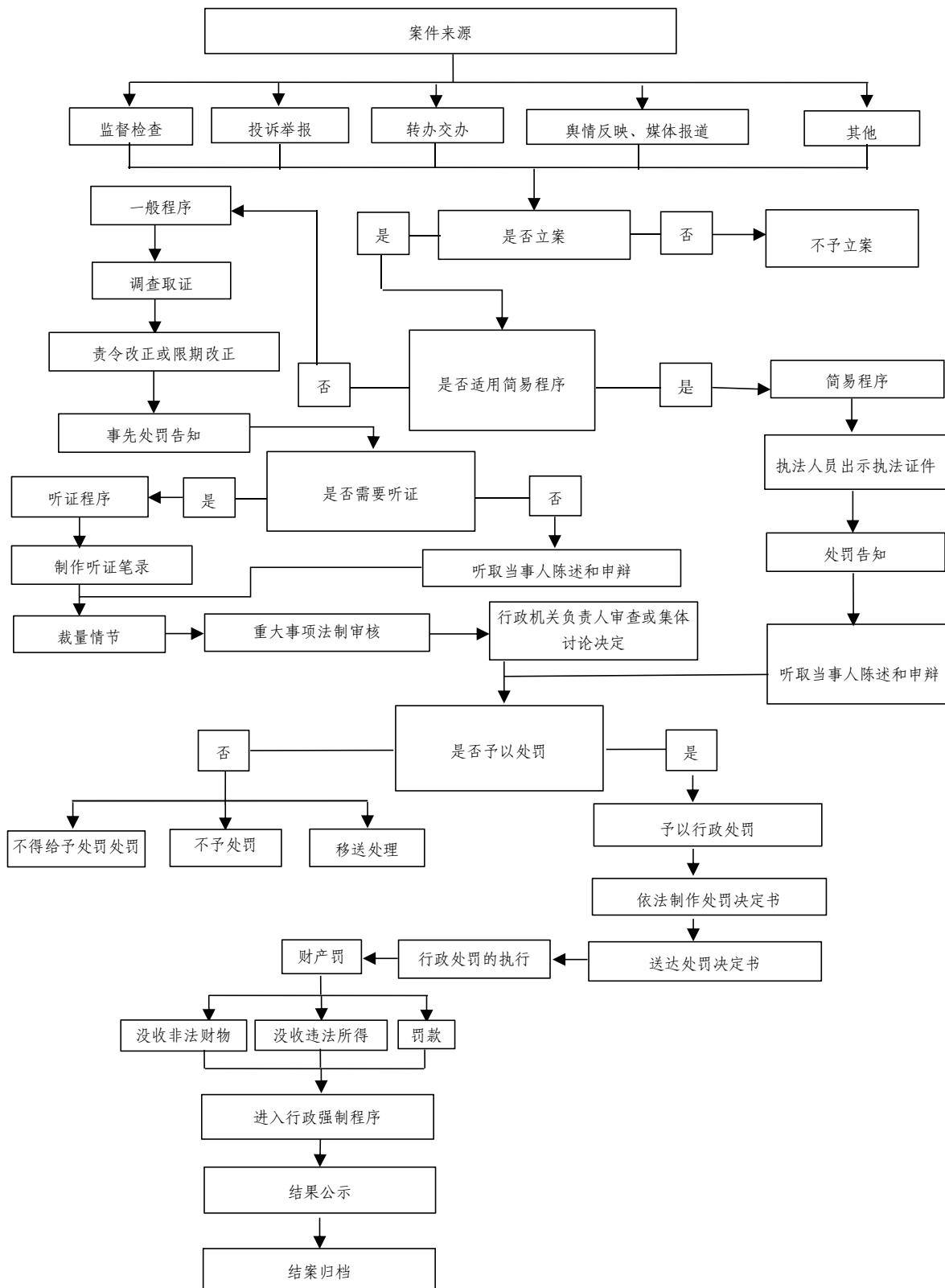


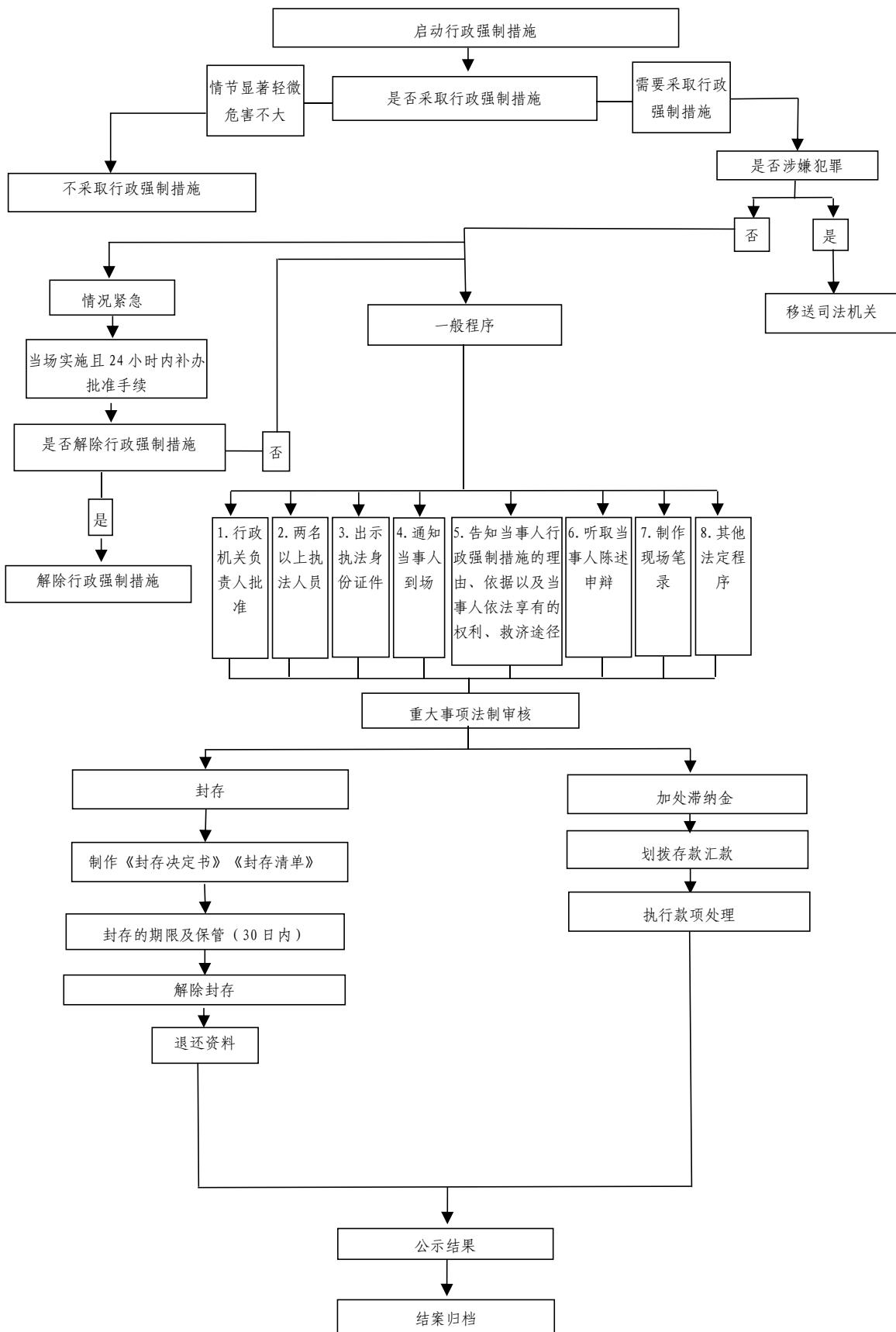
流程图 1

医疗保障行政处罚流程图



流程图 5

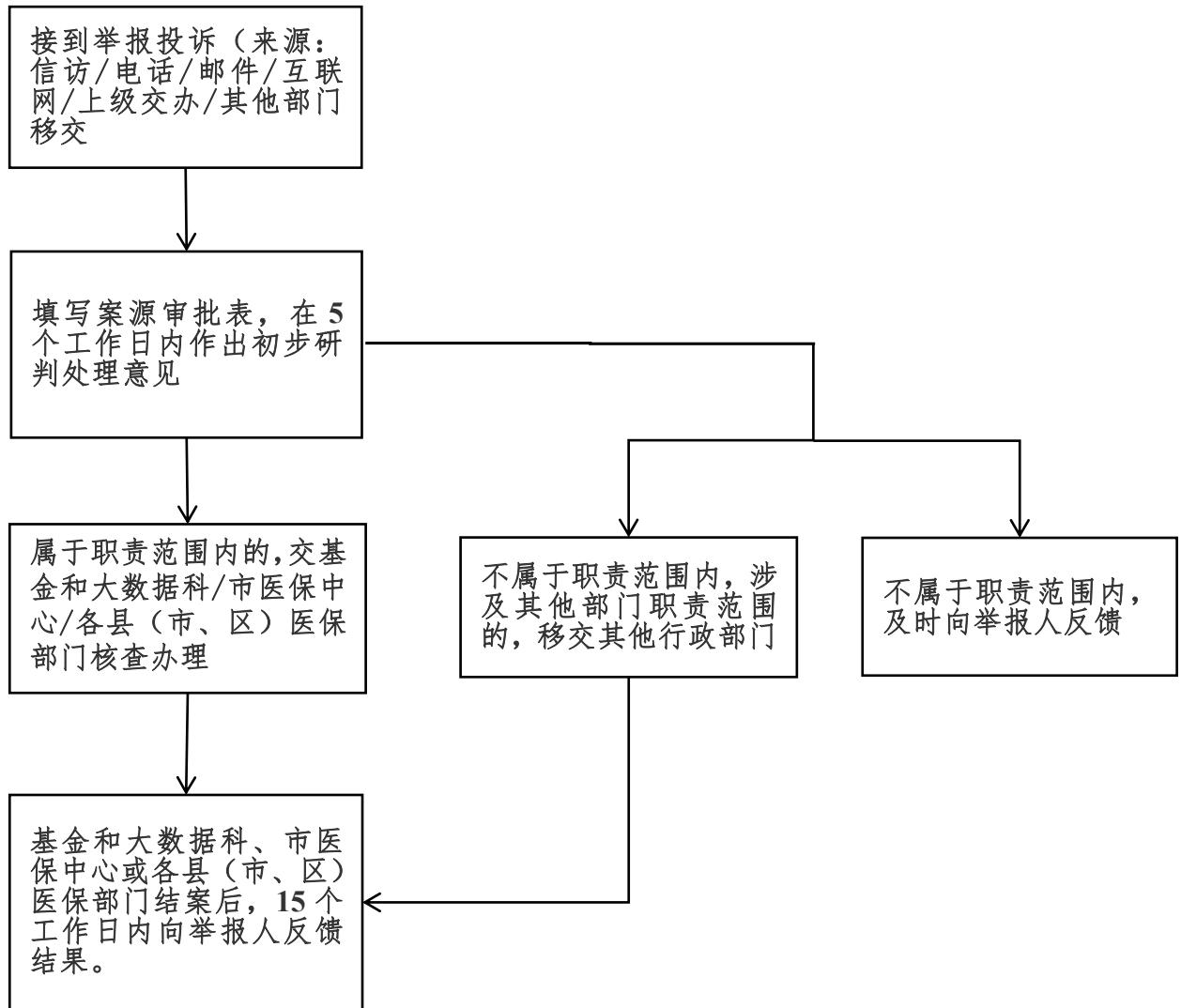
医疗保障行政强制流程图



流程图 17—1

违法违规使用医保基金举报投诉处置流程

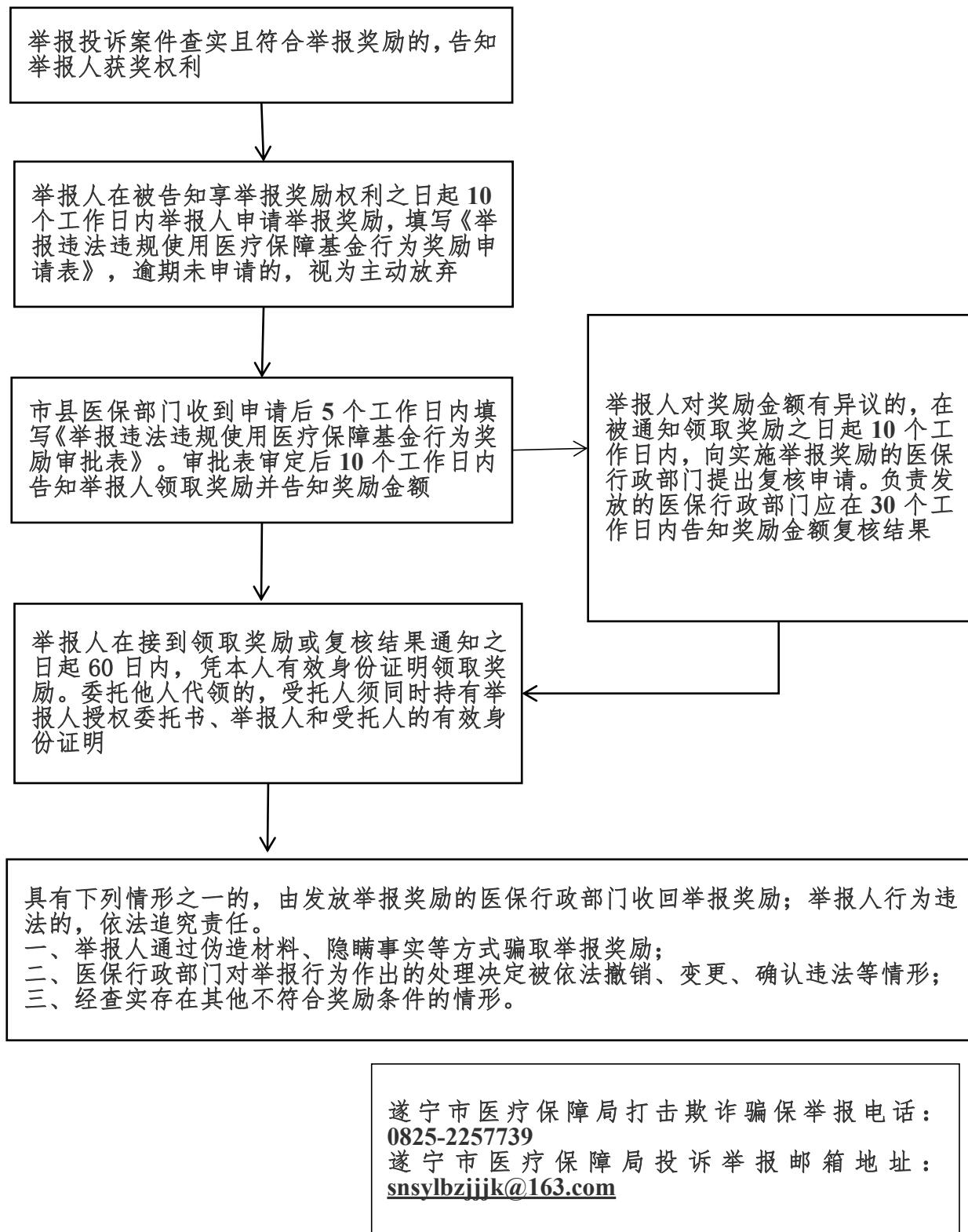
(基金和大数据科)



遂宁市医疗保障局打击欺诈骗保举报电话：
0825-2257739
遂宁市医疗保障局投诉举报邮箱地址：
snsylbzjijk@163.com
办结时限：结案后，15 个工作日内向举报人反馈结
果。

流程图 17—2

违法违规使用医保基金举报投诉奖励流程 (基金和大数据科)



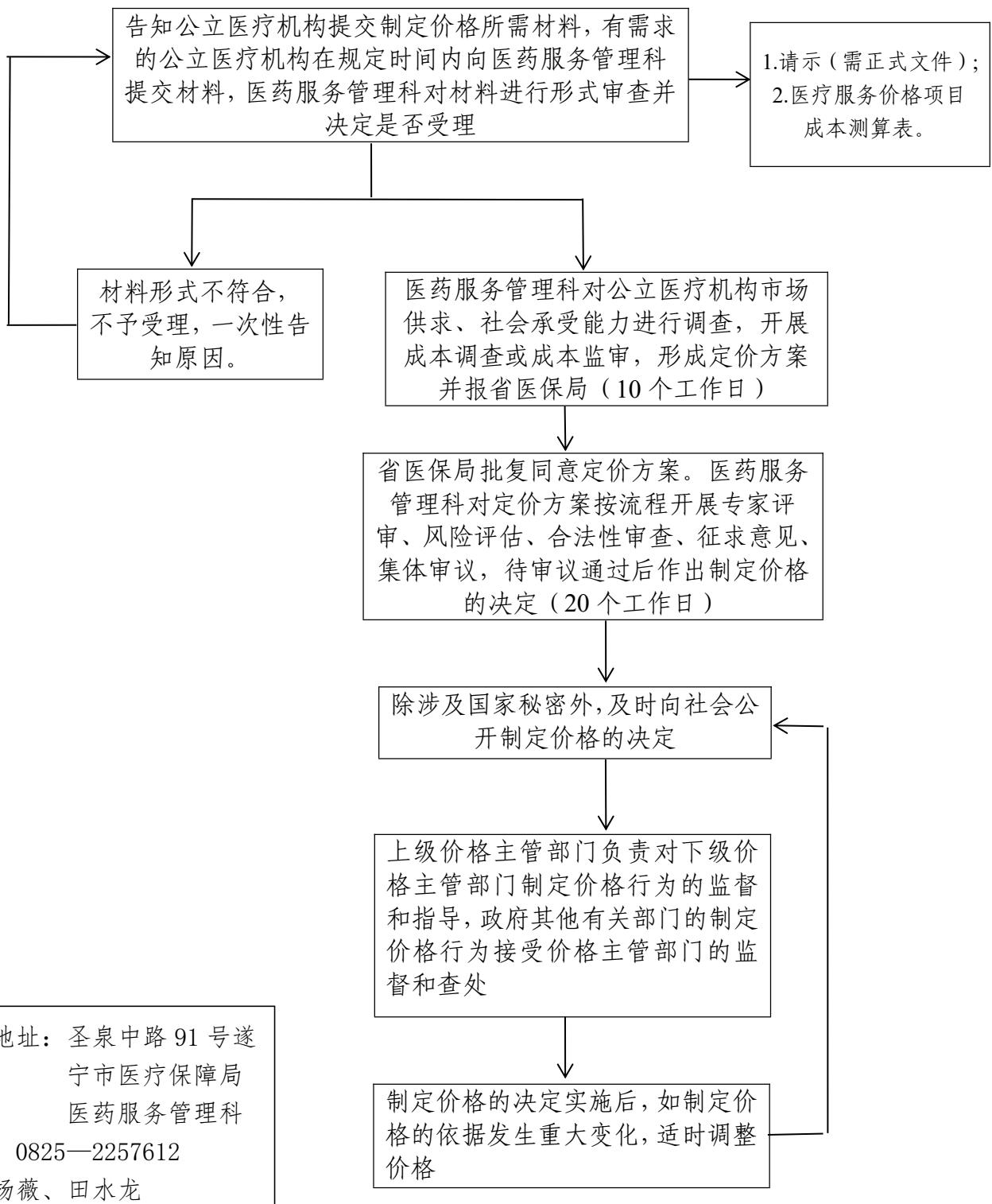
遂宁市医疗保障局
举报违法违规使用医疗保障基金
行为奖励申请表

申请人姓名		年龄		性别	
联系电话		身份证号			
匿名举报人（是/否）					
银行卡卡号					
举报时间		被举报单位			
举报的内容、提供的线索和证据	<p style="text-align: right;">申请人签字：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>				

流程图 22

权限内商品和服务价格政府定价、政府指导价制定

流程图



遂宁市XX医疗服务项目成本测算表

填表单位：（盖章） 填表人： 联系方式 填表日期：

一、项目基本情况					
项目名称		项目编码		建议收费标准 (元)	
项目内涵					
除外内容		计价单位		计价说明	
预计年展开服务例数		本院上一年度医疗收入(万元)		本院上一年度医疗业务成本(万元)	

二、成本测算数据					
(一) 基本人力成本					
1. 医院各类人员人均薪酬					
人员类别	XX年在编在职总人数	XX年个人年薪酬总额 (剔除财政补助后人均数) (元)	人均工资 (元/人/小时)		
医生					
医技					
护士					
2. 项目人力成本费用					
人员类别	操作人数		操作时间(分钟)	每例应摊成本(元)	
医生					
医技					
护士					

小计			
----	--	--	--

(二) 基本物料消耗 (按实际购进价计)

卫生材料名称	型 号	计价单位	单价	实际使用数量	每例应摊成本(元)
小计					

(三) 项目使用的独立耗材 (按实际购进价计)

1. 一次性独立耗材

耗材名称	型 号	计价单位	单价	实际使用数量	每例应摊成本(元)
小计					

2. 可复用医用耗材

耗材名称	型 号	计价单位	单价	实际使用数量	每例应摊成本(元)
小计					

(四) 仪器设备折旧费

仪器设备名称	型号、产地	购入原值	残值(原值的5%)	折旧年限	本项目使用设备比例	平均耗时(分钟)	每例应摊成本(元)
小计							

(五) 动力能源消耗

能源名称	计价单位	单价	消耗数量(次)	每例应摊成本(元)

水				
电				
气				
...				
小计				
(六) 间接成本摊入	(一) 至(五) 总金额的10% (元)			
项目成本合计	(一) 至(六) 总金额 (元)			

填表说明：

- 1.“XX年在编在职总人数”和“XX年个人年薪酬总额(剔除财政补助后人均数)”按照当年医院财务年报口径填报；“人均工资”的计算使用全年理论人均工资时间=12个月*22天*8小时；“操作时间”为操作人员完成一次检验、诊断或治疗所耗费的实际人工操作平均时间，不包括机器运转时间。
- 2.卫生材料应附购货财务发票复印件，其中试剂和高值耗材应附财务发票、采购合同或协议及使用说明书复印件。
- 3.仪器设备应附采购财务发票、采购合同或协议、额定工作量相关资料的复印件；折旧年限和残值率应按照《四川省定价成本监审固定资产折旧技术规范》（川发改价格〔2015〕24号）规定计算；每例医疗服务分摊的专用设备折旧费用=年折旧额÷264天÷8小时÷60分钟×项目平均耗时。
- 4.基本物料消耗：原则上仅限于低值易耗品或其他不应分割的易耗品，常见基本物耗如碘酒、酒精、消毒液、棉花、纱布、普通辅料、帽子、口罩、鞋套、袜套、手套、手术衣、绷带、床垫、各种护垫、各种衬垫、手术巾、治疗巾、针头、针管、压舌板、止血带、滑石粉等。
- 5.项目使用的独立耗材：主要是基本物耗之外，该项目消耗的一次性医用耗材（含试剂）和可复用耗材。

XX 医院

关于 XXXXX 的请示

遂宁市医疗保障局：

为进一步提升医疗服务能力，促进医疗技术创新发展，满足人民群众多样化、多层次的健康需求，根据《遂宁市医疗保障局关于申报 XX 医疗服务项目的通知》要求，我院拟申请开展以下医疗服务价格项目（具体见下表），现将有关事项请示如下。

