过国家跨省异地就医管理子系统发布停机公告、一般公告、医保政策等信息，实现医保经办信息共享。

第六十五条 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国家和省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。

第十章 附 则

第六十六条 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。

第六十七条 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。

第六十八条 各设区市医疗保障部门根据本规程，制定本地区异地就医直接结算实施细则。

第六十九条 本规程自 2023 年 1 月 1 日起实施。

第七十条 本规程由省医疗保障局负责解释。

- 附件：1. 江西省医疗保险异地就医自助备案表
2. 全省异地就医费用预付金额度调整明细表
 3. _____异地就医预付金额度调整付款通知书
 4. _____异地就医预付金额度调整收款通知书
 5. _____异地就医预付金额度紧急调增付款通知书
 6. _____异地就医预付金额度紧急调增收款通知书
 7. 异地就医财政专户银行账号明细表
 8. 外伤无第三方责任承诺书
 9. 住院期间外院检查治疗或定点药店购药单
 10. 江西省医疗保障定点机构医疗费用结算单
 11. _____省（区、市）跨省异地就医住院结算单
 12. 全省异地就医费用清算表
 - 12-1. _____异地就医应付医疗费用清算表
 - 12-2. _____异地就医职工医保基金应付明细表
 - 12-3. _____异地就医居民医保基金应付明细表
 - 12-4. _____异地就医医保基金审核扣款明细表
 - 12-5. _____异地就医职工医保基金审核扣款明细表
 - 12-6. _____异地就医居民医保基金审核扣款明细表
 - 12-7. _____异地就医应收医疗费用清算表
 13. _____异地就医费用付款通知书
 14. _____异地就医费用收款通知书
 15. 异地就医备案、预付金、结算、清算流程图

《江西省基本医疗保险异地就医直接结算经办规程》附件 1

江西省医疗保险异地就医自助备案表

姓 名		性 别		险 种	<input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 城乡居民医保
人员类别	<input type="checkbox"/> 异地长期居住人员		登 记 类 别	<input type="checkbox"/> 新增	
	<input type="checkbox"/> 临时外出就医人员 急诊： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 办理转诊转院手续： <input type="checkbox"/> 是 (转出医疗机构：) <input type="checkbox"/> 否			<input type="checkbox"/> 变更	
身份证号码					
参保地 联系地址		就医地联系地址			
联系电话 1		联系电话 2			
备案地	省(市、自治区) 市(州、盟)		备 案 起 止 时 间	年 月 日— 年 月 日	
门诊慢特病定点医疗机构 (请按参保地规定填写)					

异地备案告知

1. 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，属于正常现象。
2. 办理备案时直接备案到就医地市或省份。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定点医疗机构住院就医。
3. 北京、天津、上海、重庆、海南、西藏和新疆生产建设兵团异地备案，备案地请填写相应省级统筹区。
4. 在备案地非异地定点医疗机构发生的医疗费用，按参保地现有规定办理。
5. 如已办理入院登记，为实现异地就医直接结算，备案开始日期需在入院日期之前。
6. 办理异地长期居住人员备案后，原则上非客观原因6个月内不能取消或变更备案地。
7. 在备案地的医保就医购药行为需遵守就医地和参保地的有关医疗保险规章制度。

申请人承诺

本人所申请异地就医备案信息均正确、真实、有效，并愿意接受信息共享查询核验。如因信息有误所产生的法律责任和经济损失均由本人承担。

申请人签名：

年 月 日

经办机构：

联系电话：

经办人：

经办日期：

《江西省基本医疗保险异地就医直接结算经办规程》附件 2

全省异地就医费用预付金额度调整明细表

制表单位：江西省医疗保险基金管理中心（签章）

年度：

单位：万元

地区	付款统筹区											合计	
	南昌	景德镇	萍乡	九江	新余	鹰潭	赣州	吉安	宜春	抚州	上饶		省本级
南昌	---												
景德镇		---											
萍乡			---										
九江				---									
新余					---								
鹰潭						---							
赣州							---						
吉安								---					
宜春									---				
抚州										---			
上饶											---		
省本级												---	
合计													---