（申请医疗服务价格项目明细表）

附件：医疗服务价格项目成本测算表

XX 医院

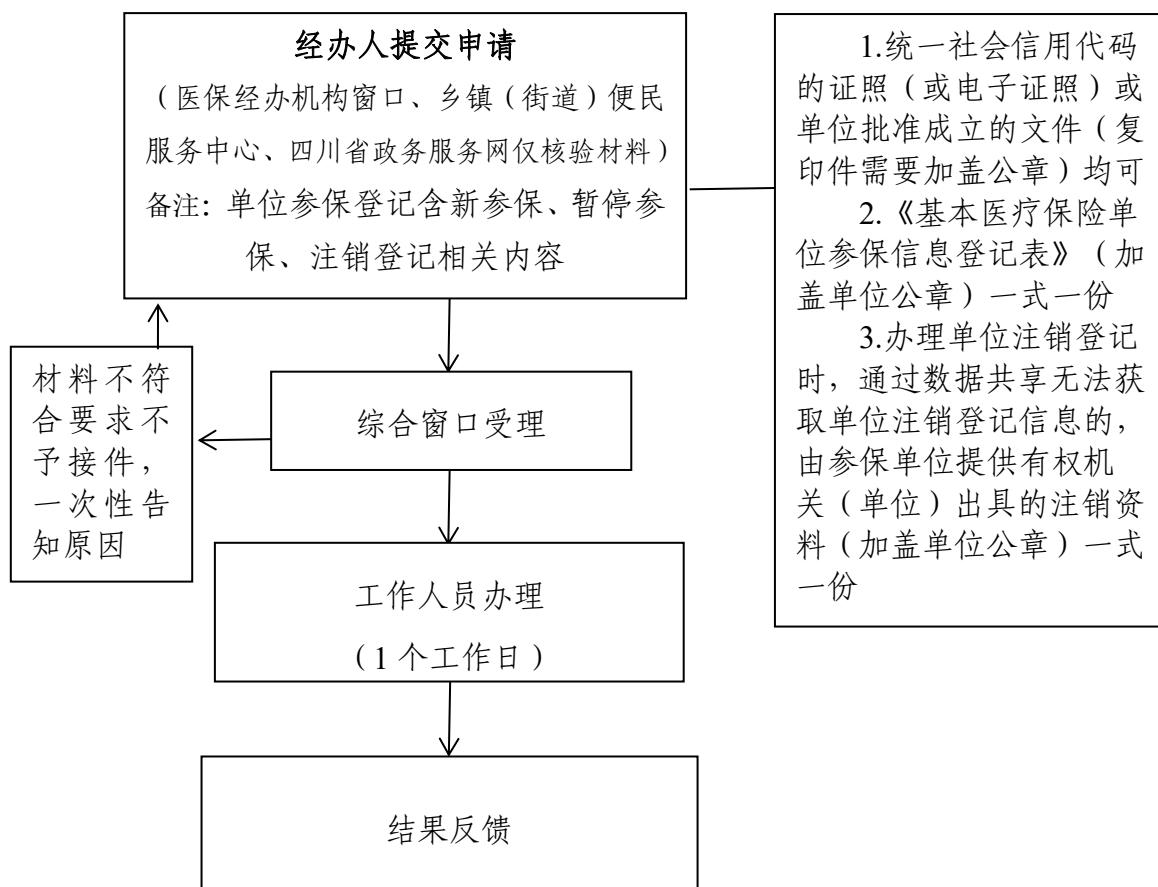
XX 年 XX 月 XX 日

（联系人：XXX，联系电话：1XXXXXXXXXXXX）

流程图 23

单位参保登记办理流程图

(参保服务科)



现场申请地址：市本级和各县（市、区）医保服务窗口

线上申请地址：www.sczwfw.gov.cn（线上仅核验材料，核验后需到线下办理）

经办人：伍昕 0825-2215175

承诺办结时限：1个工作日

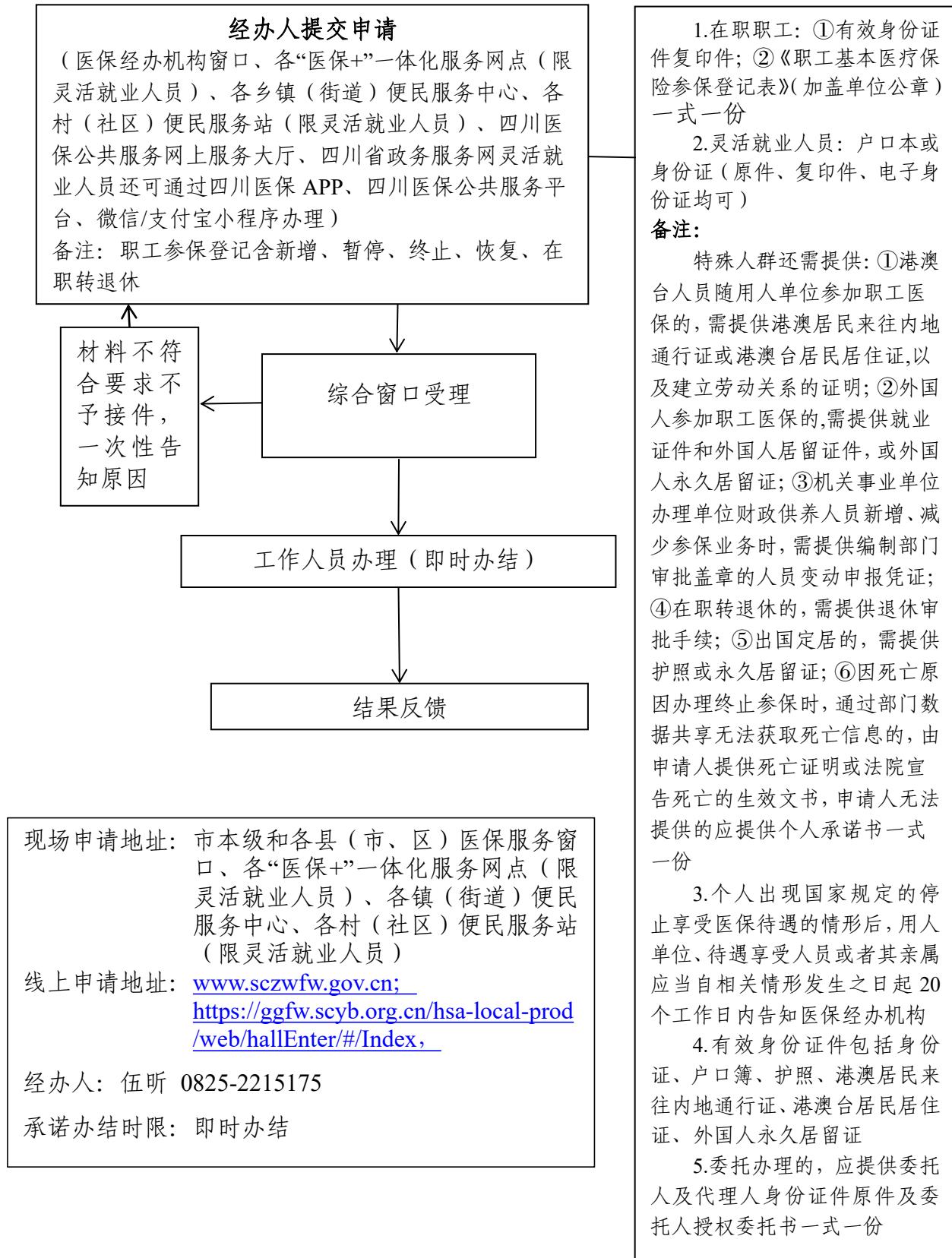
基本医疗保险单位参保信息登记表

单位名称	XXXXXXXXX 公司				
统一社会信用代码	XXXXXXXXXXXXXX				
通讯地址	X 市 X 区 X 路 X 号				
单位性质	<input checked="" type="checkbox"/> 行政机关 <input type="checkbox"/> 事业 <input type="checkbox"/> 企业 <input type="checkbox"/> 其他				
法定代表人	姓名	XXX	联系电话	139XXXXXXXX	
	身份证件号码		51XXXXXXXXXXXXXXXXXX		
开户银行	XXXXXXXXXXXXXX 行	户名	XXXXXXXXXXXXXXXXXX		
账号	XXXXXXXXXXXXXXXXXX				
经办人员	姓名	XXX	所在部门	XXX	
	手机号码	139XXXXXXXX	联系电话	0825-XXXXXXX	
业务类型	<input checked="" type="checkbox"/> 新参保登记	<input checked="" type="checkbox"/> 职工基本医疗保险 <input checked="" type="checkbox"/> 生育保险 <input checked="" type="checkbox"/> 补充医疗保险 <input checked="" type="checkbox"/> 其他 (_____)	起始时间	XXXX 年 XX 月	
	<input checked="" type="checkbox"/> 暂停登记	起止时间: 20XX 年 XX 月 XX 日至 20XX 年 XX 月 XX 日			
	<input checked="" type="checkbox"/> 注销登记	起始时间: 20XX 年 XX 月 XX 日			
机关事业单位及社会团体填报以下信息					
经费来源	XXXXX	主管部门	XXXXX		
最新核编人数 (含纪检、军转)			XX	退休人数	XX
机关在编人数	XX	公务员人数	XX	后勤服务人数	XX
参公在编人数	XX	事业在编人数	XX	非编制聘用人数	XX
单位声明	本单位依法申请基本医疗保险、生育保险登记, 承诺填报信息真实、准确、完整, 请予办理。				单位 (盖章) XXXX 年 XX 月 XX 日
经办机构意见	<input type="checkbox"/> 经审核, 申报单位不符合参保登记办理条件。 经审核, 同意申报单位办理以下医疗保险登记: <input checked="" type="checkbox"/> 职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 生育保险 <input type="checkbox"/> 补充医疗保险 <input type="checkbox"/> 其他 (_____)				
	经办人签字:		经办机构 (盖章) 年 月 日		
	经审核, 申报单位不符合以下登记办理条件: <input type="checkbox"/> 暂停登记 经审核, 同意申报单位办理以下登记: <input type="checkbox"/> 暂停登记		<input type="checkbox"/> 注销登记 <input type="checkbox"/> 注销登记		
经办人签字:		经办机构 (盖章) 年 月 日			

流程图 24

职工参保登记办理流程图

(参保服务科)



职工基本医疗保险参保登记表

单位名称（盖章）：

单位编码：

灵活就业人员

序号	姓名	证件类型	身份证件号码	险种				变更类别					起始时间	手机号码	备注
				基本医疗保险	生育保险	补充医疗保险	其它	增加	暂停	终止	恢复	在职转退休			
1	XX	身份证	51XXXXXXXXXXXX XXXXXX	√	√	√	√	√	√	√	√	√	XXXX 年 X 月	139XXXXXXXX X	
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															

备注：灵活就业人员无需单位盖章和填写单位编码。

填报人：xxx

联系电话：139XXXXXXXX

经办机构经办人：xxx

XXXX 年 XX 月 XX 日

个人承诺书

本人_张 x x --- (身份证件号码: XXXXXXXXXXXXXXXXXX) ,
办理_XXXXXX 业务。因个人原因无法提供 XXXXXX 证明, 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,
由此产生的一切法律责任均由本人承担。

联系电话: XXXXXXXX

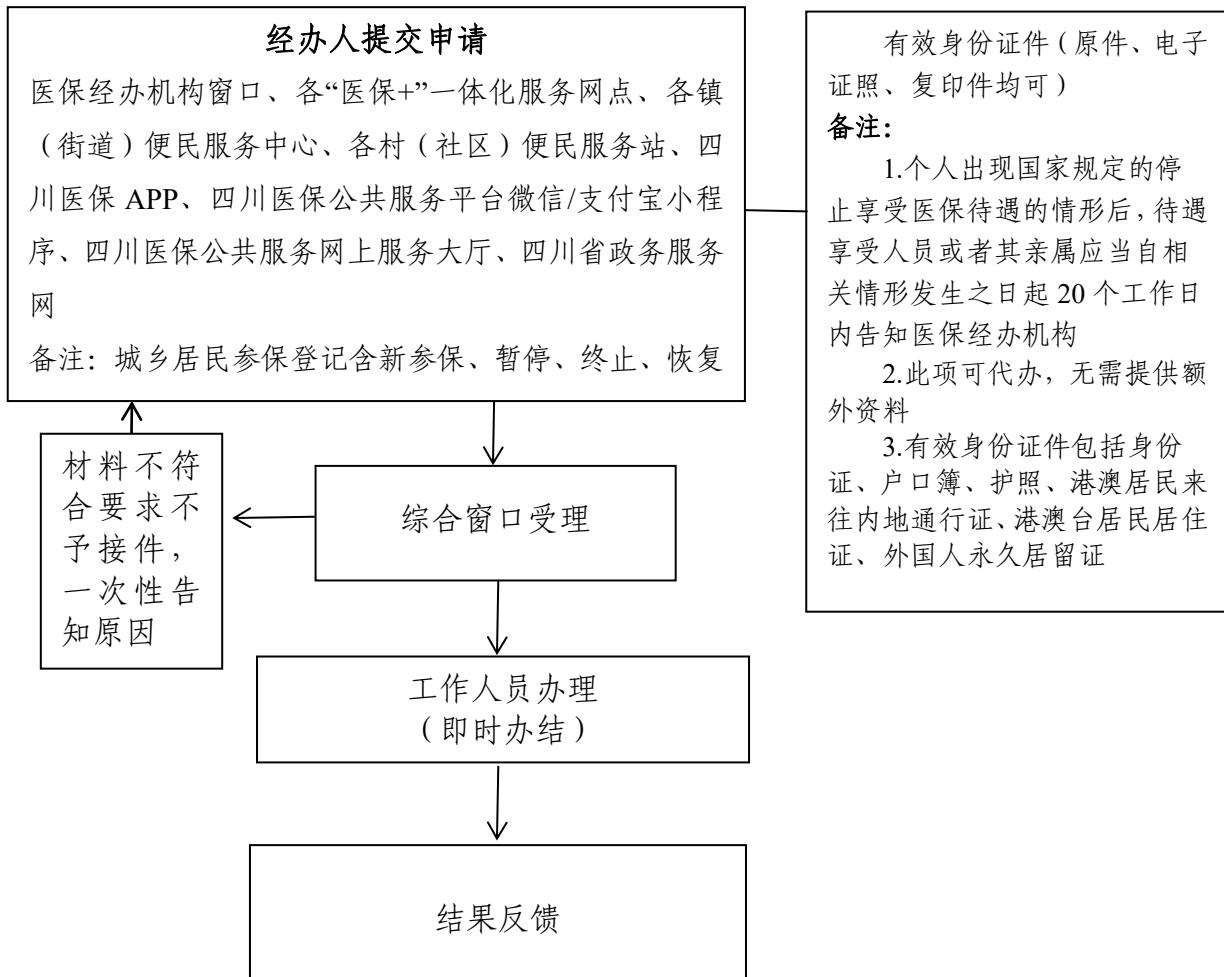
通讯地址: x x 市 x x 街道

承诺人(签名、指印): 张 x x

流程图 25

城乡居民参保登记办理流程图

(参保服务科)



现场申请地址：市本级和各县（市、区）医保服务窗口、各“医保+”一体化服务网点、各镇（街道）便民服务中心、各村（社区）便民服务站

线上申请地址：www.sczfw.gov.cn、

<https://ggfw.scyb.org.cn/hsa-local-prod/web/hallEnter/#/Index>、

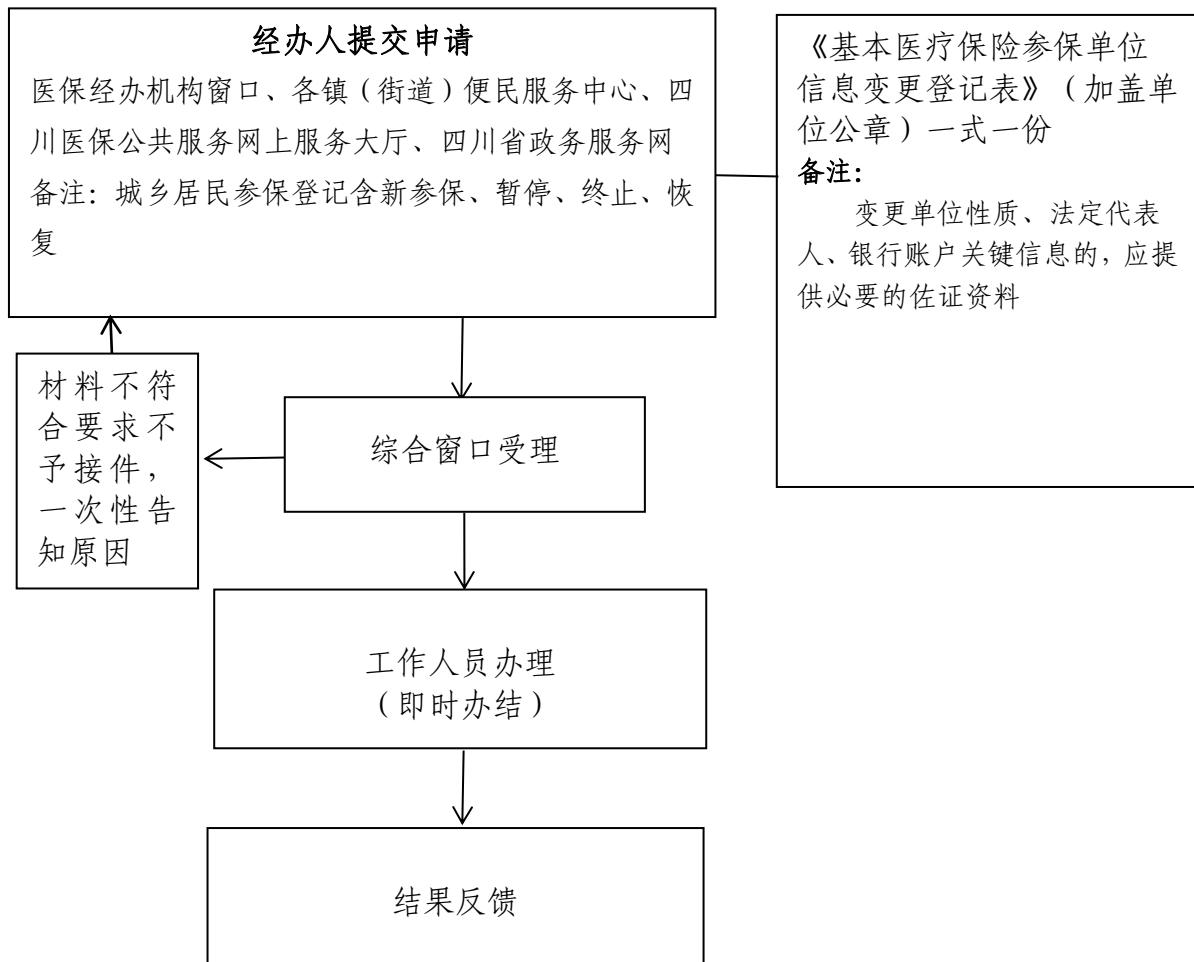
经办人：伍昕 0825-2215175

承诺办结时限：即时办结

流程图 26

单位参保信息变更登记办理流程图

(参保服务科)



现场申请地址：市本级和各县（市、区）医保服务窗口、各乡镇（街道）便民服务点

线上申请地址：www.sczfwf.gov.cn、
<https://ggfw.scyb.org.cn/hsa-local-prod/web/hallEnter/#/Index;>

经办人：伍昕 0825-2215175

承诺办结时限：即时办结

基本医疗保险参保单位信息变更登记表

单位名称及编码（盖章）：XXXXXXX

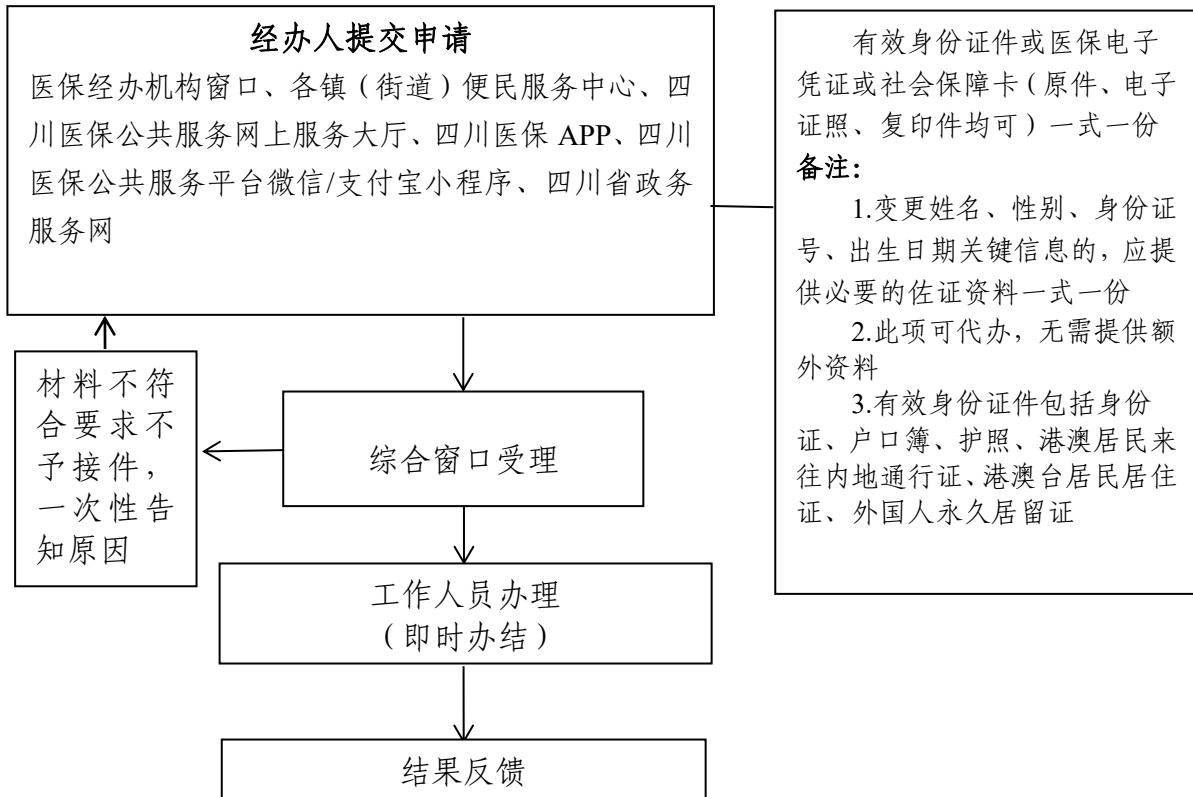
填报日期：XXXX年XX月XX日

原登记事项			变更事项	
单位名称：XXXXXXX			单位名称：XXXXX	
地址：X市X区X路X号			地址：X市X区X路X号	
单位类型：XXX			单位类型：XXX	
法定代表人（负责人）	姓名	XXX	姓名	XXX
	身份证件号码	51XXXXXXXXXXXXXXXXXX	身份证件号码	51XXXXXXXXXXXXXXXXXX
	联系电话	139XXXXXXX	联系电话	139XXXXXXX
单位经办人	姓名	XXX	姓名	XXX
	联系电话	139XXXXXXX	联系电话	139XXXXXXX
开户银行及账号	开户银行	XXXXXXXXXXXX行	开户银行	XXXXXXXXXXXX行
	户名	XXXXXXX	户名	XXXXXXX
	账号	XXXXXXXXXXXXXX	账号	XXXXXXXXXXXXXX
其他				
备注				
经办机构审核意见	经办人： (受理单位盖章) 年 月 日			

流程图 27

职工参保信息变更登记办理流程图

(参保服务科)