收款统筹区

单位负责人：

审核人：

制表人：

制表日期：

《江西省基本医疗保险异地就医直接结算经办规程》附件 3

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 年异地就医预付金调整额度于 XXXX 年 2 月底前拨付。付款
明细清单如下:

异地就医预付金调整额度付款表

预付金年度: XXXX 年

付款方:

单位: 万元

统筹区	上年额度	本年核定额度	实际划款额度
	1	2	3=2-1

注: 上年额度指省医保中心核定的上年度预付金额(含紧急调整额度)

江西省医疗保险基金管理中心

签章日期: XXXX 年 XX 月 XX 日

《江西省基本医疗保险异地就医直接结算经办规程》附件 4

_____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 年异地就医预付金调整额度收款如下:

异地就医预付金收款表

预付金年度: XXXX 年

收款方:

单位: 万元

统筹区	金额

江西省医疗保险基金管理中心

签章日期: XXXX 年 XX 月 XX 日

《江西省基本医疗保险异地就医直接结算经办规程》附件 5

_____异地就医预付金额度紧急调增付款通知书

(经办机构全称):

根据 XX 期异地就医清算资金核定, 你单位已付预付金使用已达红色预警, 按照《江西省医疗保障局 财政厅**的通知》(赣医保发〔2022〕**号) 文件规定, 请你单位于 XXXX 年 XX 月 XX 日前, 补充拨付预付金 XXXX 万元。

江西省医疗保险基金管理中心

签章日期: XXXX 年 XX 月 XX 日

《江西省基本医疗保险异地就医直接结算经办规程》附件 6

异地就医预付金额度紧急调增收款通知书

(经办机构全称):

根据 XX 期异地就医清算资金核定, 你单位已收预付金使用已达红色预警, 按照《江西省医疗保障局 财政厅**的通知》(赣医保发〔2022〕**号) 文件规定, 请你单位对补充拨付预付金 XXXX 万元进行查收确认。

江西省医疗保险基金管理中心

签章日期: XXXX 年 XX 月 XX 日

《江西省基本医疗保险异地就医直接结算经办规程》附件 7

异地就医财政专户银行账号明细表

统筹区	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
省级专户					
南昌					
景德镇					
萍乡					
九江					
新余					
鹰潭					
吉安					
.....					
省本级					

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_____医保部门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_____市医保部门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，患者本人无法签字的由其近亲属代签，并填写身份证号和联系方式。 承诺人（签名）： 日期： 年 月 日			

《江西省基本医疗保险异地就医直接结算经办规程》附件 9

住院期间院外检查治疗或购药单期

姓名_____性别_____年龄_____科别_____居民身份证号码_____

诊断_____

外检购药定点医药机构名称：_____

外检项目或外购药品：_____

外检或外购药原因：_____

医师签字：

定点医疗机构盖章：

《江西省基本医疗保险异地就医直接结算经办规程》附件 10

江西省医疗保障定点机构医疗费用结算单

医疗机构名称:

医疗机构编码:

医院等级:

姓名		性别		人员类别	
出生年月		联系电话		人员身份类	
身份证号		参保险种		医疗类别	
结算 ID		住院号		住院天数	
科室		床号		参保区划	
入院日期		出院日期		结算时间:	
费用分类情况					
项目名称	总金额	符合政策范围	先行自付	超限价	自费
床位费					
诊查费					
检查费					
化验费					
治疗费					
手术费					
护理费					
卫生材料费					
西药费					
中药饮片费					
中成药费					
一般诊疗费					
挂号费					
其他					
金额合计					
费用结算情况					
费用总额		统筹基金支付		大病保险支	
医疗救助支付		公务员补充支		离休保健专	
个人帐户支付		个人现金支付		其他资金支	
起付线			医院垫付		

备注:其他包含军转、财政、慈善、其他商保等支付来源。

打印时间: YYYY/MM/DD HH:MM

《江西省基本医疗保险异地就医直接结算经办规程》附件 11

____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				
#参保地基金 5				
#参保地基金 6				
.....				

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。

《江西省基本医疗保险异地就医直接结算经办规程》附件 12

全省异地就医费用清算表

制表单位：江西省医疗保险基金管理中心

清算所属月份：XX 年 XX 月

单位：元（保留两位小数）

地区	跨省异地		省内异地		应付合计	应收合计
	应付	应收	应付	应收		
南昌	1	2	3	4	5=1+3	6=2+4
景德镇						
萍乡						
九江						
新余						
鹰潭						
赣州						
吉安						
宜春						
抚州						
上饶						
省本级						
合计						

单位负责人：

审核人：

制表人：

制表日期：

《江西省基本医疗保险异地就医直接结算经办规程》附件 12-1

异地就医应付医疗费用清算表

制表单位：江西省医疗保险基金管理中心

清算所属月份：XX 年 XX 月

单位：元（保留两位小数）

统筹区	合计	职工医保	居民医保
跨省	北京		
	天津		
	河北		
	山西		
	内蒙古		
	辽宁		
		
合计			
省内	南昌		
	景德镇		
		
	合计		
总计			

单位负责人：

审核人：

制表人：

制表日期：

《江西省基本医疗保险异地就医直接结算经办规程》附件 12-2

异地就医职工医保基金应付明细表

制表单位：江西省医疗保险基金管理中心

清算月份：XX 年 XX 月

单位：元（保留两位小数）

地区	项目	基本医疗保险		职工大额医疗费用补助	补充医疗保险	公务员医疗补助	伤残人员医疗保障	医疗救助	其他	合计
		统筹	个人账户							
跨省	北京									
	天津									
	河北									
	山西									
	内蒙古									
	辽宁									
									
	合计									
省内	南昌									
	景德镇									
									
	合计									
	总计									

备注：1. 统筹基金归属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费；

2. 个人账户归集基本医疗保险个人账户支付的医疗费；

3. 职工大额医疗费用补助归集基本医疗保险后，二次投保用于支付超过基本医疗保险基金最高支付限额以上医疗费；

4. 补充医疗保险由经办机构管理的其他补充医疗保险基金支付的医疗费；

5. 公务员医疗补助归集实施公务员医疗补助办法支付的医疗费；

6. 伤残人员医疗保障归集二等乙级以上革命伤残军人医疗费用；

7. 医疗救助归集按规定支付给低保对象、特困人员等符合救助对象的医疗费用；

8. 其他归集非以上项目医疗费用。

《江西省基本医疗保险异地就医直接结算经办规程》附件 12-3

异地就医居民医保基金应付明细表

制表单位：江西省医疗保险基金管理中心

清算所属月份：XX 年 XX 月

单位：元（保留两位小数）

地区	项目	基本医疗保险		城乡居民大病保险	医疗救助	其他	合计
		基本统筹	个人账户				
跨省	北京						
	天津						
	河北						
	山西						
	内蒙古						
	辽宁						
						
	合计						
省内	南昌						
	景德镇						
						
	合计						
	总计						

备注：1. 基本医疗保险归集属于基本医疗保险统筹基金和个人账户支付的医疗费；

2. 城乡居民大病保险归集属于城乡居民大病保险基金支付的医疗费；

3. 医疗救助归集按规定支付给低保对象、特困人员等符合条件救助对象的医疗费用；

4. 其他归集非以上项目医疗费。

《江西省基本医疗保险异地就医直接结算经办规程》附件 12-4

_____**异地就医医保基金审核扣款明细表**

制表单位：江西省医疗保险基金管理中心

清算所属月份：XX 年 XX 月

单位：元（保留两位小数）

统筹区	合计	职工医保	居民医保
跨省	北京		
	天津		
	河北		
	山西		
	内蒙古		
	辽宁		
		
合计			
省内	南昌		
	景德镇		
		
	合计		
	总计		

单位负责人：

审核人：

制表人：

制表日期：

《江西省基本医疗保险异地就医直接结算经办规程》附件 12-5

异地就医职工医保基金审核扣款明细表

制表单位：江西省医疗保险基金管理中心

清算月份：XX 年 XX 月

单位：元（保留两位小数）

地区	项目	基本医疗保险		职工大额医疗 费用补助	补充医疗 保险	公务员医疗 补助	伤残人员医疗 保障	医疗救助	其他	合计
		统筹基金	个人账户							
跨省	北京									
	天津									
	河北									
	山西									
	内蒙古									
	辽宁									
									