现场申请地址：市本级和各县（市、区）医保服务窗口、各乡镇（街道）便民服务点

线上申请地址：www.sczwfw.gov.cn、
<https://ggfw.scyb.org.cn/hsa-local-prod/web/hallEnter/#/Index>；

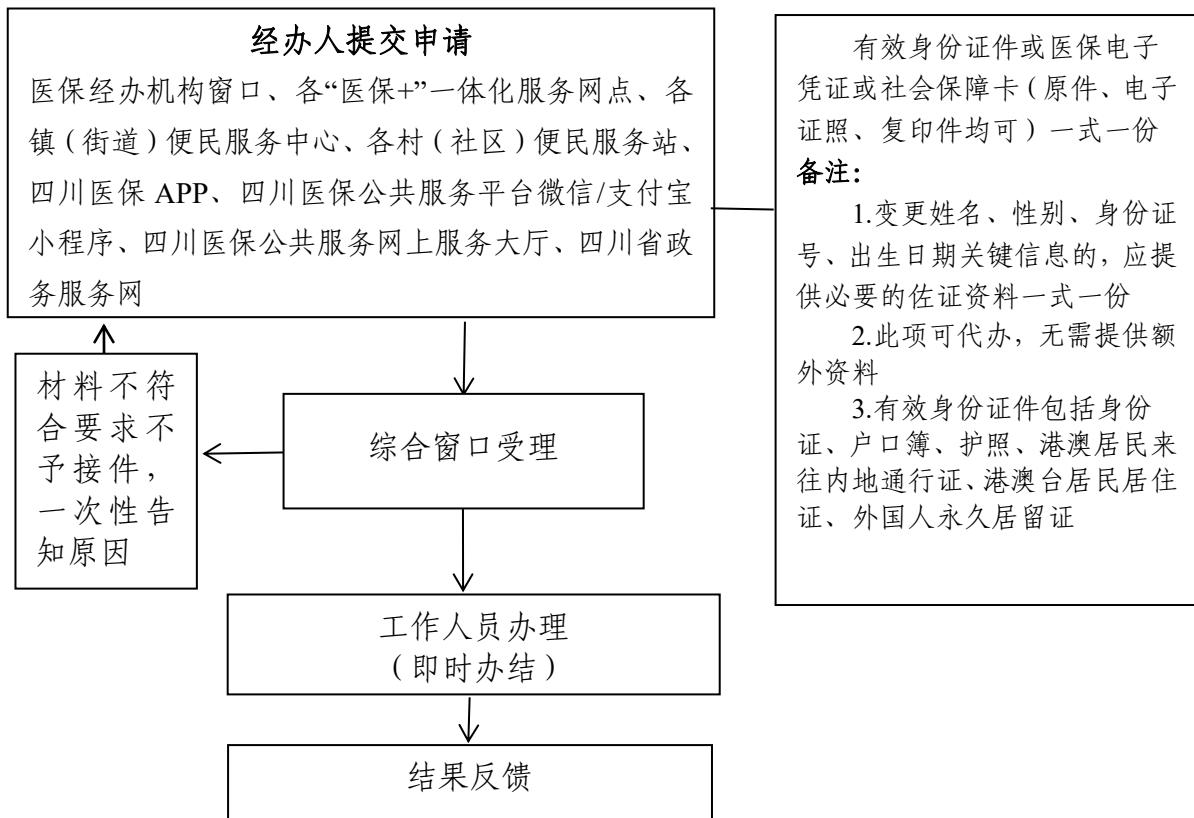
经办人：伍昕 0825-2215175

承诺办结时限：即时办结

流程图 28

城乡居民参保信息变更登记办理流程图

(参保服务科)



现场申请地址：市本级和各县（市、区）医保服务窗口、各“医保+”一体化服务网点、各镇（街道）便民服务中心、各村（社区）便民服务站；

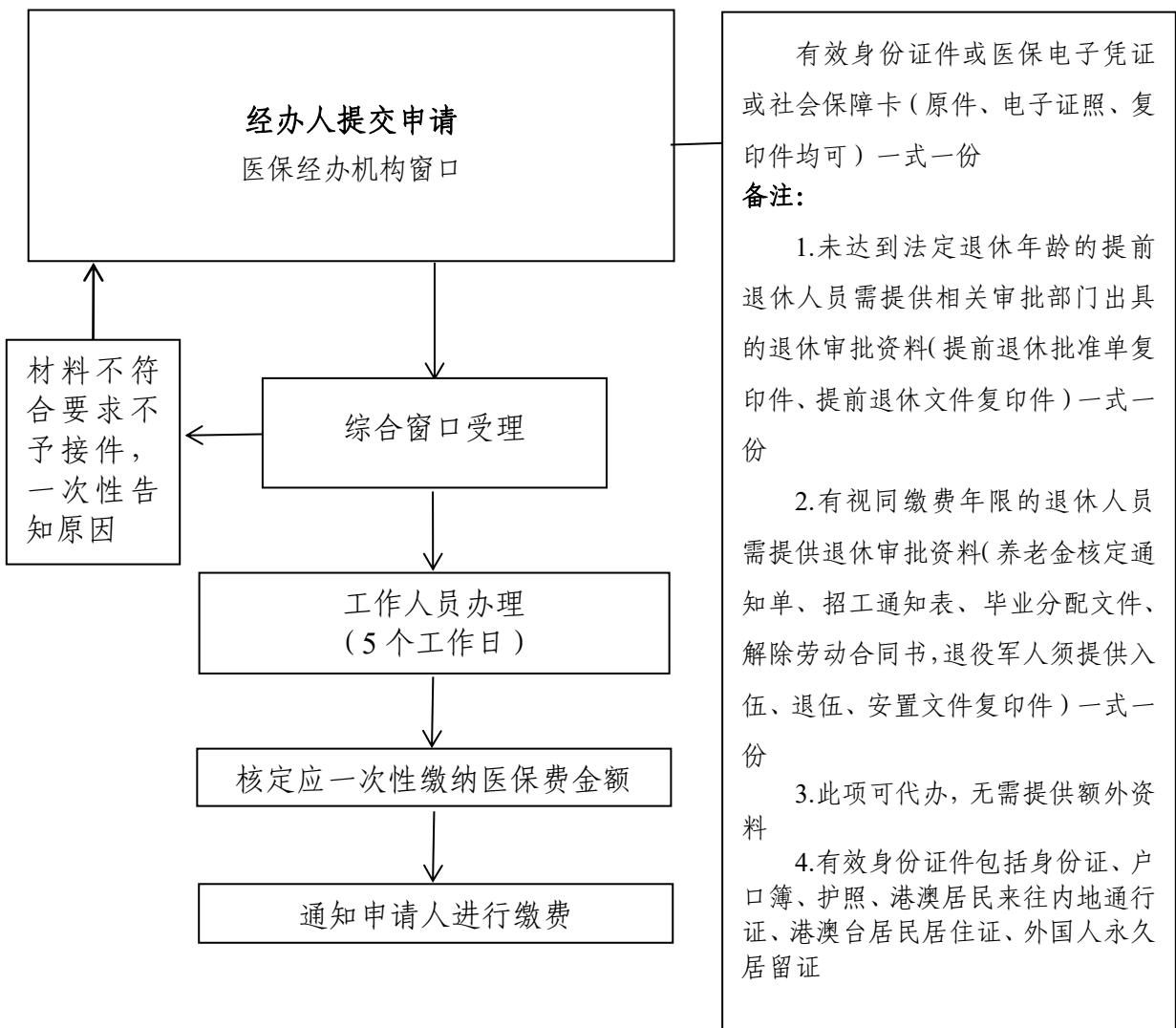
线上申请地址：www.sczwfw.gov.cn、
<https://ggfw.scyb.org.cn/hsa-local-prod/web/hallEnter/#/Index>、

经办人：伍昕 0825-2215175；

法定办结时限：即时办结

流程图 29

职工基本医疗保险费趸缴清算办理流程图 (参保服务科)



现场申请地址: 遂宁市市民中心三楼医保服务窗口

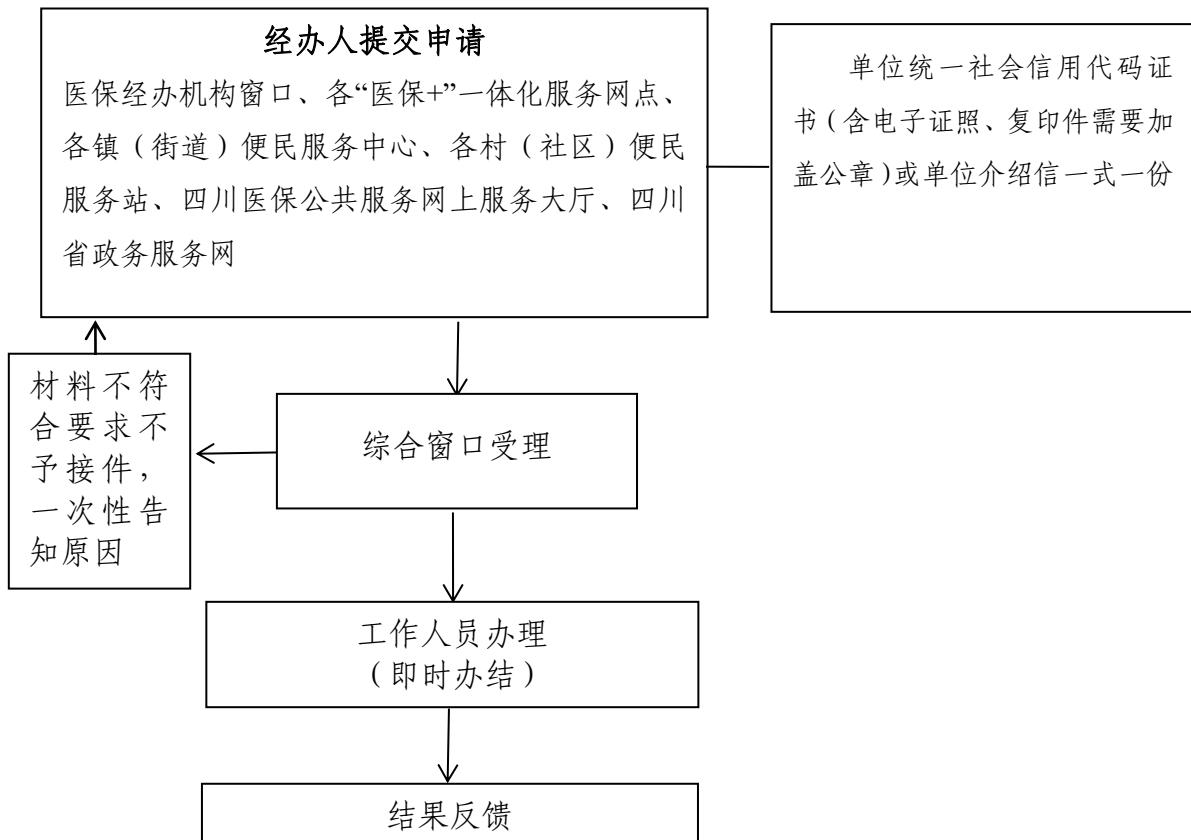
经办人: 伍昕 0825-2215175

承诺办结时限: 5个工作日

流程图 30

参保单位参保信息查询办理流程图

(参保服务科)



现场申请地址：市本级和各县（市、区）医保服务窗口、各“医保+”一体化服务网点、各镇（街道）便民服务中心、各村（社区）便民服务站

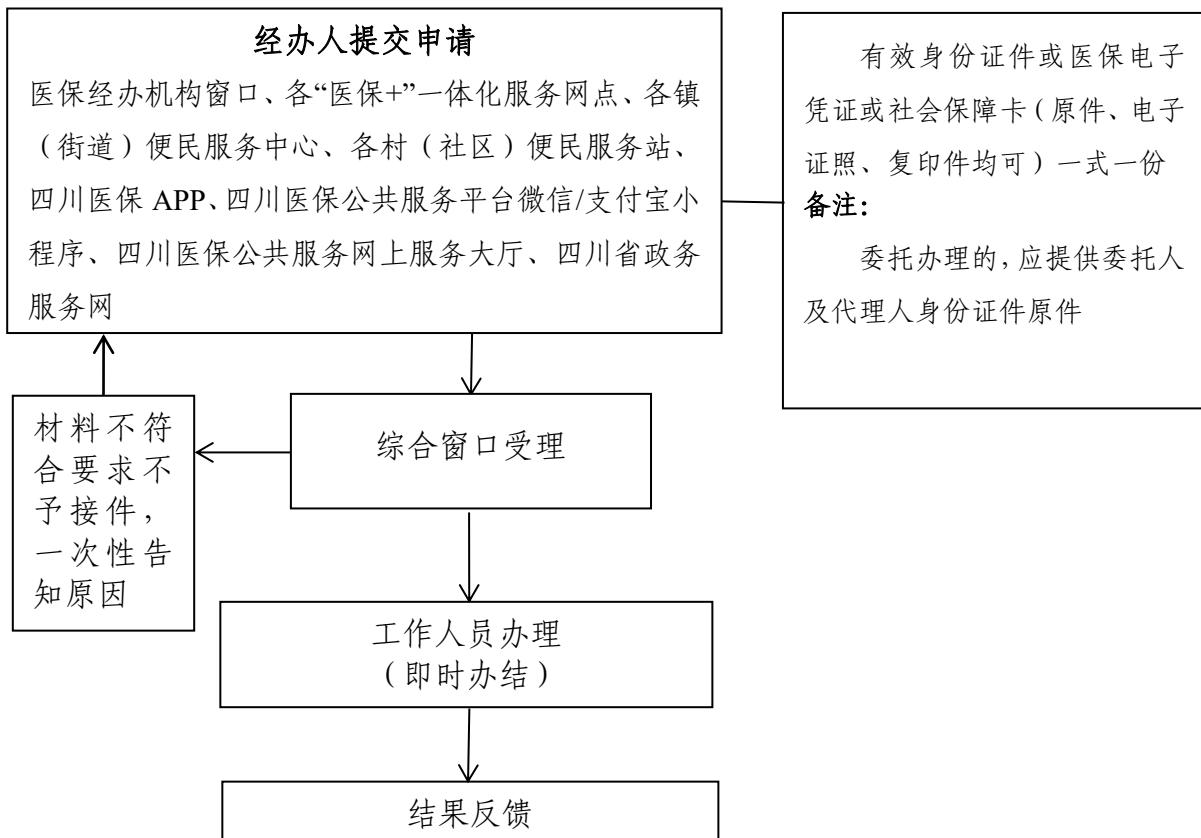
线上申请地址：www.sczfw.gov.cn、
<https://ggfw.scyb.org.cn/hsa-local-prod/web/hallEnter/#/Index>、

经办人：伍昕 0825-2215175

承诺办结时限：即时办结

流程图 31

参保人员参保信息查询办理流程图 (参保服务科)



现场申请地址：市本级和各县（市、区）医保服务窗口、各乡镇（街道）便民服务点、各村（社区）便民服务站、市民中心一楼 24 小时自助查询区、市民中心三楼医保自助查询机

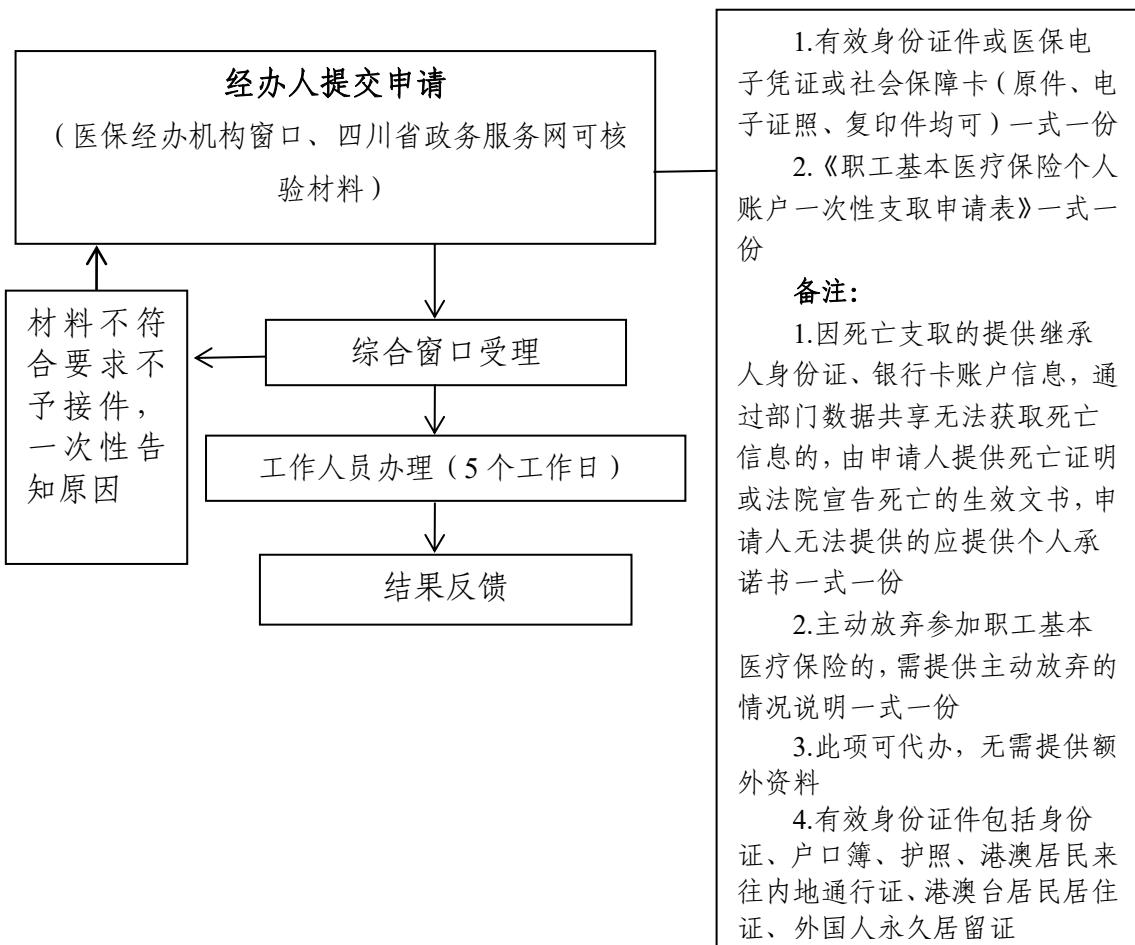
线上申请地址：[www.sczwfw.gov.cn、](http://www.sczwfw.gov.cn/)
[https://ggfw.scyb.org.cn/hsa-local-prod/web/hallEnter/#/Index、](https://ggfw.scyb.org.cn/hsa-local-prod/web/hallEnter/#/Index)

经办人：伍昕 0825-2215175

承诺办结时限：即时办结

流程图 32

参保人员个人账户一次性支取办理流程图 (参保服务科)



现场申请地址: 市民中心三楼医保服务窗口

线上申请地址: www.sczwfw.gov.cn (线上仅核验材料)

经办人: 伍昕 0825-2215175

承诺办结时限: 5 个工作日办结

职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表

支取人签字：XXX

XXXX 年 XX 月 XX 日

参保人基本情况				
姓名	XXX	身份证件号码	51XXXXXXXXXXXXXXXXXX	
支取原因	<input checked="" type="checkbox"/> 出国（境）定居 <input type="checkbox"/> 主动放弃 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 其他			
工作单位	XXXXXXXXXX			
开户银行	XXXXXXXXXX 银行			
账号	XXXXXXXXXXXXXXXXXX			
继承人（代表人）基本情况				
姓名	XXX	与参保人关系	XX 关系	
身份证件号码	51XXXXXXXXXXXXXXXXXX	联系电话	139XXXXXX	
常住地址	X 市 X 区 X 路 X 号	工作单位	XXXXXX	
开户银行	XXXXXXXXXX 银行			
账号	XXXXXXXXXXXXXXXXXX			
经协商，由 <u>XXX</u> 代表全部继承人办理支取业务，有关款项汇入 _____ 名下银行账户，分配事宜自行解决，由此产生的法律纠纷由代表人自行负责。				
签字：XXX XXXX 年 XX 月 XX 日				
被委托人基本情况（如无被委托人，无需填写）				
姓名	XXX	身份证件号码	51XXXXXXXXXXXXXXXXXX	联系电话
备注				

个人承诺书

本人_张 x x --- (身份证件号码: XXXXXXXXXXXXXXXXXX),
办理_XXXXXX 业务。因个人原因无法提供 XXXXXX 证明, 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, 由
此产生的一切法律责任均由本人承担。

联系电话: XXXXXXXX

通讯地址: x x 市 x x 街道

承诺人(签名、指印): 张 x x

年 月 日

情况说明

本人_张 x x --- (身份证件号码: XXXXXXXXXXXXXXXXXX), 办理
_XXXXXX 业务。因 XXXXXX 原因主动放弃参加遂宁市城镇职工基
本医疗保险。所述信息真实、准确、完整、有效, 由此产生的一
切法律责任均由本人承担。

联系电话: XXXXXXXX

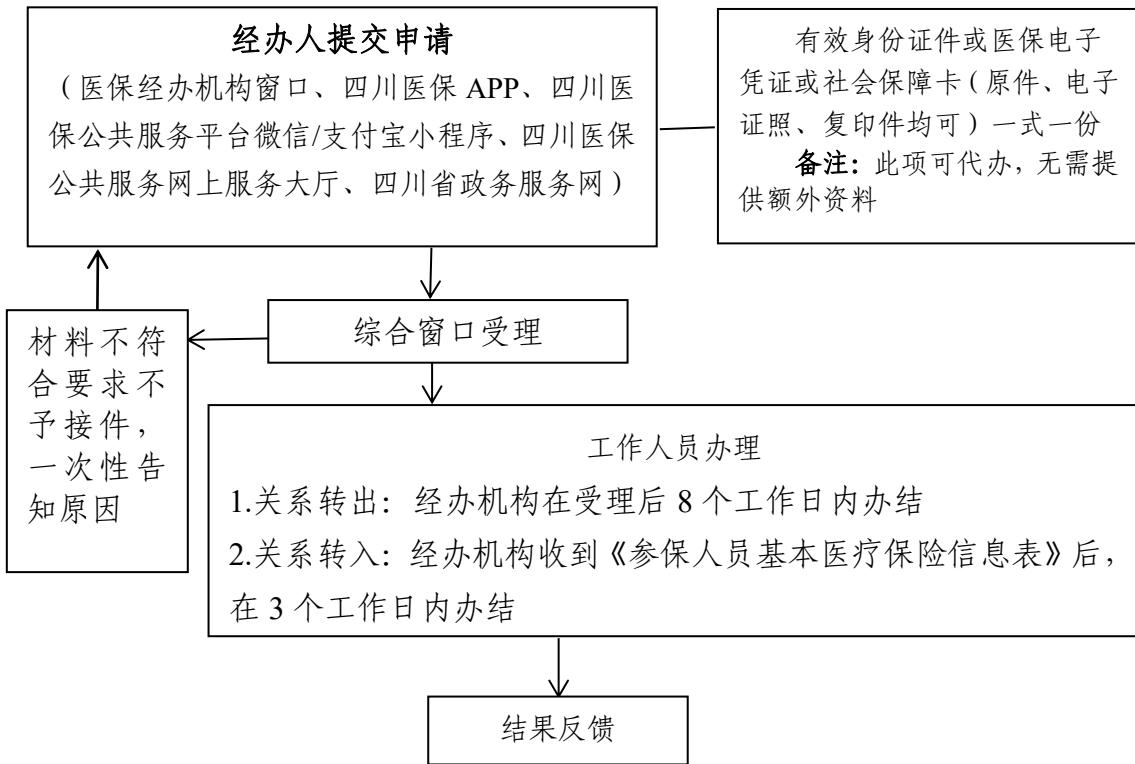
通讯地址: x x 市 x x 街道

说明人(签名、指印): 张 x x

年 月 日

流程图 33

基本医疗保险关系转移接续办理流程图 (参保服务科)