	合计									
省内	南昌									
	景德镇									
									
	合计									
	总计									

备注：1. 统筹基金归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费；

2. 个人账户归集基本医疗保险个人账户支付的医疗费；

3. 职工大额医疗费用补助归集参加职工基本医疗保险后，二次投保用于支付超过基本医疗保险基金最高支付限额以上医疗费；

4. 补充医疗保险归集由经办机构管理的其他补充医疗保险基金支付的医疗费；

5. 公务员医疗补助归集实施公务员医疗补助办法支付的医疗费；

6. 伤残人员医疗保障归集二等乙级以上革命伤残军人医疗费用；

7. 医疗救助归集按规定支付给低保对象、特困人员等符合条件救助对象的医疗费用；

8. 其他归集非以上项目医疗费用。

《江西省基本医疗保险异地就医直接结算经办规程》附件 12-6
异地就医居民医保基金审核扣款明细表

制表单位：江西省医疗保险基金管理中心

清算所属月份：XX 年 XX 月

单位：元（保留两位小数）

地区	项目	基本医疗保险		城乡居民大病保险	医疗救助	其他	合计
		基本统筹	个人账户				
跨省	北京						
	天津						
	河北						
	山西						
	内蒙古						
	辽宁						
						
	合计						
省内	南昌						
	景德镇						
						
	合计						
	总计						

备注：1. 基本医疗保险归集属于基本医疗保险统筹基金和个人账户支付的医疗费；

2. 城乡居民大病保险归集属于城乡居民大病保险基金支付的医疗费；

3. 医疗救助归集按规定支付给低保对象、特困人员等符合条件救助对象的医疗费用；

4. 其他归集非以上项目医疗费。

《江西省基本医疗保险异地就医直接结算经办规程》附件 12-7
异地就医应收医疗费用清算表

制表单位：江西省医疗保险基金管理中心

清算所属月份：XX 年 XX 月

单位：元（保留两位小数）

统筹区	合计	职工医保	居民医保
跨省	北京		
	天津		
	河北		
	山西		
	内蒙古		
	辽宁		
		
合计			
省内	南昌		
	景德镇		
		
	合计		
总计			

单位负责人：

审核人：

制表人：

制表日期：

《江西省基本医疗保险异地就医直接结算经办规程》附件 13

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 月异地就医费用_____元按时向财政部门请款并通知其通过财政专户上解。付款明细清单如下:

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 市

单位: 元(保留两位小数)

	地 区	金 额
跨省	北 京	
	天 津	
	河 北	
	山 西	
	内 蒙 古	
	辽 宁	
	
	合 计	
省内	南 昌	
	省 本 级	
	
	合 计	
	总 计	

明细见: 附件 12-1-----异地就医应付医疗费用清算表;
附件 12-2-----异地就医职工医保基金应付明细表;
附件 12-3-----异地就医居民医保基金应付明细表;
附件 12-4-----异地就医医保基金审核扣款明细表
附件 12-5-----异地就医职工医保基金审核扣款明细表;
附件 12-6-----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

《江西省基本医疗保险异地就医直接结算经办规程》附件 14

异地就医费用收款通知书

(经办机构全称):

你单位 XXXX 年 XX 月异地就医费用收款明细清单如下, 请通知财政部门按时反馈到账信息:

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

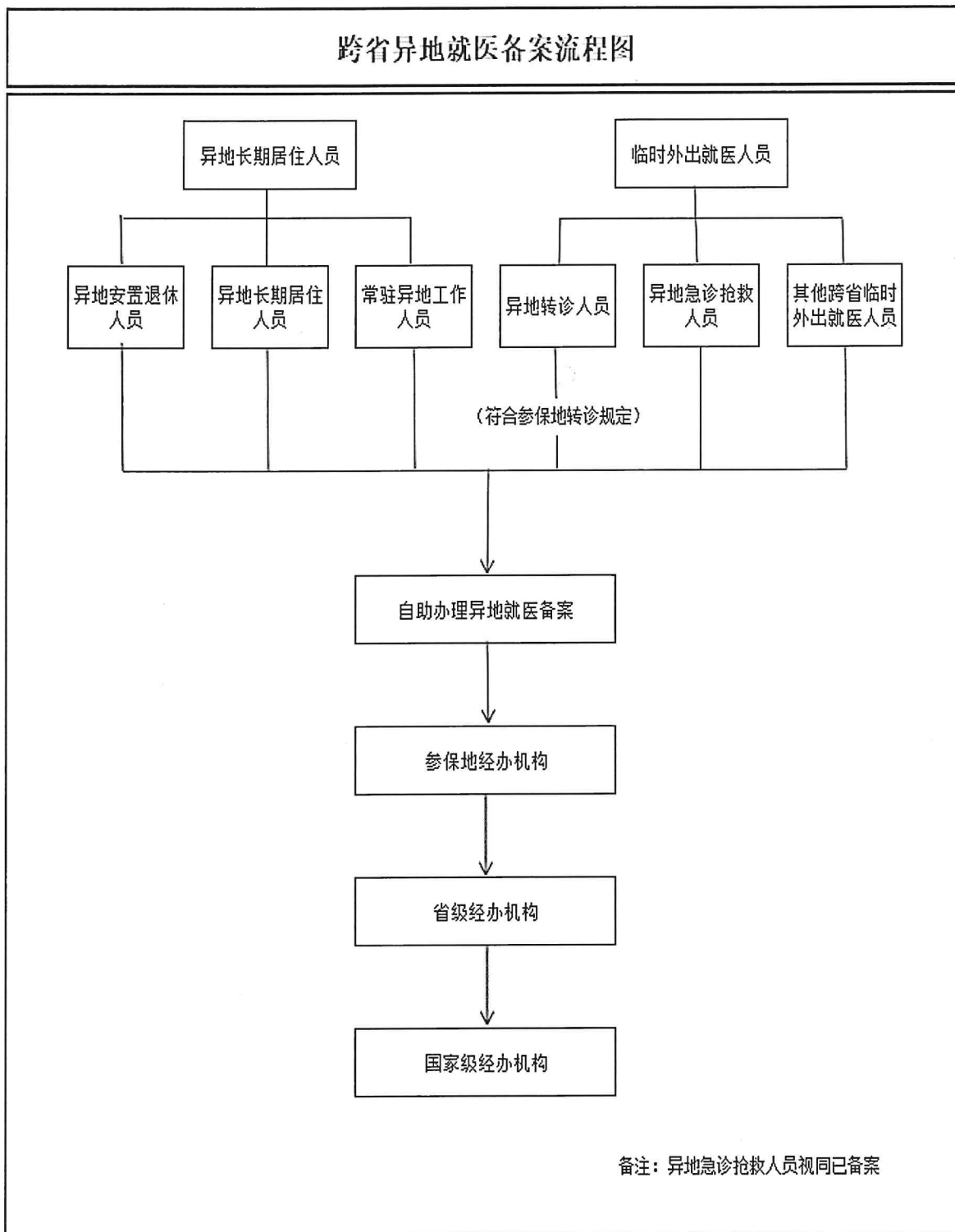
单位: 元 (保留两位小数)