现场申请地址：市本级和各县（市、区）医保服务窗口；

线上申请地址：www.sczfwf.gov.cn、

<https://ggfw.scyb.org.cn/hsa-local-prod/web/hallEnter/#/Index>、

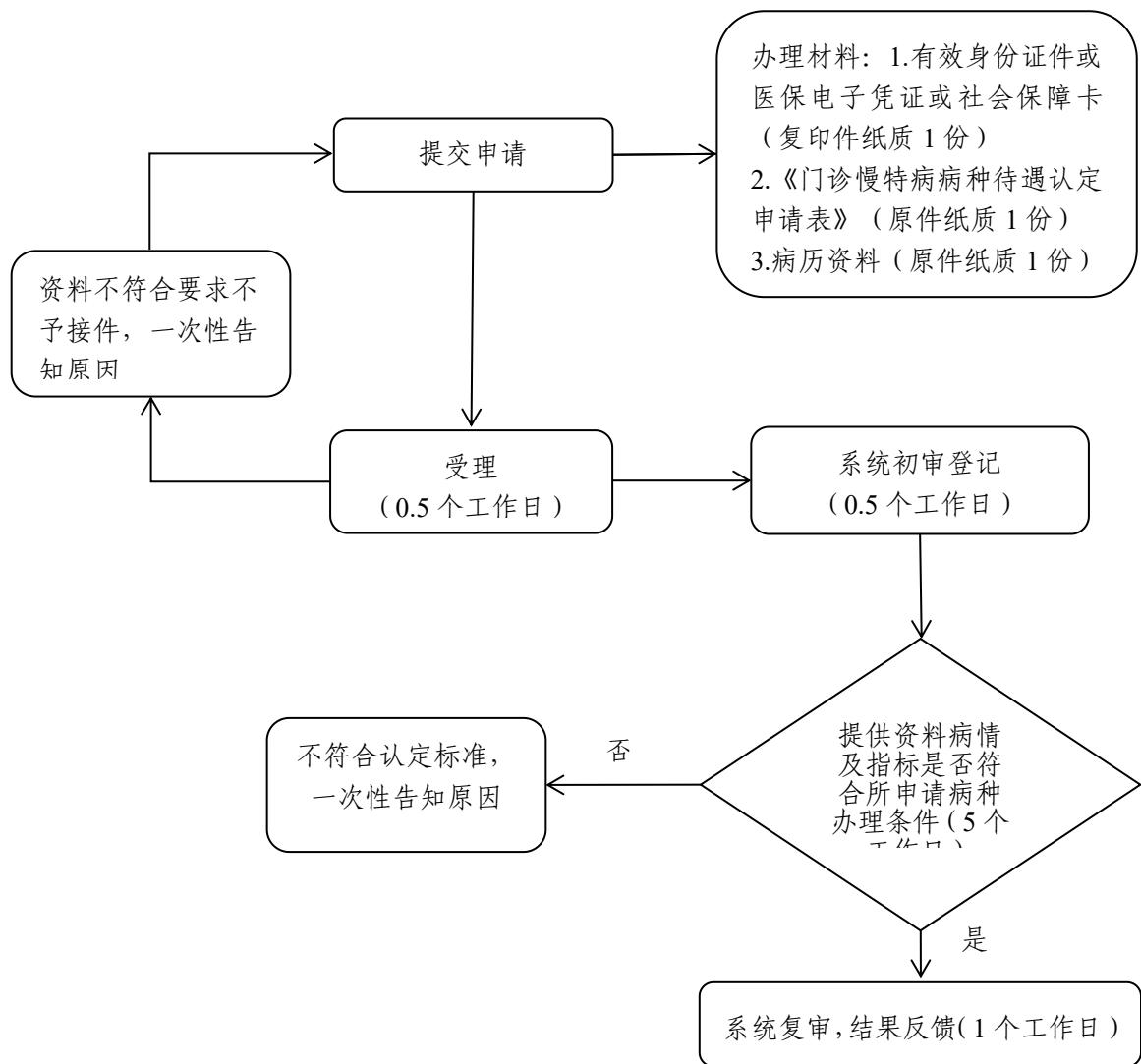
经办人：伍昕 0825-2215175

承诺办结时限：1.关系转出：经办机构在受理后 8 个工作日内办结

2.关系转入：经办机构收到《参保人员基本医疗保险信息表》后，
在 3 个工作日内办结

流程图 34

基本医疗保险参保人员享受门诊慢特病病种待遇认定 (审核与支付科)



现场申请地址: 市民中心三楼医保服务窗口、市内二级甲等及以上定点医疗机构
经办人: 伍昕 0825-2215175

窗口咨询电话: 市本级 0825-2215175

承诺办结时限: 7个工作日

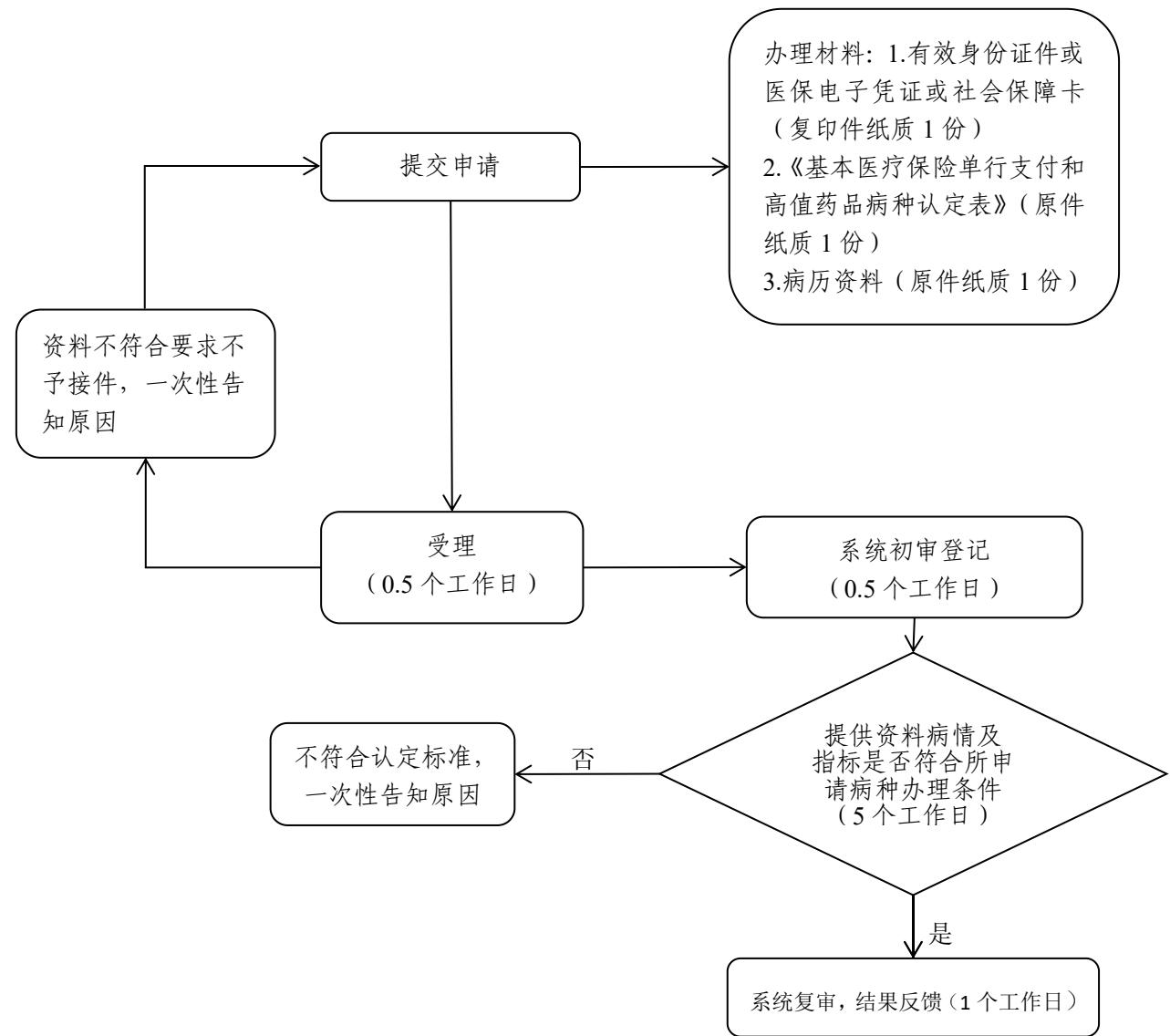
备注: 此项可代办, 无需提供额外资料

门诊慢特病病种待遇认定申请表

姓名	XXX	性别	X	年龄	XX 岁	<input checked="" type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 城乡居民医保
身份证件号码	51XXXXXXXXXXXXXX			联系电话	139XXXXXXX	
选择定点医院	XXXXX 医院					
申请认定的病种名称	XXXXXXXXXX					
申请人签名： XXX 申请时间：XXXX 年 XX 月 XX 日						
认 定 结 果						
认定通过的病种（符合诊断标准项目）：				认定通过的病种（符合诊断标准项目）：		
认定医师签名： 认定时间： (认定医疗机构盖章)				医保经办机构经办人签名： 认定时间： (医保经办机构盖章)		
备注	1. 鼓励各地将门诊慢特病病种待遇认定下沉到符合要求的定点医疗机构办理； 2. 在定点医疗机构认定的，由认定医师填写认定结果；在医保经办机构认定的，由医保经办机构的经办人填写认定结果。					

流程图 35

单行支付药品、高值药品支付管理病种待遇认定 (审核与支付科)



现场申请地址: 市民中心三楼医保服务窗口、省内医保部门确定的认定定点医疗机构

经办人: 伍昕 0825-2215175

窗口咨询电话: 市本级 0825-2215175

承诺办结时限: 7 个工作日

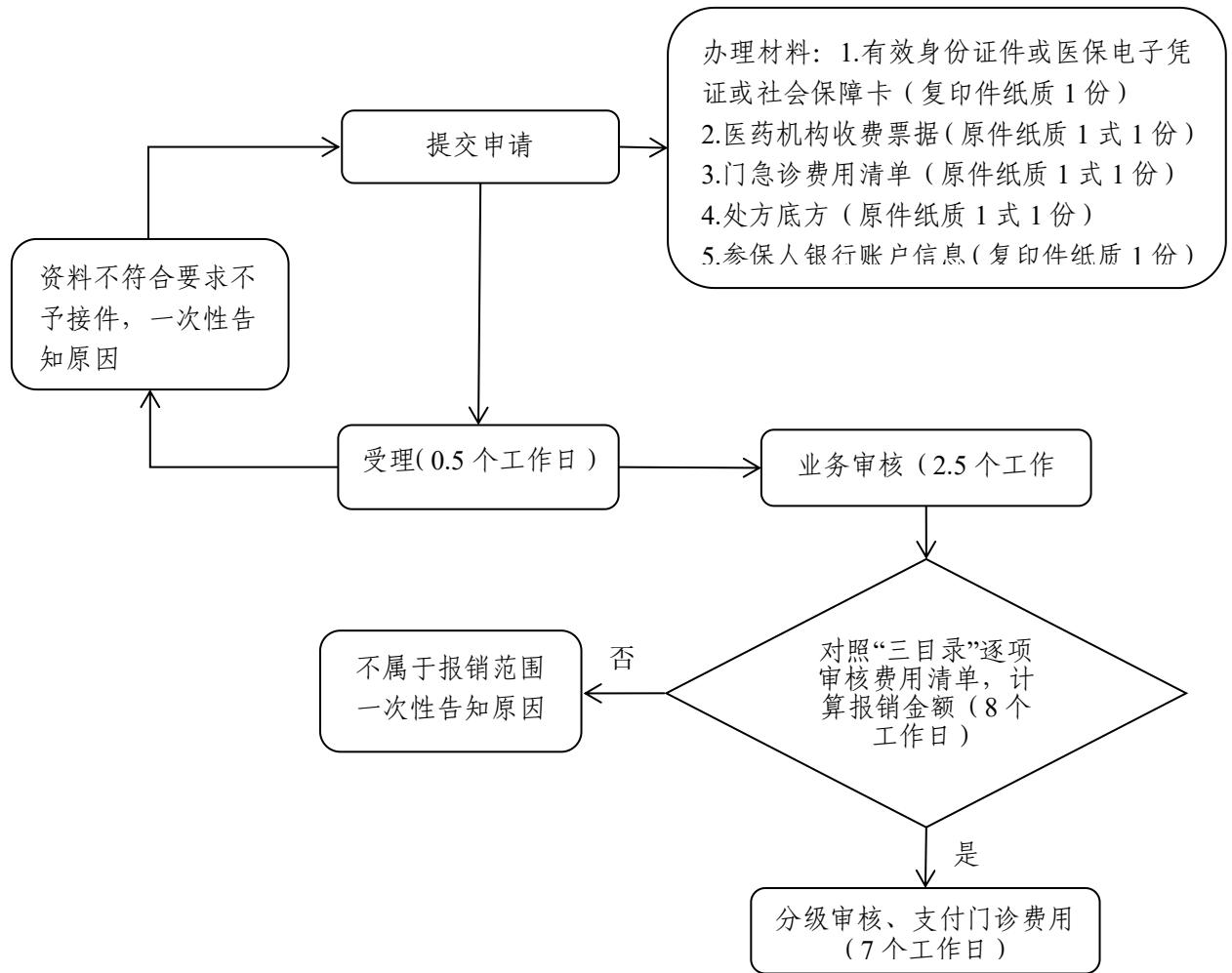
备注: 此项可代办, 无需提供额外资料

基本医疗保险单行支付和高值药品病种认定表

基本信息	患者姓名	XXX	性别	X	年龄	XX 岁	身高	XX cm	体重	XX kg	
	身份证号码	51XXXXXXXXXXXXXX			单位名称		XXXXXXXXXX				
	认定机构名称	XXXXXXXXXX 医院			患者参保地		遂宁市				
	申请认定的病种: XXXXXXXXX										
认定机构意见	认定通过的病种:							认定医生: 年 月 日			
	认定生效时间: 年 月 日										
	建议治疗方案			填写说明				(认定机构盖章)			
	药品通用名										
	药品商品名										
	剂量				单次用药剂量						
	频次				如: 每日一次、每周两次等						
	给药途径				如: 口服、静脉注射						
办理说明	1.通过病种认定的参保人员,应及时到治疗机构申请治疗,病种认定信息长期有效,治疗期间需要更换药品的,应重新申请病种认定; 2.治疗期间因病情变化调整用药量的,需将调整原因和相关佐证资料上传特药系统; 3.此表需具有认定资格的医师填写,可打印(或复印)给参保人员留存。										
患者签名	XXX		联系电话	139XXXXXXXX			联系地址	X 市 X 区 X 路 X 号			

流程图 36

门诊费用报销 (审核与支付科)



现场申请地址: 市民中心三楼医保服务窗口、各乡镇(街道)便民服务点(代办)

经办人: 伍昕 0825-2215175

窗口咨询电话: 市本级 0825-2215175

承诺办结时限: 18个工作日

备注: 此项可代办, 无需提供额外资料

外伤无第三方责任承诺书

承诺人	XXX	联系电话	139XXXXXXXX
证件类型	身份证	证件号码	51XXXXXXXXXXXXXXXXXX
承诺事项	外伤无第三方责任		

承诺内容：

本人同意授权 XXXXXXX 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 XXXXXXX 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 XXXX 年 XX 月 XX 日 XX 时在 X 市 X 区 X 路 X 号（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）：XXX

日期：XXXX 年 XX 月 XX 日

个人承诺书

本 人 XXX (身 份 证 件 号 码 :
51XXXXXXXXXXXXXX) , 办理 XXXXXX 业务。
因个人原因无法提供 XXXXXXXXXXXXXX (填写办理事
料名称) , 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, 由此产生的一切法律责任均由本人承担。

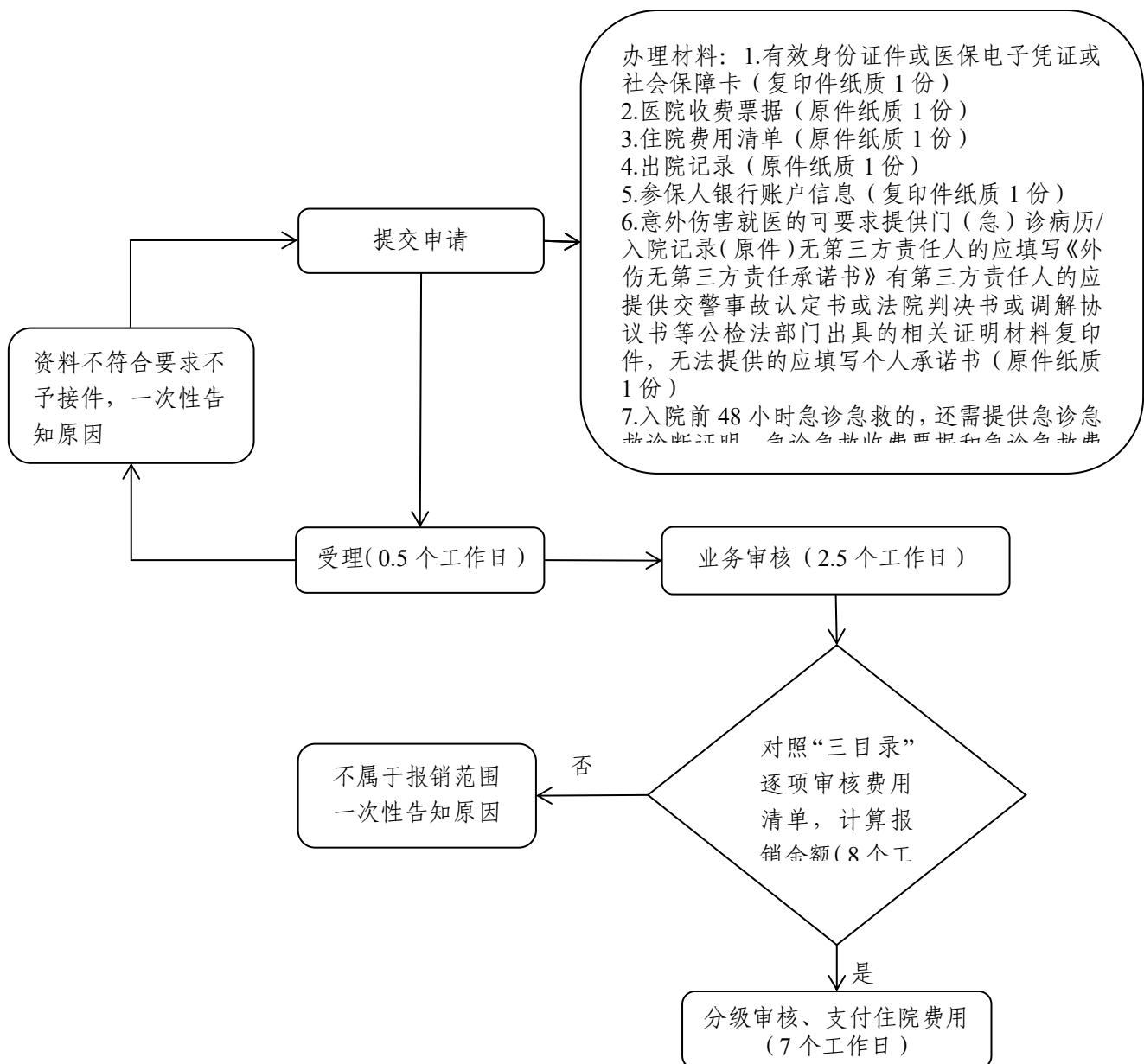
联系电话: 139XXXXXXXX

通讯地址: X 市 X 区 X 路 X 号

承诺人 (签名、指印) : XXX
XXXX 年 XX 月 XX 日

流程图 37

住院费用报销 (审核与支付科)



现场申请地址:市民中心三楼医保服务窗口、各乡镇(街道)便民服务点(代办)

经办人:伍昕 0825-2215175

窗口咨询电话:市本级 0825-2215175

承诺办结时限:18个工作日

备注:此项可代办,无需提供额外资料

外伤无第三方责任承诺书

承诺人	XXX	联系电话	139XXXXXXXX
证件类型	身份证	证件号码	51XXXXXXXXXXXXXXXXXX
承诺事项	外伤无第三方责任		

承诺内容：

本人同意授权 XXXXXXX 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 XXXXXXX 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 XXXX 年 XX 月 XX 日 XX 时在 X 市 X 区 X 路 X 号（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）：XXX

日期：XXXX 年 XX 月 XX 日

个人承诺书

本 人 XXX (身 份 证 件 号 码 :
51XXXXXXXXXXXXXX) , 办理 XXXXXX 业务。
因个人原因无法提供 XXXXXXXXXXXXXX (填写办理事
料名称) , 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, 由此产生的一切法律责任均由本人承担。

联系电话: 139XXXXXXXX

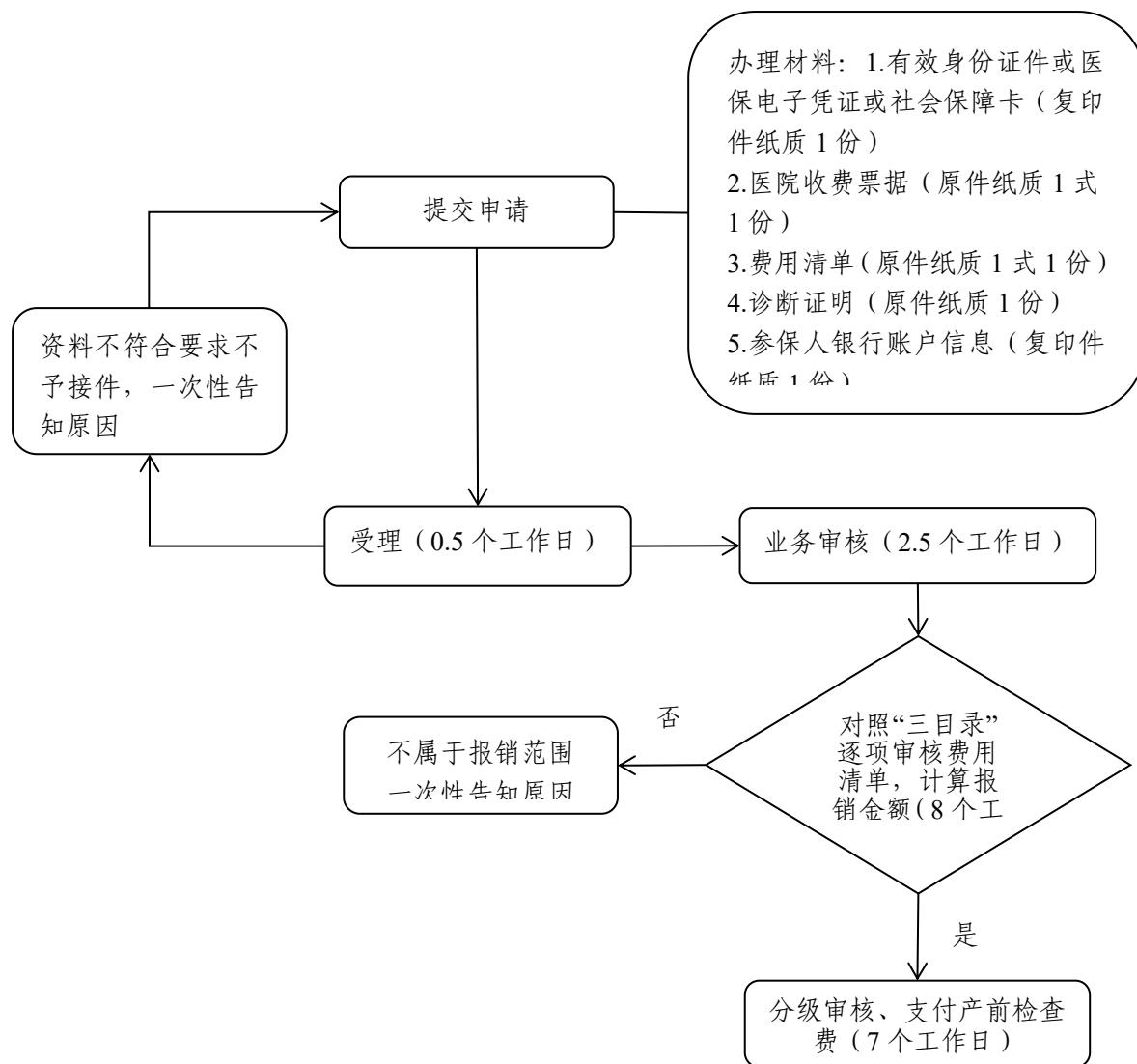
通讯地址: X 市 X 区 X 路 X 号

承诺人 (签名、指印) : XXX
XXXX 年 XX 月 XX 日

流程图 38

产前检查费支付

(审核与支付科)