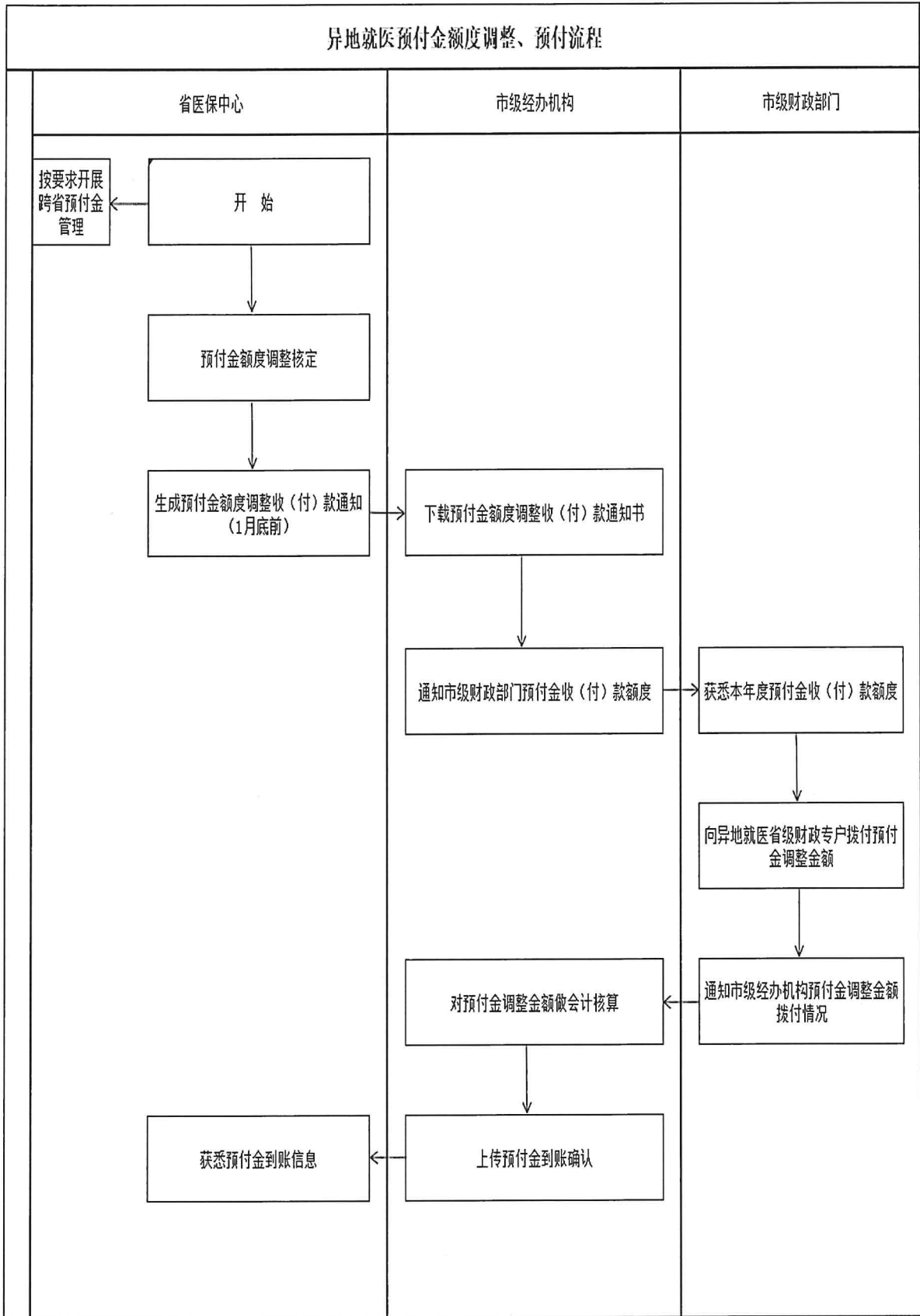
地 区		金 额
跨省	北 京	
	天 津	
	河 北	
	山 西	
	内 蒙 古	
	辽 宁	
	
	合 计	
省内	南 昌	
	景 德 镇	
	
	合 计	
总 计		

明细见: 附件 12-7-----异地就医应收医疗费用清算表

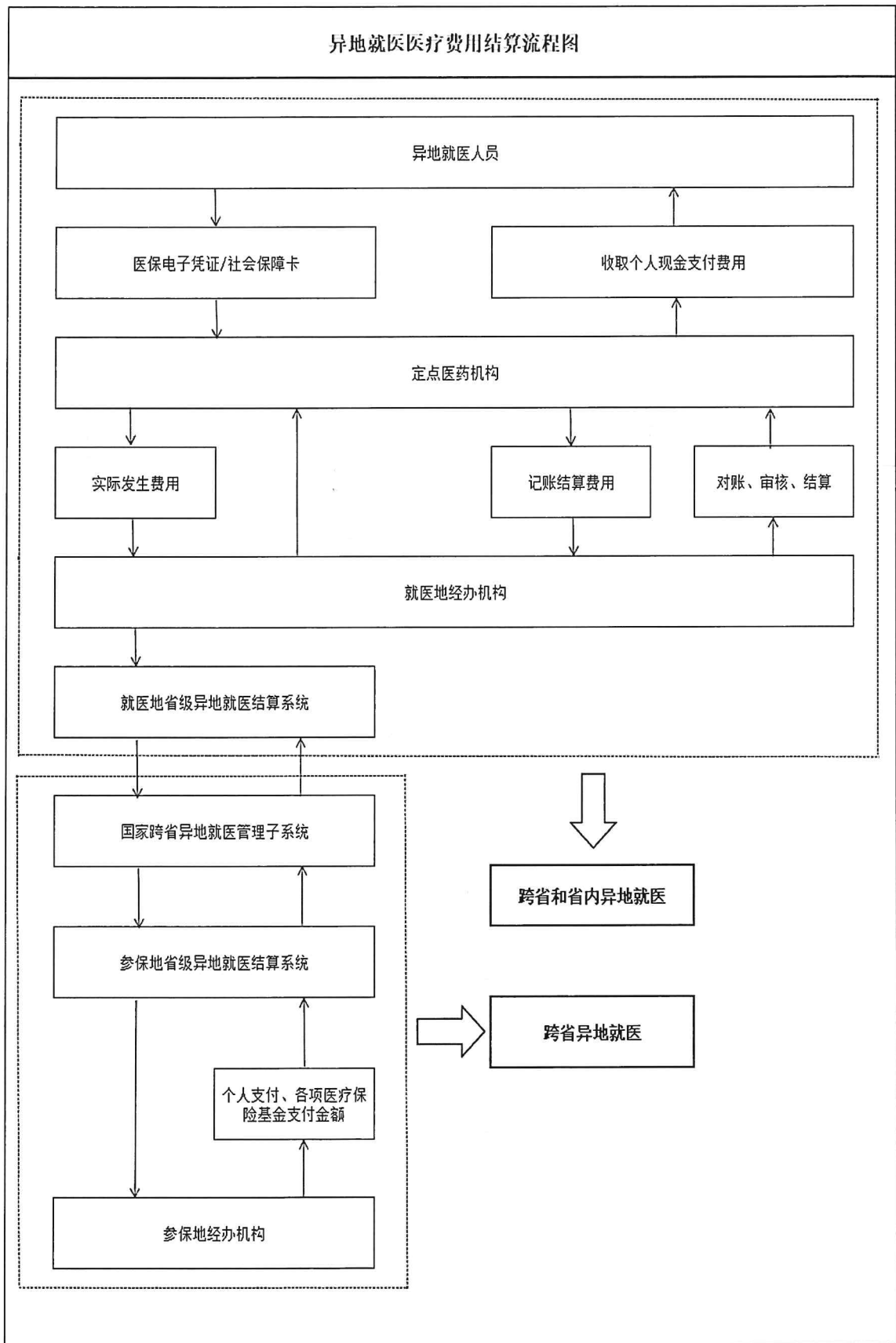
签章日期: XXXX 年 XX 月 XX 日