现场申请地址: 市民中心三楼医保服务窗口

线上申请地址: 医保公共服务平台个人网厅、国家医保服务平台 APP 四川专区、四川医保 APP、四川医保公共服务平台微信/支付宝小程序

经办人: 伍昕 0825-2215175

窗口咨询电话: 市本级 0825-2215175

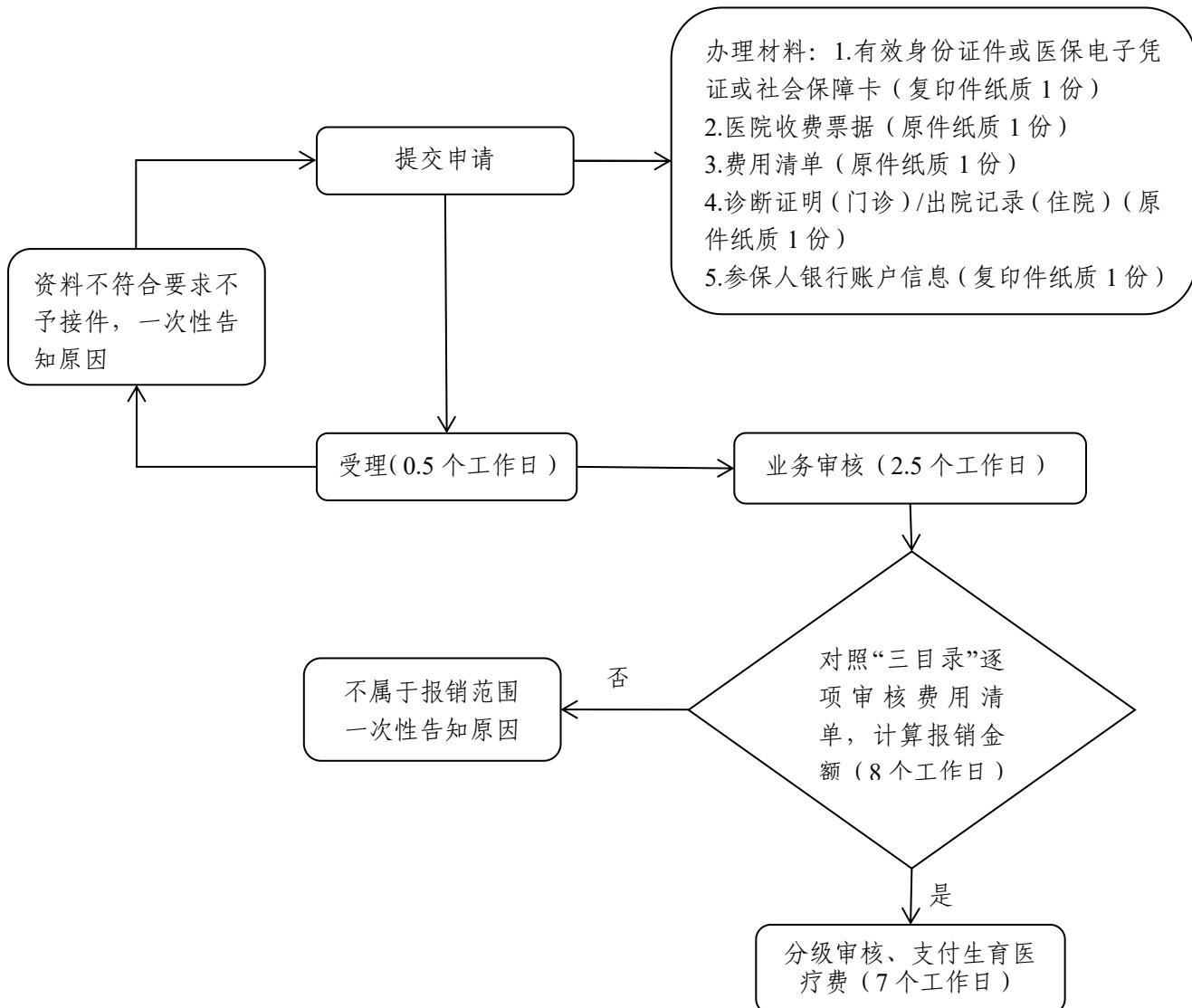
承诺办结时限: 18 个工作日

备注: 此项可代办, 无需提供额外资料

流程图 39

生育医疗费支付

(审核与支付科)



现场申请地址: 市民中心三楼医保服务窗口

线上申请地址: 医保公共服务平台个人网厅、国家医保服务平台 APP 四川专区、四川医保 APP、四川医保公共服务平台微信/支付宝小程序

经办人: 伍昕 0825-2215175

窗口咨询电话: 市本级 0825-2215175

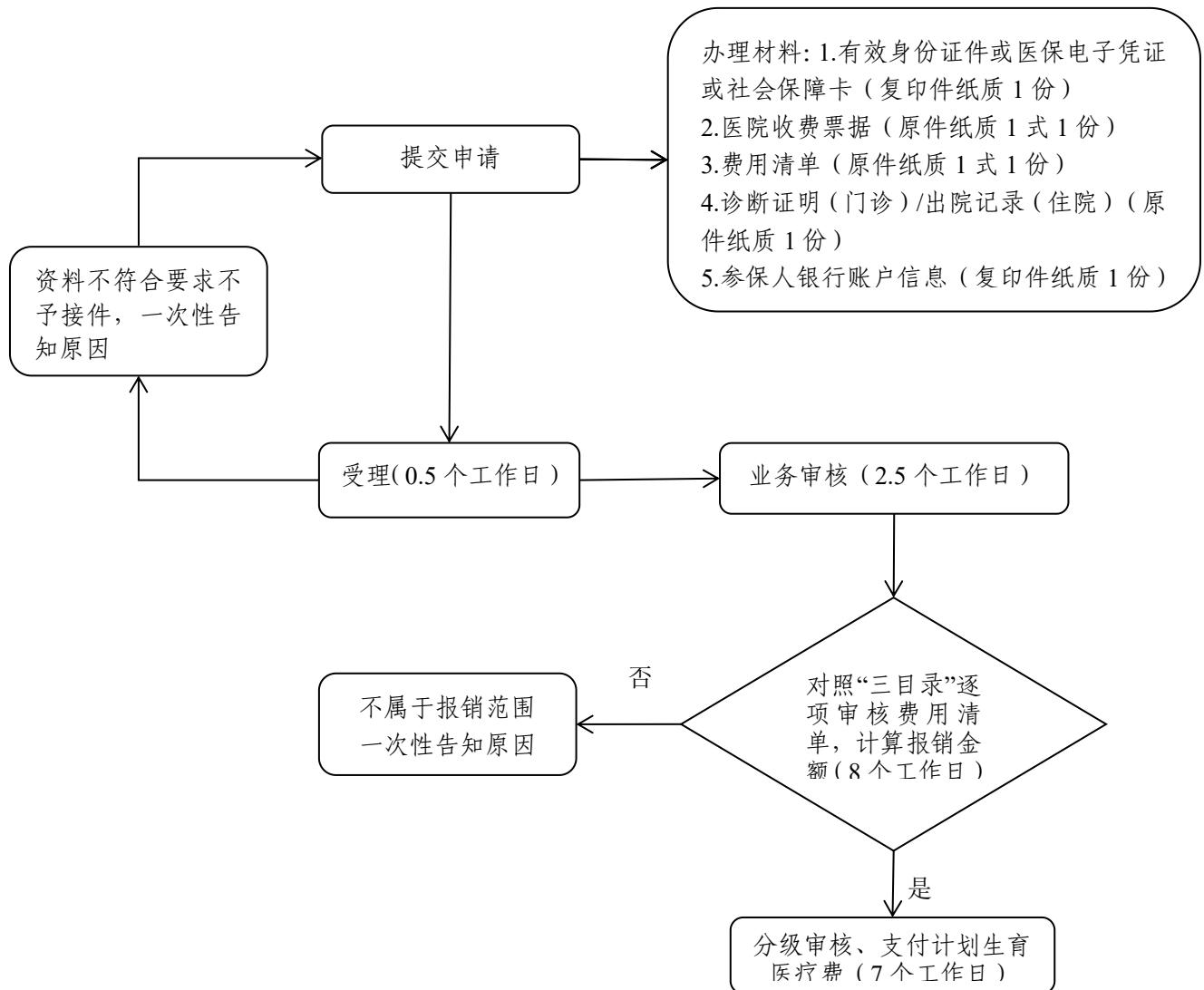
承诺办结时限: 18 个工作日

备注: 此项可代办, 无需提供额外资料

流程图 40

计划生育医疗费支付

(审核与支付科)



现场申请地址: 市民中心三楼医保服务窗口

线上申请地址: 医保公共服务平台个人网厅、国家医保服务平台 APP 四川专区、四川医保 APP、四川医保公共服务平台微信/支付宝小程序

经办人: 伍昕 0825-2215175

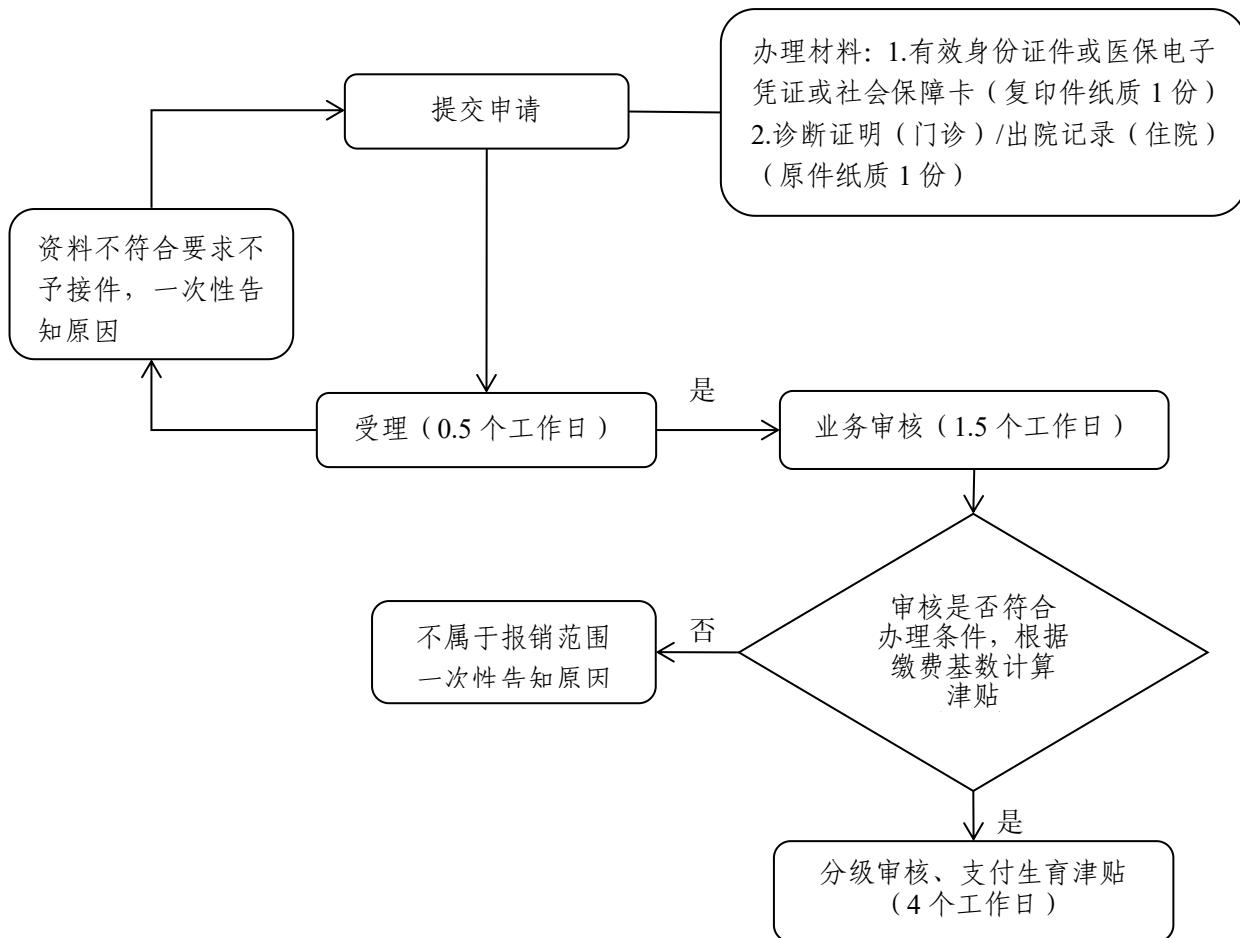
窗口咨询电话: 市本级 0825-2215175

承诺办结时限: 18 个工作日

备注: 此项可代办, 无需提供额外资料

流程图 41

生育津贴支付 (审核与支付科)

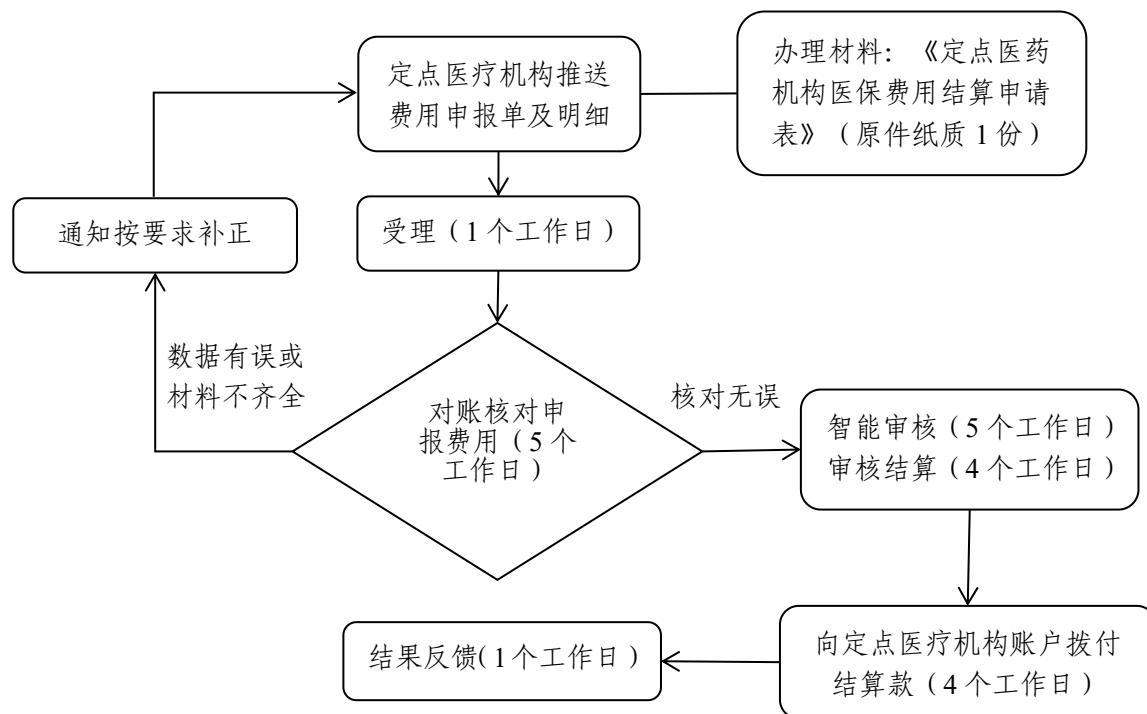


现场申请地址: 市民中心三楼医保服务窗口
线上申请地址: 医保公共服务平台单位网厅
经办人: 伍昕 0825-2215175
窗口咨询电话: 市本级 0825-2215175
承诺办结时限: 8个工作日
备注: 此项可代办, 无需提供额外资料

流程图 42

基本医疗保险定点医疗机构费用结算（本地费用）

（审核与支付科）



现场申请地址：市民中心三楼医保服务窗口

经办人：夏颖 0825-2215175

窗口咨询电话：市本级 0825-2215175

承诺办结时限：20个工作日

备注：此项可代办，无需提供额外资料

定点医药机构医保费用结算申请表

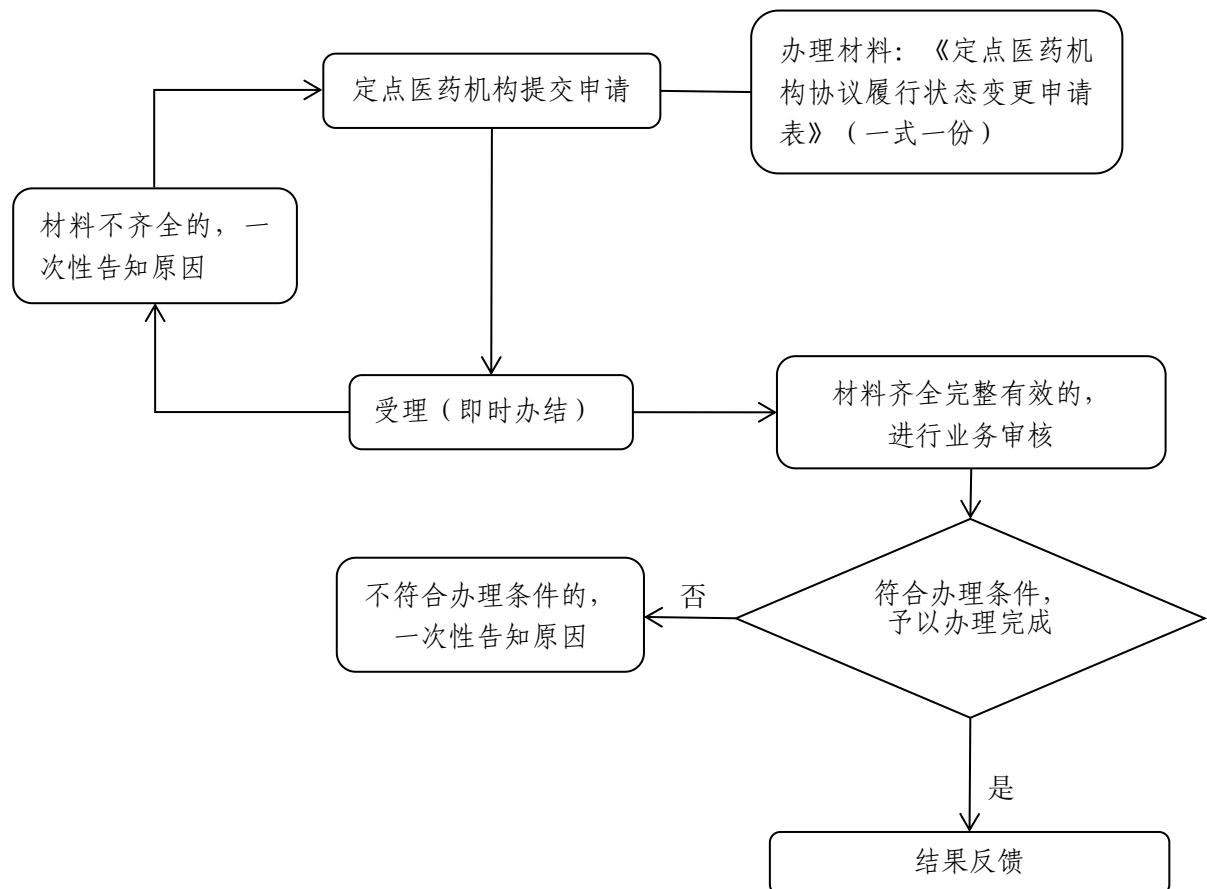
金额：元

医药机构编码	XXXXXXXXXXXXXXXXXX			医药机构名称 (盖章)	XXXXXXXXXXXXXX			
清算分中心	XXXXXXXXXXXX			结算申请 流水号	XXXXXXXXXXXXXX			
结算开始时间	XXXX 年 XX 月 XX 日		结算结束时间	XXXX 年 XX 月 XX 日		结算笔数	XXXX 笔	
结算类别	医药费用总额	医保基金支付总额	基本医疗(生育)保险基金支付金额	职工大额医疗费用补助/城乡居民大病保险基金支付金额	医疗救助资金支付金额	补充医保基金支付金额	其他基金支付金额	个人账户支付金额
职工医保	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX
城乡居民医保	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX
结算申请人	XXX			结算申请时间	XXXX 年 XX 月 XX 日			

流程图 43

定点医药机构申请中止/终止协议管理

(医药服务稽核科)