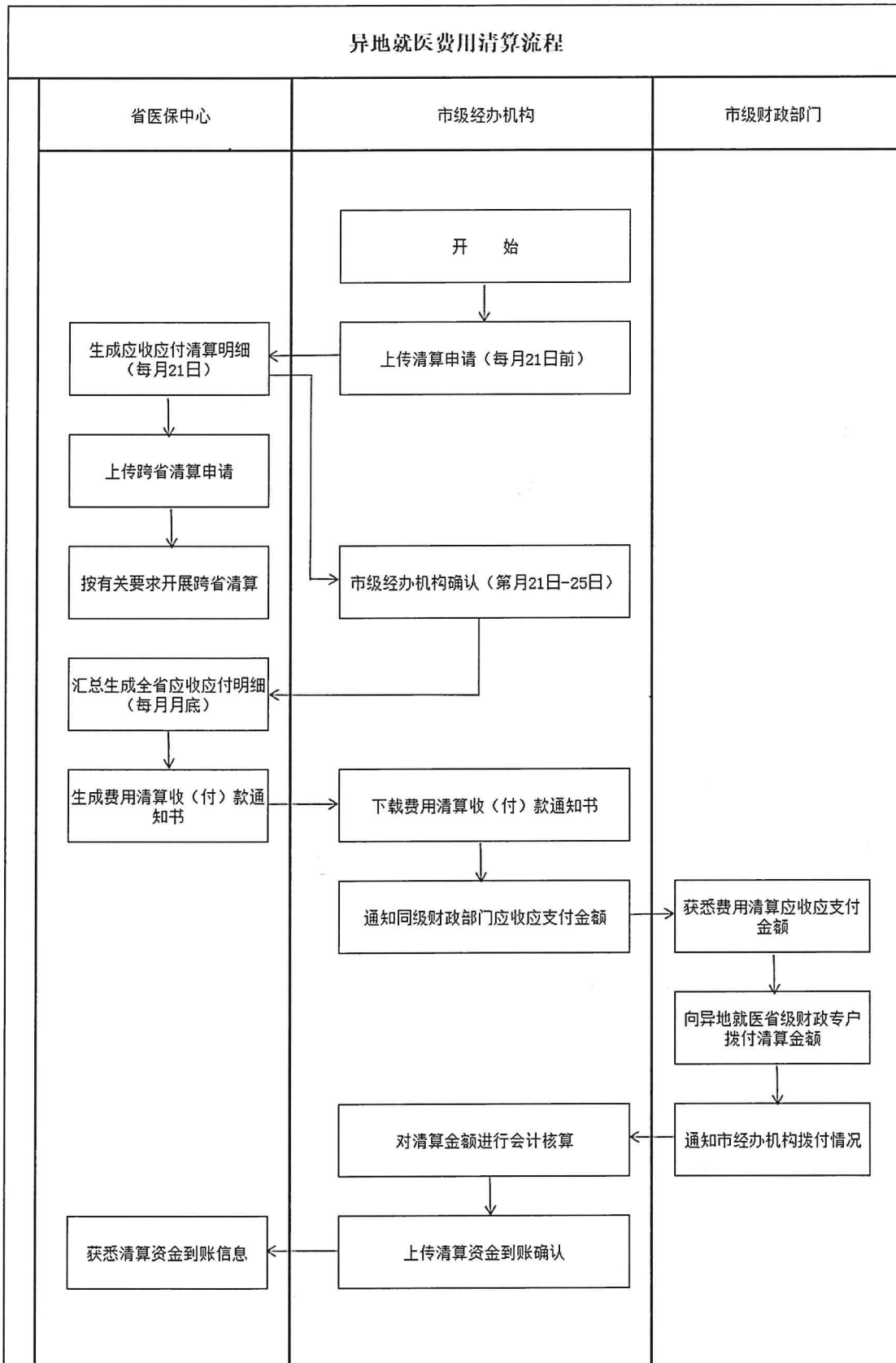
《江西省基本医疗保险异地就医直接结算经办规程》附件 15





异地就医医疗费用结算流程图





江西省医疗保障局办公室

2022年12月26日印发