现场申请地址：市民中心三号花瓣三楼医保服务窗口

经办人：蒋华佳 0825-2658372

业务办理及咨询电话：市本级 0825-2378733

承诺办理时限：即时办结

定点医药机构协议履行状态变更申请表

单位名称（公章）：

填表时间：2024年5月6日

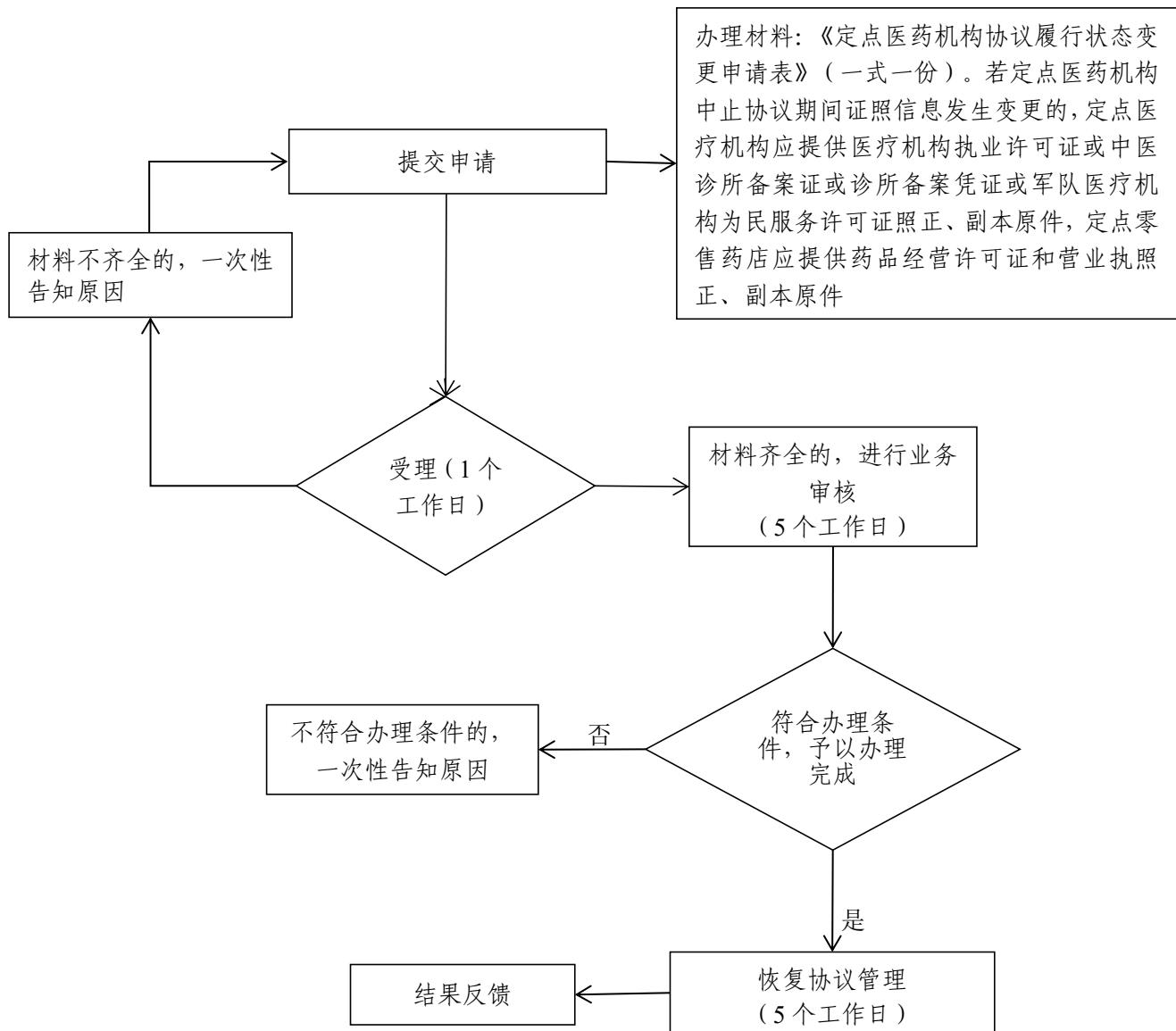
医药机构名称	XX 大药房	
统一社会信用代码	00000000000000000000	
医药机构医保编码	P000000000000	
协议履行状态变更类型		
□中止协议	中止协议起止时间	2024年5月10日至2025年6月10日
	中止原因	
□终止协议	终止协议起始时间	年月日起
	终止原因	
□恢复协议	恢复协议起始时间	年月日起
定点医药机构 经办人	姓名	张三
	联系电话	13900000000
医保经办机构 审核意见	经办人：(受理部门盖章) 年月日	

重要提示：按照《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）、《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第3号）规定：定点医药机构中止医保协议时间原则上不得超过180日，超过180日未提出继续履行医保协议申请的，原则上医保协议自动终止。

流程图 44

定点医药机构恢复协议管理流程图

(医药服务稽核科)



现场申请地址:市民中心三号花瓣三楼医保服务窗口,各乡镇(街道)便民服务中心(资料初审,代办)

经办人:蒋华佳 0825-2658372

业务办理及咨询电话:市本级 0825-2378733

承诺办理时限:10个工作日

定点医药机构协议履行状态变更申请表

单位名称（公章）：

填表时间：2024年5月6日

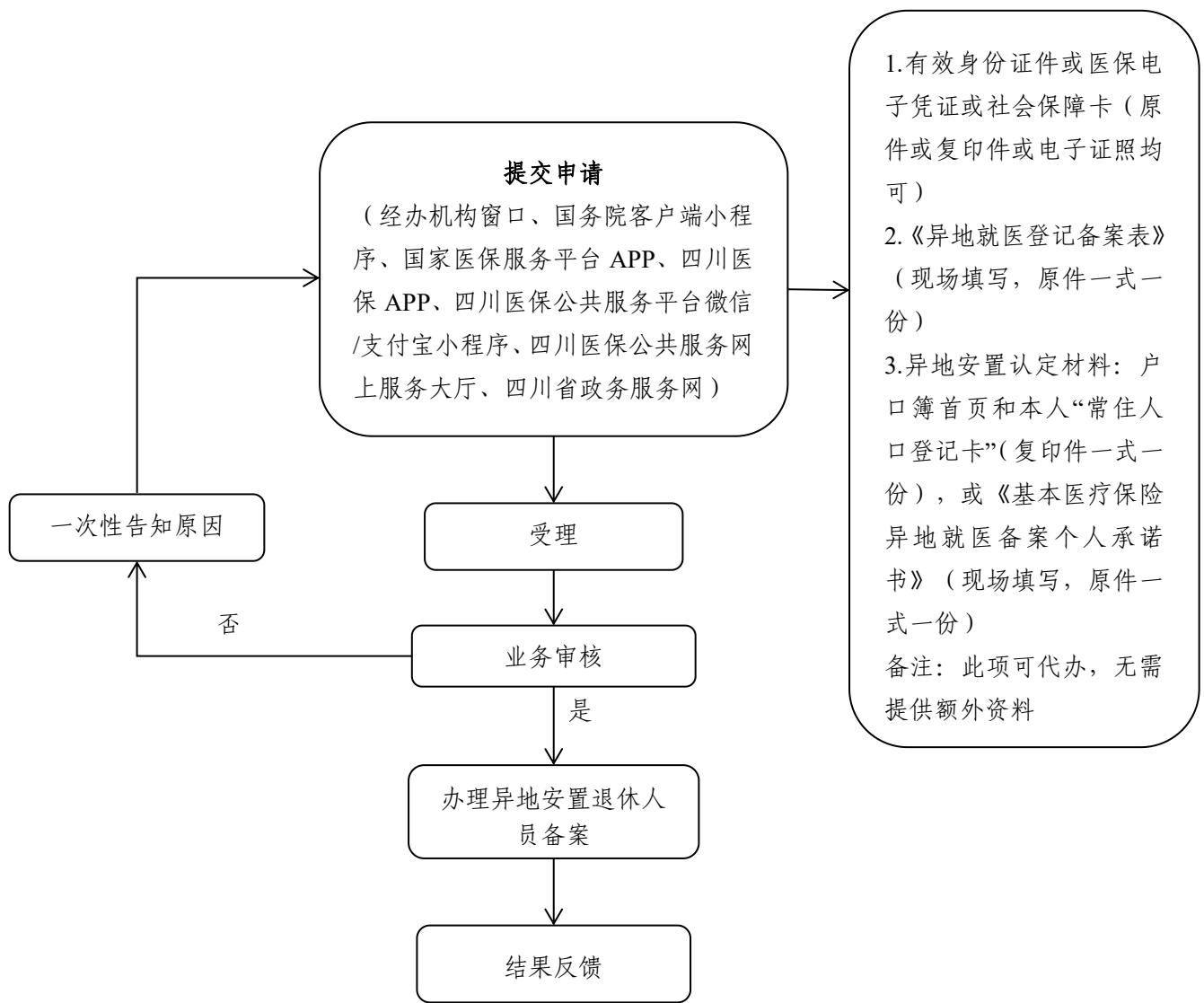
医药机构名称	XX 大药房	
统一社会信用代码	00000000000000000000	
医药机构医保编码	P000000000000	
协议履行状态变更类型		
□中止协议	中止协议起止时间	2024年-年 5月 10 日至 2025年 6月 10 日
	中止原因	
□终止协议	终止协议起始时间	年 月 日起
	终止原因	
□恢复协议	恢复协议起始时间	年 月 日起
定点医药机构经办人	姓名	张三
	联系电话	13900000000
医保经办机构审核意见	经办人： (受理部门盖章) 年 月 日	

重要提示：按照《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）、《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第3号）规定：定点医药机构中止医保协议时间原则上不得超过180日，超过180日未提出继续履行医保协议申请的，原则上医保协议自动终止。

流程图 45

异地安置退休人员备案

(异地就医结算科)



现场办理地址：市民中心三楼医保服务窗口、各县（市、区）医保经办机构服务窗口、各乡镇（街道）便民服务点

线上办理地址：<https://ggfw.scyb.org.cn/hsa-local-prod/web/hallEnter/#/Index>、
<http://sns.sczwfw.gov.cn/?areaCode=510900000000>

经办人：伍昕、李佳，0825-2215175

业务咨询及办理电话：市本级：0825-2215175

承诺办理时限：即时办结

遂宁市（州）异地就医登记备案表

姓名	XXX	性别	X	险种	1. 职工医保 2. 居民医保
人员类别	✓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
身份证件号码	51XXXXXXXXXXXXXX				
参保地	XXX	异地联系地址	X省 X市 X区 X路 X号		
联系电话 1	139XXXXXXXX	联系电话 2	139XXXXXXXX		
转往省 (市、区)	XX省	转往地区 (市、州)	XX市		

温馨提示

- 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。
- 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。
- 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。
- 异地急诊抢救人员视同已备案。
- 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。
- 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。

本人 (被委托人) 签名	XXX	填表日期	XXXX 年 XX 月 XX 日
--------------------	-----	------	------------------

经办机构：

联系电话：

经办人：

经办日期：

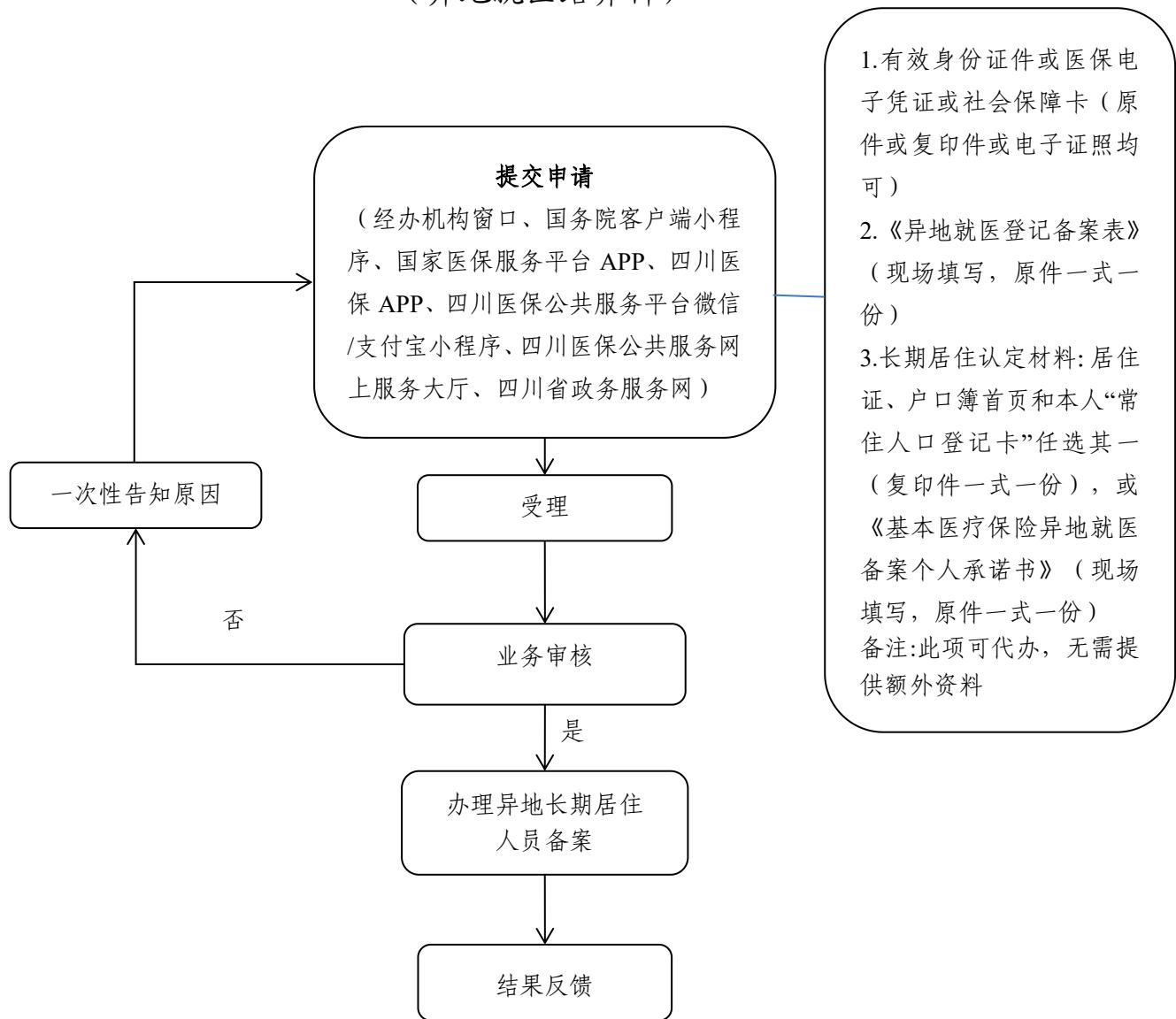
基本医疗保险异地就医备案个人承诺书

姓名	XXX	性别	X	联系电话	139XXXXXXXX
身份证件号码	51XXXXXXXXXXXXXXXXXX	参保地	遂宁市	就医地	XX市
人员类别	<input checked="" type="checkbox"/> 异地长期居住人员 <input type="checkbox"/> 临时外出就医人员	<input checked="" 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： 1. 参保地请选择“遂宁市”，备案地应选择市（州）一级（但北京、天津、上海、重庆、海南、西藏和新疆生产建设兵团就需备案到直辖市和省级）。 2. 跨省异地长期居住备案适用于退休异地安置、长期异地居住、长驻异地工作等长期在省外居住、生活、工作的人员。长期居住备案需提供的材料：①异地安置请提供“户口本首页”和本人“常住人口登记卡”页或个人承诺书；②长期居住请提供居住证或个人承诺书；③长驻异地工作请提供（参保地工作派出证明、异地工作单位证明、工作合同任选其一）或个人承诺书。 3. 跨省临时外出就医备案适用于转诊转院、非急诊且未转诊的其他临时异地就医人员。临时备案需提供的备案材料：①转诊转院请提供具有转诊资质的定点医疗机构开具的转诊转院证明资料；②非急诊且未转诊的其他临就医请提供入院记录。急诊抢救人员由医院标记“急诊抢救”，或按“急诊住院”办理医保登记，参保地视同已备案，参保人无需单独备案。 4. 办理长期异地就医备案登记的，一次备案长期有效，原则6个月内不得变更备案地；办理临时异地就医备案登记，有效期6个月，6个月内可多次结算；备案时请注意，如果已经入院，一定要把备案开始日期选择到入院当天或前一天。 5. 跨省异地就医直接结算执行“就医地目录”和参保地起付标准、封顶线及报销比例。 9. 未尽事项，或有不清楚之处，请电话联系（请按参保地归属地致电）：市本级 0825-2215175 转2号键；船山区 0825-5182511；安居区 0825-8663419 或 0825-3170012；射洪县 0825-6193008；蓬溪县职工 0825-5391559，蓬溪县居民 0825-5434586；大英县职工 0825-7801268，大英县居民 0825-7820832。					
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）： XXX XXXX年XX月XX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。				

流程图 46

异地长期居住人员备案

(异地就医结算科)



现场办理地址:市民中心三楼医保服务窗口、各县(市、区)医保经办机构服务窗口、各乡镇(街道)便民服务点

线上办理地址: <https://ggfw.scyb.org.cn/hsa-local-prod/web/hallEnter/#/Index>、
<http://sns.sczwfw.gov.cn/?areaCode=510900000000>

经办人:伍昕、李佳, 0825-2215175

业务咨询及办理电话:市本级: 0825-2215175

承诺办理时限:即时办结

遂宁市（州）异地就医登记备案表

姓名	XXX	性别	X	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 ✓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
身份证件号码	51XXXXXXXXXXXXXX				
参保地	XXX	异地联系地址	X省 X市 X区 X路 X号		
联系电话 1	139XXXXXXXX	联系电话 2	139XXXXXXXX		
转往省 (市、区)	XX省	转往地区 (市、州)	XX市		
<p style="text-align: center;">温馨提示</p> <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	XXX	填表日期	XXXX年XX月XX日		

经办机构：

联系电话：

经办人：

经办日期：

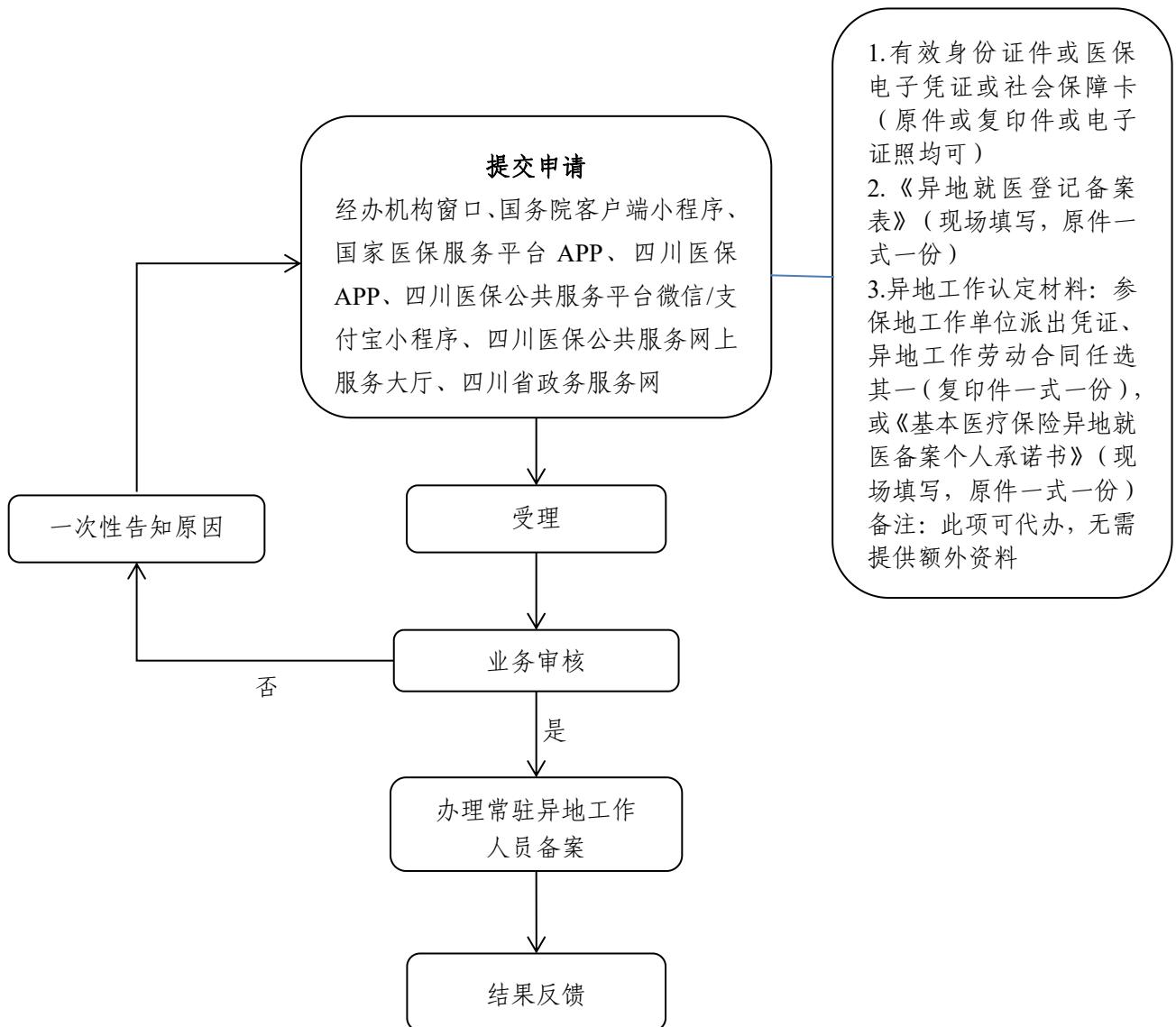
基本医疗保险异地就医备案个人承诺书

姓名	XXX	性别	X	联系电话	139XXXXXXXX
身份证件号码	51XXXXXXXXXXXXXX		参保地	遂宁市	就医地 XX 市
人员类别	<input checked="" 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 checked="" 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		
<p>参保地异地就医备案告知书：</p> <ol style="list-style-type: none">参保地请选择“遂宁市”，备案地应选择市（州）一级（但北京、天津、上海、重庆、海南、西藏和新疆生产建设兵团就需备案到直辖市和省级）。跨省异地长期居住备案适用于退休异地安置、长期异地居住、长驻异地工作等长期在省外居住、生活、工作的人员。长期居住备案需提供的材料：①异地安置请提供“户口本首页”和本人“常住人口登记卡”页或个人承诺书；②长期居住请提供居住证或个人承诺书；③长驻异地工作请提供（参保地工作派出证明、异地工作单位证明、工作合同任选其一）或个人承诺书。跨省临时外出就医备案适用于转诊转院、非急诊且未转诊的其他临时异地就医人员。临时备案需提供的备案材料：①转诊转院请提供具有转诊资质的定点医疗机构开具的转诊转院证明资料；②非急诊且未转诊的其他临就医请提供入院记录。急诊抢救人员由医院标记“急诊抢救”，或按“急诊住院”办理医保登记，参保地视同已备案，参保人无需单独备案。办理长期异地就医备案登记的，一次备案长期有效，原则 6 个月内不得变更备案地；办理临时异地就医备案登记，有效期 6 个月，6 个月内可多次结算；备案时请注意，如果已经入院，一定要把备案开始日期选择到入院当天或前一天。跨省异地就医直接结算执行“就医地目录”和参保地起付标准、封顶线及报销比例。 <p>9. 未尽事项，或有不清楚之处，请电话联系（请按参保地归属地致电）：市本级 0825-2215175 转 2 号键；船山区 0825-5182511；安居区 0825-8663419 或 0825-3170012；射洪县 0825-6193008；蓬溪县职工 0825-5391559，蓬溪县居民 0825-5434586；大英县职工 0825-7801268，大英县居民 0825-7820832。</p>					
<p>承诺事项：</p> <p>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。</p>					
<p>承诺人（签名、指印）： XXX XXXX 年 XX 月 XX 日</p>					
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。				

流程图 47

常驻异地工作人员备案

(异地就医结算科)



现场办理地址：市民中心三楼医保服务窗口、各县（市、区）医保经办机构服务窗口、各乡镇（街道）便民服务点

线上办理地址：<https://ggfw.scyb.org.cn/hsa-local-prod/web/hallEnter/#/Index>、
<http://sns.sczwfw.gov.cn/?areaCode=510900000000>

经办人：伍昕、李佳，0825-2215175

业务咨询及办理电话：市本级：0825-2215175

承诺办理时限：即时办结

遂宁市（州）异地就医登记备案表

姓名	XXX	性别	X	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 ✓ 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		
身份证件号码	51XXXXXXXXXXXXXX				
参保地	XXX	异地联系地址	X省 X市 X区 X路 X号		
联系电话 1	139XXXXXXXX	联系电话 2	139XXXXXXXX		
转往省 (市、区)	XX省	转往地区 (市、州)	XX市		
<p style="text-align: center;">温馨提示</p> <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	XXX	填表日期	XXXX年XX月XX日		

经办机构:

联系电话:

经办人:

经办日期:

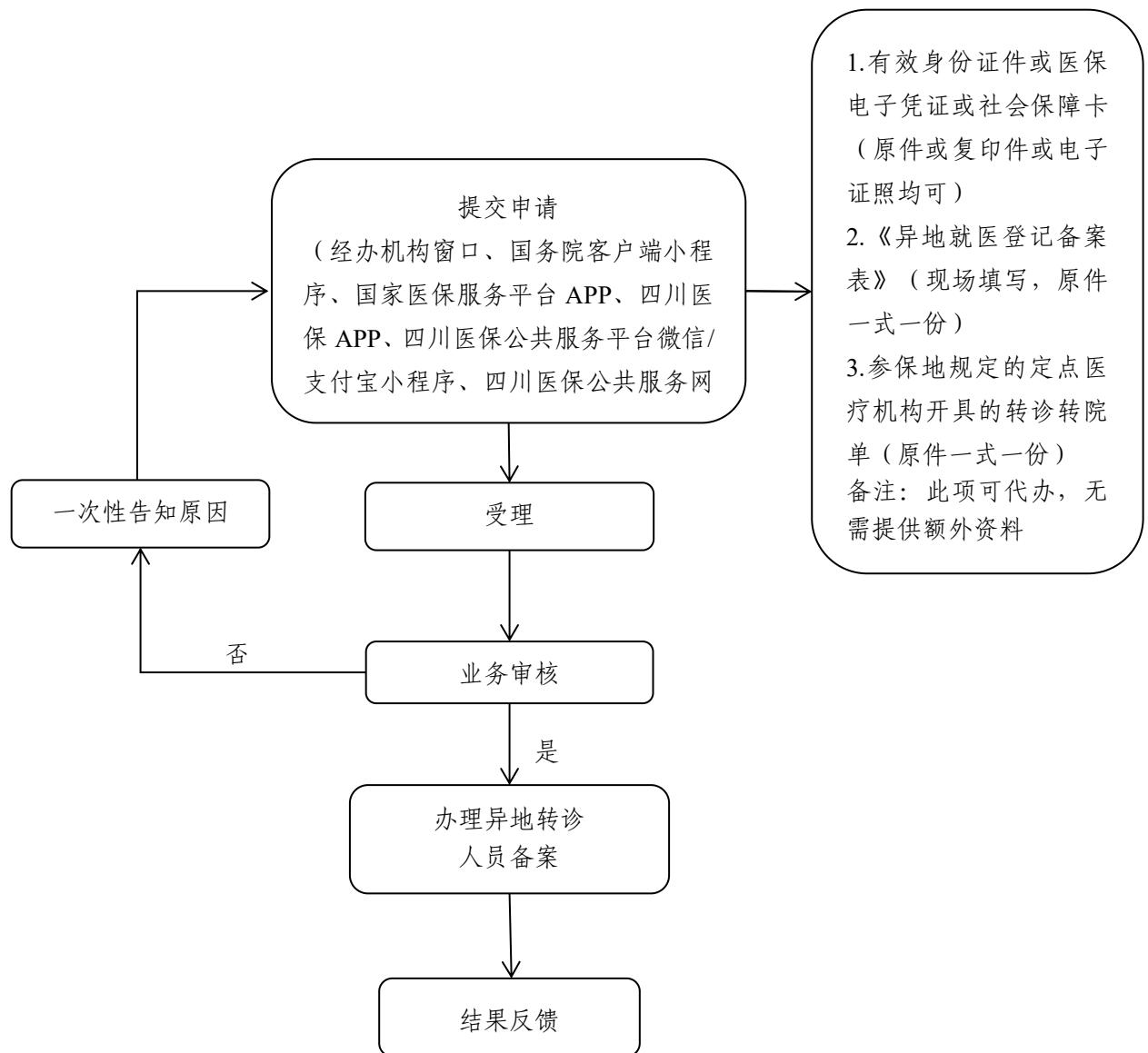
基本医疗保险异地就医备案个人承诺书

姓名	XXX	性别	X	联系电话	139XXXXXXXX
身份证件号码	51XXXXXXXXXXXXXX		参保地	遂宁市	就医地 XX 市
人员类别	<input checked="" 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 checked="" 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： <p>1. 参保地请选择“遂宁市”，备案地应选择市（州）一级（但北京、天津、上海、重庆、海南、西藏和新疆生产建设兵团就需备案到直辖市和省级）。</p> <p>2. 跨省异地长期居住备案适用于退休异地安置、长期异地居住、长驻异地工作等长期在省外居住、生活、工作的人员。长期居住备案需提供的材料：①异地安置请提供“户口本首页”和本人“常住人口登记卡”页或个人承诺书；②长期居住请提供居住证或个人承诺书；③长驻异地工作请提供（参保地工作派出证明、异地工作单位证明、工作合同任选其一）或个人承诺书。</p> <p>3. 跨省临时外出就医备案适用于转诊转院、非急诊且未转诊的其他临时异地就医人员。临时备案需提供的备案材料：①转诊转院请提供具有转诊资质的定点医疗机构开具的转诊转院证明资料；②非急诊且未转诊的其他临就医请提供入院记录。急诊抢救人员由医院标记“急诊抢救”，或按“急诊住院”办理医保登记，参保地视同已备案，参保人无需单独备案。</p> <p>4. 办理长期异地就医备案登记的，一次备案长期有效，原则 6 个月内不得变更备案地；办理临时异地就医备案登记，有效期 6 个月，6 个月内可多次结算；备案时请注意，如果已经入院，一定要把备案开始日期选择到入院当天或前一天。</p> <p>5. 跨省异地就医直接结算执行“就医地目录”和参保地起付标准、封顶线及报销比例。</p> <p>9. 未尽事项，或有不清楚之处，请电话联系（请按参保地归属地致电）：市本级 0825-2215175 转 2 号键；船山区 0825-5182511；安居区 0825-8663419 或 0825-3170012；射洪县 0825-6193008；蓬溪县职工 0825-5391559，蓬溪县居民 0825-5434586；大英县职工 0825-7801268，大英县居民 0825-7820832。</p>					
承诺事项： <p>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。</p>					
承诺人（签名、指印）：XXX XXXX 年 XX 月 XX 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。				

流程图 48

异地转诊人员备案

(异地就医结算科)



现场办理地址：市民中心三楼医保服务窗口、各县（市、区）医保经办机构服务窗口、各乡镇（街道）便民服务点

线上办理地址：<https://ggfw.scyb.org.cn/hsa-local-prod/web/hallEnter/#/Index>、
<http://sns.sczwfw.gov.cn/?areaCode=510900000000>

经办人：伍昕、李佳，0825-2215175

业务咨询及办理电话：市本级：0825-2215175

承诺办理时限：即时办结

遂宁市（州）异地就医登记备案表

姓名	XXX	性别	X	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 ✓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		
身份证件号码	51XXXXXXXXXXXXXX				
参保地	XXX	异地联系地址	X省 X市 X区 X路 X号		
联系电话 1	139XXXXXXXX	联系电话 2	139XXXXXXXX		
转往省 (市、区)	XX省	转往地区 (市、州)	XX市		
<p style="text-align: center;">温馨提示</p> <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	XXX	填表日期	XXXX年XX月XX日		

经办机构:

联系电话:

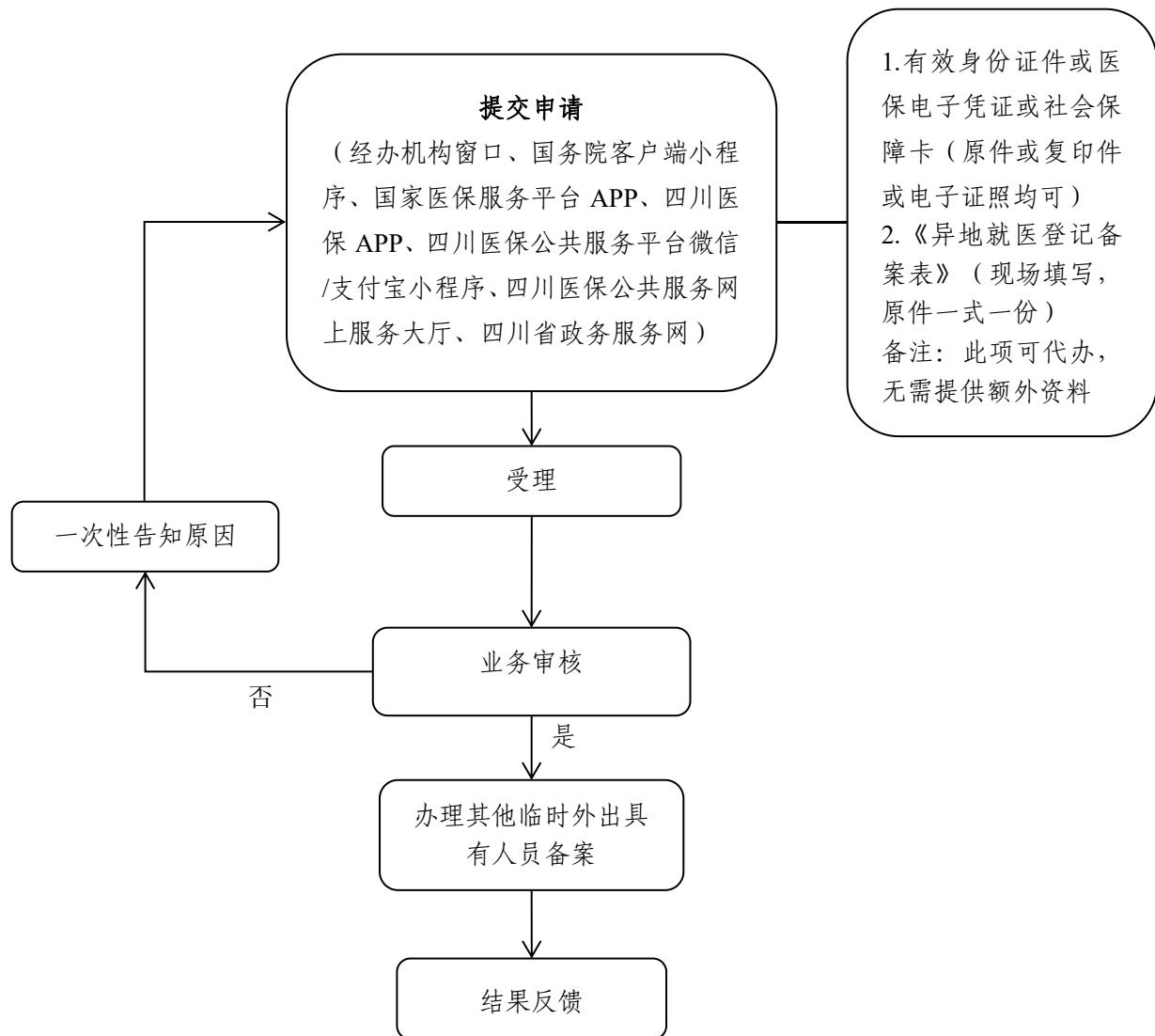
经办人:

经办日期:

流程图 49

其他临时外出就医人员备案

(异地就医结算科)



现场办理地址：市民中心三楼医保服务窗口、各县（市、区）医保经办机构服务窗口、各乡镇（街道）便民服务点

线上办理地址：<https://ggfw.scyb.org.cn/hsa-local-prod/web/hallEnter/#/Index>、
<http://sns.sczwfw.gov.cn/?areaCode=510900000000>

经办人：伍昕、李佳，0825-2215175

业务咨询及办理电话：市本级：0825-2215175

承诺办理时限：即时办结

遂宁市（州）异地就医登记备案表

姓名	XXX	性别	X	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 ✓其他临时外出就医人员	登记类别	新增✓ 变更		
身份证件号码	51XXXXXXXXXXXXXX				
参保地	XXX	异地联系地址	X省 X市 X区 X路 X号		
联系电话 1	139XXXXXXXX	联系电话 2	139XXXXXXXX		
转往省 (市、区)	XX省	转往地区 (市、州)	XX市		
<p style="text-align: center;">温馨提示</p> <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	XXX	填表日期	XXXX年XX月XX日		

经办机构:

联系电话:

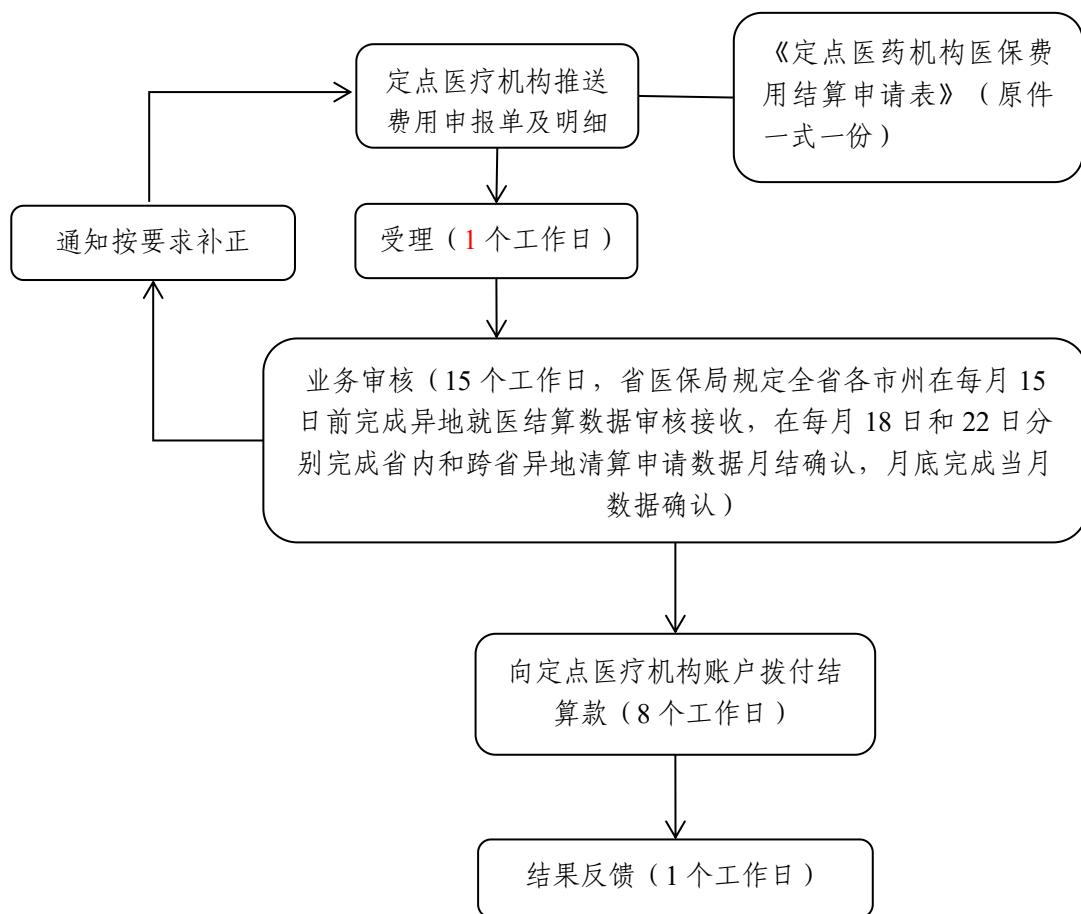
经办人:

经办日期:

流程图 50

基本医疗保险定点医疗机构费用结算-1（异地费用）

（异地就医结算科）



现场办理地址：市民中心三楼医保服务窗口

线上办理地址：四川省医疗保障信息平台（内网专线）

经办人：王泾洲 0825-2241988

业务咨询及办理电话：市本级：0825-2215175

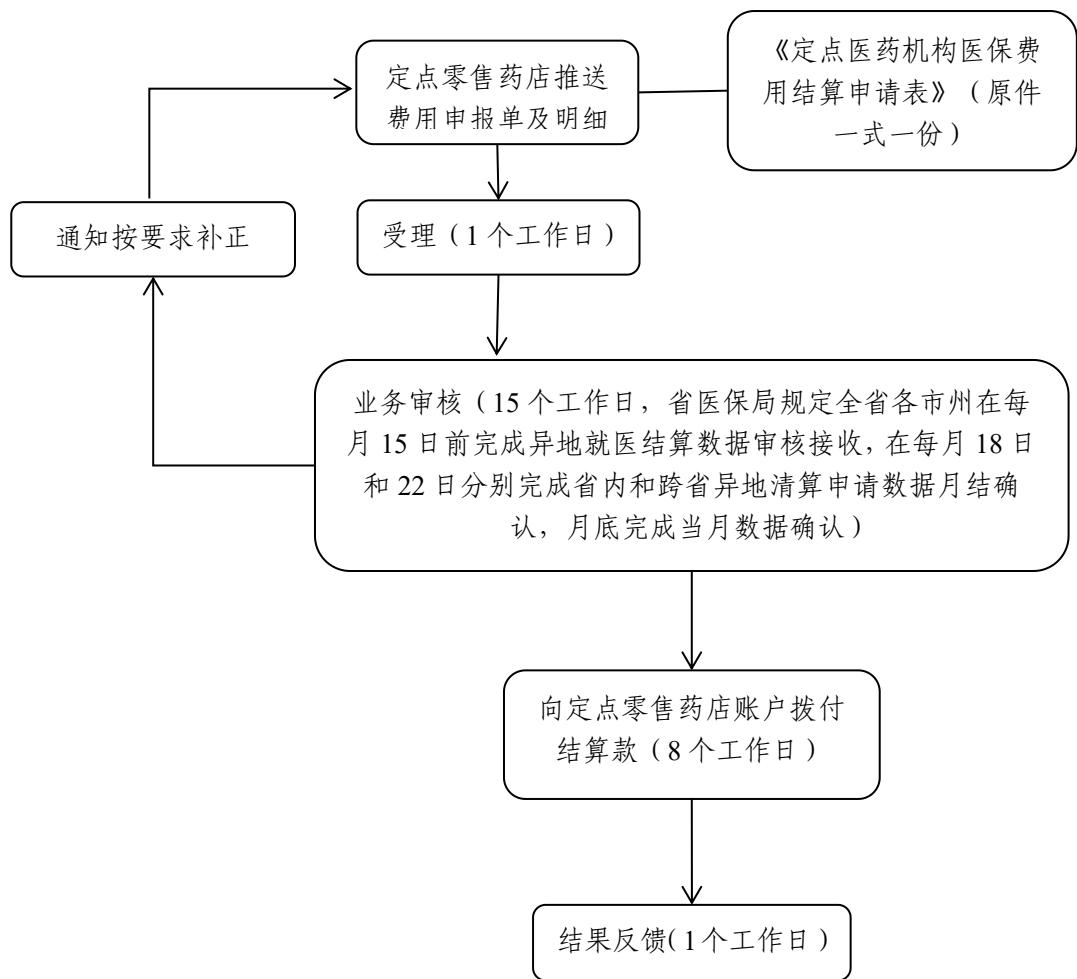
承诺办理时限：25个工作日

定点医药机构医保费用结算申请表

金额：元

医药机构编码	XXXXXXXXXXXXXXXXXX			医药机构名称 (盖章)	XXXXXXXXXXXX			
清算分中心	XXXXXXXXXX			结算申请 流水号	XXXXXXXXXXXX			
结算开始时间	XXXX 年 XX 月 XX 日		结算结束时间	XXXX 年 XX 月 XX 日		结算笔数	XXXX 笔	
结算类别	医药费用总额	医保基金支付总额	基本医疗(生育)保险基金支付金额	职工大额医疗费用补助/城乡居民大病保险基金支付金额	医疗救助资金支付金额	补充医保基金支付金额	其他基金支付金额	个人账户支付金额
职工医保	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX
城乡居民医保	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX
结算申请人	XXX			结算申请时间	XXXX 年 XX 月 XX 日			

流程图 51
基本医疗保险定点零售药店费用结算-2（异地费用）
(异地就医结算科)



现场办理地址：市民中心三楼医保服务窗口
线上办理地址：四川省医疗保障信息平台（内网专线）
经办人：王泾洲 0825-2241988
业务咨询及办理电话：市本级：0825-2215175
承诺办理时限：25个工作日

定点医药机构医保费用结算申请表

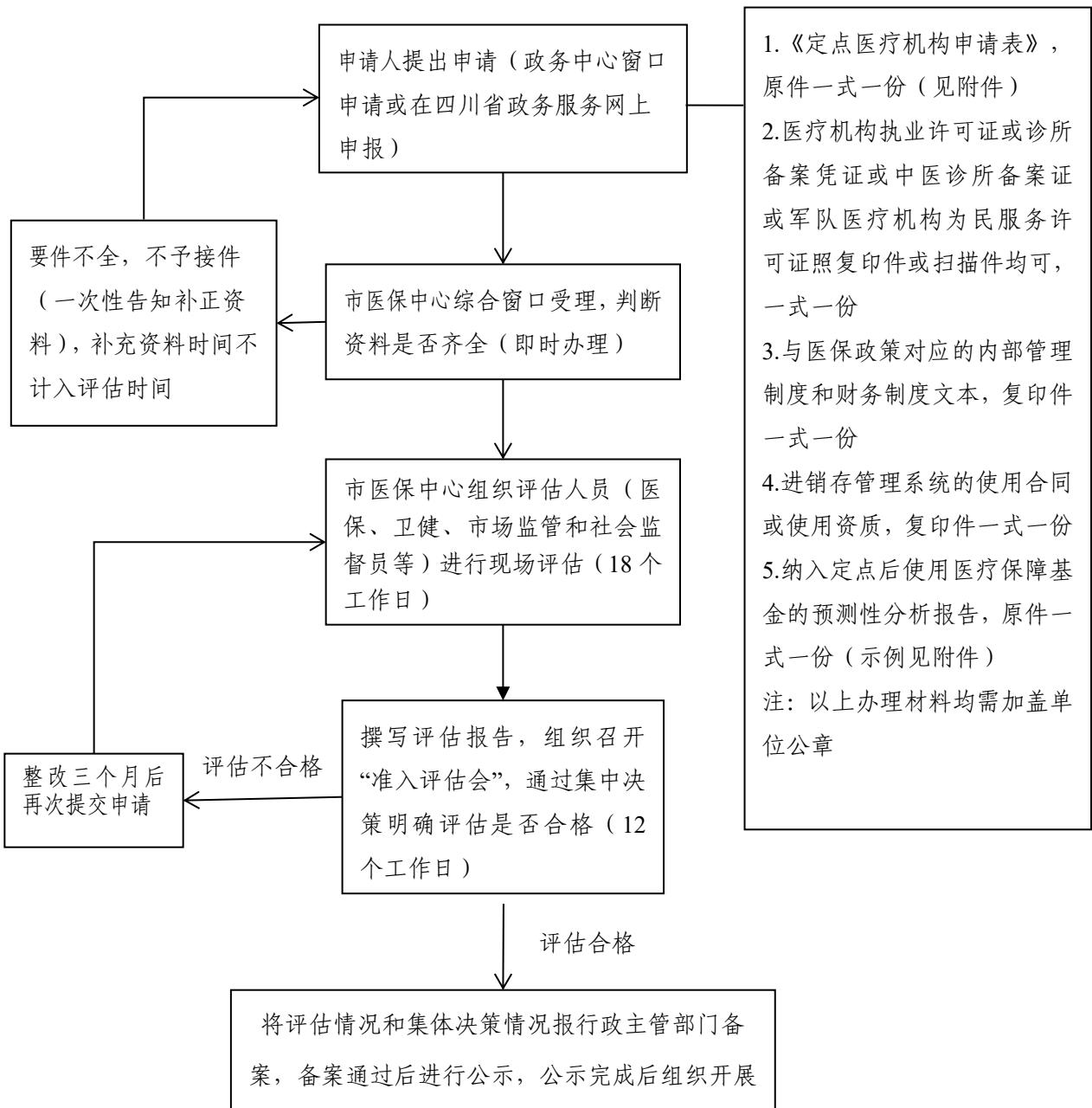
金额：元

医药机构编码	XXXXXXXXXXXXXXXXXX			医药机构名称 (盖章)	XXXXXXXXXXXX			
清算分中心	XXXXXXXXXX			结算申请 流水号	XXXXXXXXXXXX			
结算开始时间	XXXX 年 XX 月 XX 日		结算结束时间	XXXX 年 XX 月 XX 日		结算笔数	XXXX 笔	
结算类别	医药费用总额	医保基金支付总额	基本医疗(生育)保险基金支付金额	职工大额医疗费用补助/城乡居民大病保险基金支付金额	医疗救助资金支付金额	补充医保基金支付金额	其他基金支付金额	个人账户支付金额
职工医保	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX
城乡居民医保	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX
结算申请人	XXX			结算申请时间	XXXX 年 XX 月 XX 日			

流程图 52

医疗机构申请定点协议管理办事流程图

(综合采购服务科)



现场申请地址：市本级和各县（市、区）医保服务窗口

线上申请地址：www.sczwfw.gov.cn （线上仅核验材料）

经办人：伍昕 0825-2215175 聂春燕 0825-2222580

承诺办结时限：50个工作日

附件 1

定点医疗机构申请表

申请单位：_____

申请时间： 年 月 日

填写说明

- 一、本表采用打印版，要求内容真实。
- 二、“申请业务内容”一栏是指开展“门诊”、“住院”。
- 三、“医保职能部门”一栏是指医疗机构内部设立或指定的负责医疗保障业务管理的部门。

定点医疗机构申请表

医疗机构名称			医疗机构地址		
统一社会信用代码			所有制形式		
执业许可证号			主管部门		
经营性质			正式运营时间		
批准床位数			经营面积		
基本账户开户银行及账号			医疗机构等级		
法定代表人			联系电话		
	身份证号码:				
实际控制人 (主要负责人)			联系电话		
	身份证号码:				
主管医保工作负责人			联系电话		
医保职能部门联系人			联系电话		
在职职工人数			在本单位购买社保、医保人数		
申请业务内容	住院 <input type="checkbox"/> 门诊 <input type="checkbox"/>				
卫技人员 汇总情况 (以注册人员为准)		人数	第一注册地在本机构的人数		
	医 生				
	护 士				
	医 技				
	药 师				
	合 计				
科室设置、医护人员 (以注册人员为准)、 病床数情况	科室	住院 开放床位数	医生人数(其中第一注册地在本医疗机构的人数)	护士人数	其他

申请承诺	<p>本机构自愿申请承担医疗保障服务，并严格遵守医疗保障有关管理规定，对所提交资料的真实性负责，如有虚假不实，本机构将承担由此带来的一切法律、经济等方面后果及责任。</p> <p>本机构已认真阅读国家医疗保障局令第2号申请定点相关要求，无第十二条不予受理情形；已认真阅读xxx医疗保障定点医疗机构协议管理要求，承诺在申请纳入协议管理后严格遵守协议各项管理规定。</p>		
	法定代表人签字：	单位盖章	年 月 日
联系人		联系电话	

风险提示：申请定点的医疗机构有可能存在前期经费投入，当评估不合格时可能会产生经济损失。

附件 2

一、医保科工作制度

(一) 医保科工作制度

1. 在医院医疗保险管理领导小组的领导下，开展工作，业务上接受市医保局的指导。
2. 认真执行医院的各项规章制度，促进医院行风建设，维护国家和医院的合法权益，树立良好形象。
3. 贯彻落实各级医保管理部门制定的医疗保险政策，负责制(修)订、完善院内各项医疗保险管理制度及措施，经院领导批准后负责实施。
4. 负责市医保局、参保人员及院内业务科室的协调工作，做好来信来访及咨询工作。
5. 对院内各业务科室、本院职工的医疗保险活动(业务)进行监督检查，并按医院有关规定对违章违纪行为进行处理。
6. 负责对参保病员使用特殊药品、特殊治疗及特殊检查的审批及转报批工作。
7. 负责城镇职工医疗保险、城乡居民医疗保险、工伤医疗保险的出院结算工作，并按月按要求准备资料上报市医保局，确保医院垫付的医保统筹资金按月足额回收。
8. 加快医保信息化网络化建设，维护和使用好设备，保证医疗保险工作正常运转。
9. 负责有关医疗保险政策的宣传和教育工作。

10. 负责完成医院其他临时性任务。

(二) 医保科信息管理制度

1. 操作人员要认真负责，熟悉业务，正确使用计算机设备，严格遵守操作规程，精心维护计算机设备。
2. 严禁擅自搬动计算机设备，严禁拉扯各种电源线、信号线，严禁带电插拔(即未关电源)计算机设备，禁止在 UPS 电源上插用计算机设备以外的任何电源。
3. 正确操作，不频繁开机、关机；如果出现死机的情况，必须关闭电源 30 秒后再重新开机，长时间离开计算机、下班必须关闭计算机电源。
4. 操作员在使用软盘时，必须使用杀毒软件对软盘进行查(杀)毒，防止使用 U 盘、光盘传播病毒。
5. 保持操作环境的清洁与稳定，做到防尘、防潮、防晒、放电磁辐射等；不准在设备附近摆放强磁性等干扰大的用具。
6. 做好数据备份、保存工作，落实专人异地保管备份数据。
7. 为确保网络系统安全，任何人不得对医保数据库进行操作；严禁任何人员盗用他人口令进行操作；严禁使用外来 U 盘、光盘，严禁将系统口令、系统软硬的服务认证号、系统安全、防毒软件版本向外泄漏。

(三) 基本医疗保障管理制度

1. 基本医疗保障制度既是社会保障体系的重要组成部分，城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、城乡医疗救助制

度和补充医疗保障政策（公务员医疗补助、大额医疗费用补助和企业补充医疗保险制度）共同构成我国基本医疗保障体系。医保科按照市医保局要求，承担基本医疗保险医疗服务管理责任，会同医务科、护理部对医疗服务行为进行有效管理和引导，控制医疗费用。

2.服务项目管理。通过相关标准和办法培训，全体医务人员掌握基本医疗保险可以支付的医疗服务项目范围。主要包括基本医疗保险药品目录（基本医疗保险、工伤保险和生育保险基金支付参保人员药品费用和强化医疗保险医疗服务管理的政策依据及标准）、诊疗项目（医保定点医疗机构为参保人员提供医疗服务时，临床诊疗，检查，由价格部门制定了收费标准的诊疗项目，由此规范社会基本医疗保险诊疗项目）、医疗服务设施标准（在提供住院等医疗服务过程中，应选择必需适量的医疗服务设施和环境作为医疗保险的给付范围，确保参保人员基本医疗需），简称“3个目录”。参保人员在“3个目录”规定范围内发生的医疗费用，由基本医疗保险基金按规定支付。

3.改进医疗保险服务，方便参保群众就医。城镇基本医疗保险实行定点医疗机构管理。医疗保险经办机构同我院签订协议，明确各自的责任、权利和义务。参保人员在我院就医发生的费用，按基本医疗保险规定支付。推行直接结算，减少个人垫付医药费用，着力解决参保人员“跑腿”和“垫支”问题。以“一卡通”为重点，进一步完善医疗保险信息系统建设，逐步实现医疗费用与市医保局直接结算，个人不垫付医药费用。住院医疗费用由医保经办机构与我院直接结算，个人只负担自付医疗费用。对接异地安置退休人员工作，推进异地就医结算管理服务工作。推进省内联网结

算工作，尽快实现同省跨城市、跨省异地就医直接结算。对接商业保险机构等提供医疗保障服务，最大限度方便参保人员。

4. 加强医疗服务结算管理。主动接受市医保局对我院医疗服务的监督，按照医疗保险定点医疗机构分级管理制度要求创建“AAA”级定点医疗机构。推进临床路径和单病种质量费用管理工作，明确的疾病进行试点，适应推行按人头付费、按病种付费、总额预付等支付方式改革政策，调动医务人员主动控制医疗费用的积极性。

二、价格管理工作制度

(一) 价格管理制度

1. 在医院院长领导下，由财务科指定专人负责医院范围内所有涉及国家价格法规、价格制度、价格标准的贯彻实施。

2. 认真贯彻价格政策、严格执行明码标价，明示主要药品和医疗服务价格项目的收费标准，住院病人实行“一日清单制”和出院开具医药费明细清单，增加医院收费透明度，接受社会监督。

3. 负责对医院全体员工经常进行价格法规的学习，建立健全自我约束机制，加强物价管理工作，对违反物价政策，乱收费的科室和个人视其情节严肃处理。

4. 根据国家制定的医疗服务“政府指导价”和浮动幅度制度，调整医院医疗服务项目实行价格，及时申报医院新开展医疗服务

项目的上报工作。

5. 积极配合医院药事委员会对药品的采购价格管理工作，认真执行药品作价规定，接受物价管理部门的监督、检查。

(二) 价格公示制度

1. 严格执行省、市物价政策规定及医药价格和医疗服务项目收费公示制度，根据国家有关规定医院有义务接受患者对价格问题的咨询，需如实向患者提供价格信息。

2. 利用电子屏幕、电脑查询系统、公示栏等多种形式公示常用医疗服务项目及常用药品价格，主动接受社会监督。在门急诊大厅设置滚动屏和触摸屏，按规定公布医疗服务项目和药品价格。医疗服务项目及常用药品公示时，必须公示项目名称（药品名称、规格、剂型）、计价单位及价格。公布的医疗服务项目及价格、药品名称及价格由专人进行维护，滚动屏和触摸屏设备由信息科负责日常维护。

3. 在门急诊和特殊检查室等位置，分别按需要悬挂医疗服务(部分)项目价格公示牌，在门诊药房窗口边设置常用药品价格公示栏，以便患者查询，由专人负责其内容的维护和价格标准更新。

4. 明码标价的内容要做到准确无误，根据政策变化及时更新和调整医疗收费标准。药品、医疗服务项目价格变动时，应及时调整相应的公示项目价格，确保医院药品及医疗服务项目价格的准确性。

5. 公开物价管理部门的电话，设立举报箱、意见簿。专职物价管理员负责解答患者提出的有关医疗服务收费标准及药品价格问题，提供价格及相关政策的咨询服务。

(三) 药品价格管理制度

为进一步规范医院药品价格行为，根据国家药品价格管理的相关政策，制定本制度。

1. 凡在本医院销售的药品必须严格执行国家及省市价格主管部门制定的药品价格政策，因病施治，合理用药，切实维护患者的合法利益。
2. 对购进药品，要区别挂网药品及单独定价药品，严格分类核实，执行相应价格。
3. 对通过医院药事管理与药物治疗学委员会购入的新药，必须要求供应商提供该品种的经国家或省市价格主管部门审批的报价单。
4. 对医院自制制剂零售价格按保本微利原则制定，在报经市发改委物价部门批准后，按批准价格执行。
5. 对集中招标、挂网、备案采购的药品，按照四川省医疗机构药品集中采购确定的招标、挂网、备案药品最高临时零售价执行。
6. 对国家、省市相关物价部门调整的药品价格，按照《四川省药品价格》及相关法定调价依据，接到通知后，药库及时对库存药品进行盘点，更新药品价格。
7. 为了增加药品价格的透明度，除了病区打印每日清单外，门诊和住院部相应位置都应对药品价格实行张榜公示。
8. 医生开具处方时应以药品通用名书写，且字迹清晰；划价时应按价格主管部门规定的药品价格准确划价。
9. 所有进入本院各药房销售的药品，其名称、产地、剂型、规格、价格，都应在电子显示屏显示。
10. 药品价格管理实行部门负责制，药品价格出现差错，视情况给予有关部门负责人及直接责任人批评和经济处罚。

11. 实行专人专线负责医院药品价格的协调处理。

(四) 新增医疗服务收费项目价格申报制度

1. 医院各临床科室对新开展医疗服务收费项目向价格管理部门提出书面医疗服务价格申请。
2. 由成本核算科根据《医疗服务成本测算》提供成本测算资料。
3. 价格管理部门根据科室提出的申报医疗服务收费项目及成本核算资料，起草申报文件，并向物价管理部门申报项目收费标准。
4. 要求严格执行遵守价格政策，建立健全自我约束机制，增加价格透明度。

(五) 医疗服务收费价格查询制度

1. 根据物价管理规定，医院各种收费项目全部纳入微机管理，做到项目齐全、价格准确、调整及时。任何部门和个人无权定价。根据国家有关规定医院有义务接受患者对医疗费用问题的查询，需如实向患者提供医疗费用信息。设立门诊、住院部价格信息查询触摸屏。在门诊大厅通过电子屏幕、公示板（栏）等形式，公示常用医疗服务项目价格及药品价格，以供患者查询。
2. 全面推行“住院患者一日清单”制度，设立举报电话、举报箱、意见簿。各病区每天将一日清单送到住院患者床前。如患者对个别收费项目有疑问，请拨医疗服务收费管理部门的电话（财务科物价管理人员 15181893727），财务科有物价员负责接待，

并设立专用计算机为患者提供费用查询服务。专职医疗服务收费管理员负责解答患者提出的有关医疗服务收费标准问题，提供医疗服务收费及相关政策的咨询服务。

3. 为满足病人需求，方便患者查询，收费室及临床科室均设置一名物价员负责向患者提供医疗费用查询服务，物价员对患者提出的问题，做到细致周到的查询服务和耐心的解答。各临床科室护士站有义务向患者解答与本科室相关的医疗服务收费问题，不能解释的要积极与物价管理部门联系，妥善做好患者询价工作。医疗实行首问负责制，导诊护士有义务向患者提供药品、医疗服务价格、查询服务窗口及查询电脑位置；患者入院时，责任护士须向患者告知医疗费用查询方式。

4. 为方便、快捷地做好医疗费用查询工作，财务科等有关科室将努力为患者提供方便。住院收费室和门急诊收费室应根据患者需求打印费用清单，便于患者查询。住院收费室为出院结算患者提供汇总费用明细。

5. 接受社会监督员的监督检查，不断改进工作。要认真对待患者的投诉，详细记载调查结果、处理意见、并及时回复当事人。

（六）医疗服务收费一日清单管理制度

1. 住院收费室必须设立医疗费用清单查询窗口，随时提供医疗费用查询服务。

2. 每日定时为住院患者打印包括药品、医用耗材和医疗服务名称、数量单价、金额等费用使用情况明细表，即“一日清单”，各临床科室负责每天及时将日清单发到本病区住院患者手中，便于医患双方共同核对和监督。

3. 患者出院时，住院收费室必须为每位出院患者提供医疗费用汇总清单，经患者何时确认在出院结算单上签字后，入、出院窗口方可办理出院手续。
3. 门诊收费室设专门窗口为患者提供费用明细表。
4. 财务科设专人为患者提供费用查询服务，查询电话：325268。
5. 一日清单制，必须纳入患者入院介绍的内容之一，实施告知制。

（七）医疗服务收费责任追究制度

为进一步加强医疗服务收费管理，规范收费行为，强化医院管理人员和计费人员的责任意识，维护广大人民群众的合法权益，构建和谐医患关系，结合医院实际，制定本制度。

1. 适用的范围：为本院提供的基本医疗服务、药品、医用材料等医疗服务价格和行为。
2. 列入责任追究范围的行为：
 - (1) 自立服务项目或自定价格标准。
 - (2) 擅自提高或降低医疗服务价格标准。
 - (3) 重复收费、无医嘱记录收费。
 - (4) 超医嘱内容、范围和时间收费。
 - (5) 同一服务项目分解为若干项目收费。
 - (6) 超越四川省价格规定“除外内容”规定的范围，擅自增加卫材品种和服务内容并收费。
 - (7) 药品和药用消耗材料不按规定加价。

(8) 可重复使用的医用材料按一次性材料收费。

(9) 属于自主选择的服务和相关医疗用品未征得患者或家属同意收费，或虽然征得患者或家属同意，但相关收费不纳入医院财务同意管理的行为。

(10) 擅自提前或推迟执行有关医疗价格政策。

(11) 使用医用高值耗材（大于等于 2000），未征得患者同意的收费。

3. 责任追究：医院对相关科室的违规行为，按以下原则追究责任：

(1) 凡因科室收费核对不准确，造成多收、漏收、少收等现象，引发患者投诉的，科室应立即予以纠正，全额退回多收费用。

(2) 凡因相关人员工作责任心、业务能力影响，以及科室自作主张而产生的串项收费、分解收费及降低标准收费等医疗收费违规行为，经查实认定后，应立即纠正并全额退回多收金额，原则上由科室承担相应费用，并追究当事人的责任。

(3) 由于网络信息系统的原因，造成误收费用，由网络中心立即整改，并作为月考核依据，按医院有关规定，对相关人员进行处罚。

（八）医疗服务收费审核制度

1. 医院收费审核小组由审计科、财务科（物价管理人员）、护理部、医务科相关人员组成。

2.审核办法：医疗费用审核采取日常审核和定期审核相结合的办法。

（1）日常审核：以临床科室自行审核为主，科室在为住院患者提供“一日清单”时，计费人员应认真核对患者每天发生的各项医疗费用，发现问题及时纠正。

（2）出院审核：患者出院时，科室要认真审核患者住院期间发生的所有医疗费用，并由入院等级室提供总费用清单，经患者及家属签字确认后，方可办理出院手续。

（3）定期审核：医院审计科、财务科（物价管理人员）每月对门诊、出院或在医患者医疗费用进行审核抽查，审查病例医嘱记录与收费清单项目、次数及价格是否相符，记录备案，并将检查结果及时反馈给各相关科室。

（九）费用核查制度

1.加强收费管理工作，严格按照国家物价政策和《巴中市医疗服务价格手册》的相关规定进行医疗服务收费。

2.根据物价管理规定，医院各种收费项目全部纳入微机管理，做到项目齐全、价格准确、调整及时。任何单位和个人无权定价。

3.加强一次性医用材料的收费管理，不超范围收费，符合收费范围的一次性医用材料价格，严格按照进价顺加 8%的规定执行，不乱加价。

4.每月不定期深入病区了解掌握物价收费工作的运行情况，抽查出院患者病历，对所发生的费用逐项进行核查，发现问题及

时向领导汇报并提出解决方法。

5.定期抽查常用一次性物品加价及药品加价率的执行情况，发现未按规定超范围、超标准使用的，追究当事人的责任并给予经济处罚。

6.违反物价规定造成的损失及罚款，均由违规者承担全部责任，并视情节轻重给予行政处罚。

（十）保障基本医疗服务的相关制度

按照《二级综合医院评审标准实施细则（2021年版）》要求，医院文化建设和服务宗旨、院训、发展规划体现坚持公立医院公益性，把维护人民群众健康权益放在第一位，制定基本医疗保障管理制度。

1.为保障基本医疗服务质量，加强基本医疗服务管理，医院健全保障基本医疗服务的相关制度，由医务科负责监督制度落实。

2.医院在显著位置公示《医疗机构执业许可证》和基本医疗服务定点医疗机构资格证书，对优质服务便民措施、常用药品及收费标准、基本医疗保障服务收费标准、医疗保险支付项目和标准进行公示，为就医人员提供清洁舒适的就诊环境。

3.医院加强各类基本医疗保障管理制度和相应保障措施、基本医疗保险政策的学习和宣传，坚持以病人为中心的服务准则，热心为参保人员服务。保障各类基本医疗保障制度参加人员的权益，强化参保患者知情同意，在诊疗过程中严格执行首诊负责制和因病施治的原则，向患者介绍基本医疗保障支付项目供患者选择，优先推荐基本医疗、基本药物和适宜技术，合理检查、合理

用药、合理治疗、合理控制医疗费用。

4. 医院在为参保人员提供医疗服务时应认真核验就诊人员的医疗保险证件，如离休干部证、既往病历、社会保险卡及医疗保单。为保证参保人员治疗的连续性和用药的安全性，接诊医师应查阅门诊病历上的前次就诊用药记录，对本次患者的检查、治疗、用药等医疗行为应在病历上明确记录。参保人员因行动不便委托他人代配药的，由被委托人在专用病历上签字。

5. 医院严格遵守药品处方限量管理的规定，急性病3-5天，慢性病7-10天，需长期服药的慢性病30天，同类药品不超过2种，住院病人出院时不得带与本次住院病情无关的药品。

6. 严格掌握参保人员出入院标准，及时办理出入院手续。不得将不符合住院标准者收治入院，严禁分解住院和挂床住院。

7. 医护人员要核对参保病人诊疗手册，如发现住院者与所持证件不相符合时，应及时扣留证件并及时报告医务科，严禁冒名顶替住院，

8. 做好医保病人入院宣教和医保政策的宣传工作，维护参保人员的权益，提供基本医疗保障相关信息，对于基本医疗保障服务范围外的诊疗项目应事先征得参保患者的知情同意，按要求签定医保病人自费项目同意书，因自费药品或检查未签字造成病人的费用拒付，则由主管医师负责赔偿。

9. 严格控制住院医疗总费用，各科室要按照医院制定的普通医保病人、肿瘤病人的人均费用指标严格控制好费用，超标费用按比例分摊到各临床科室，包括临床医技科室。

10. 严格控制药品比例。各科室要按照医院制定各科药品比例指标进行严格控制，严格控制自费药品比例，原则不适用自费药品，超标药品比例也将纳入当月院考评。

11. 严格内置材料及特检特治，包括价格在1000元以上医用材料，审批工作，要求尽可能使用国产、进口价格低廉的产品。巴中市医保局、外地医保管理部门要求医生填写内置材料审批

表，经审批后才能使用，急诊病人可以先使用后审批。

12.严格执行物价标准收费政策，不能分解收费、都收费、漏收费、套用收费。因乱收费造成的拒付费用由科室承担。

13.以下不属于基本医疗保险支付范围的疾病均不能纳入医保：美容、非功能障碍性整容及矫形术、交通事故、自杀、他杀、误服、职业病、性病等。

14.对参保病人实行先诊疗后结算，方便患者就医。

15.医务科、医保科对基本医疗保险管理工作监督检查，发现问题及时整改。

附件 3

XX 医疗机构纳入医疗保障基金的预测性分析报告

一、基本情况

XX 医疗机构位于 XX 市 XX 区 XX 号，法人 XXX，身份证号码 XXXXX。在 XXXX 年 XX 月 XX 日完成企业注册，于 XXXX 年 XX 月 XX 日通过卫生部门检查审核取得医疗机构执业许可证。诊疗项目为 XXXX，是集口腔内科、口腔修复、口腔正畸为一体的综合性科室。门诊部现有主治医师 X 人、执业医师 X 人，护士 X 人。

二、运行情况

配备了 XXX 治疗机 XX 台。计算机使用纯净的操作系统，安装了针式打印机，显示器双屏同步显示，符合定点医保单位要求。医保专用计算机还配备了二维码扫描器，可以扫描电子医保凭证进行收费。同时在收银处安装了一路 300 方监控摄像机，监控录制保存达到 30 天以上。XXXXXXX。

三、预测分析

XXXXXXX。

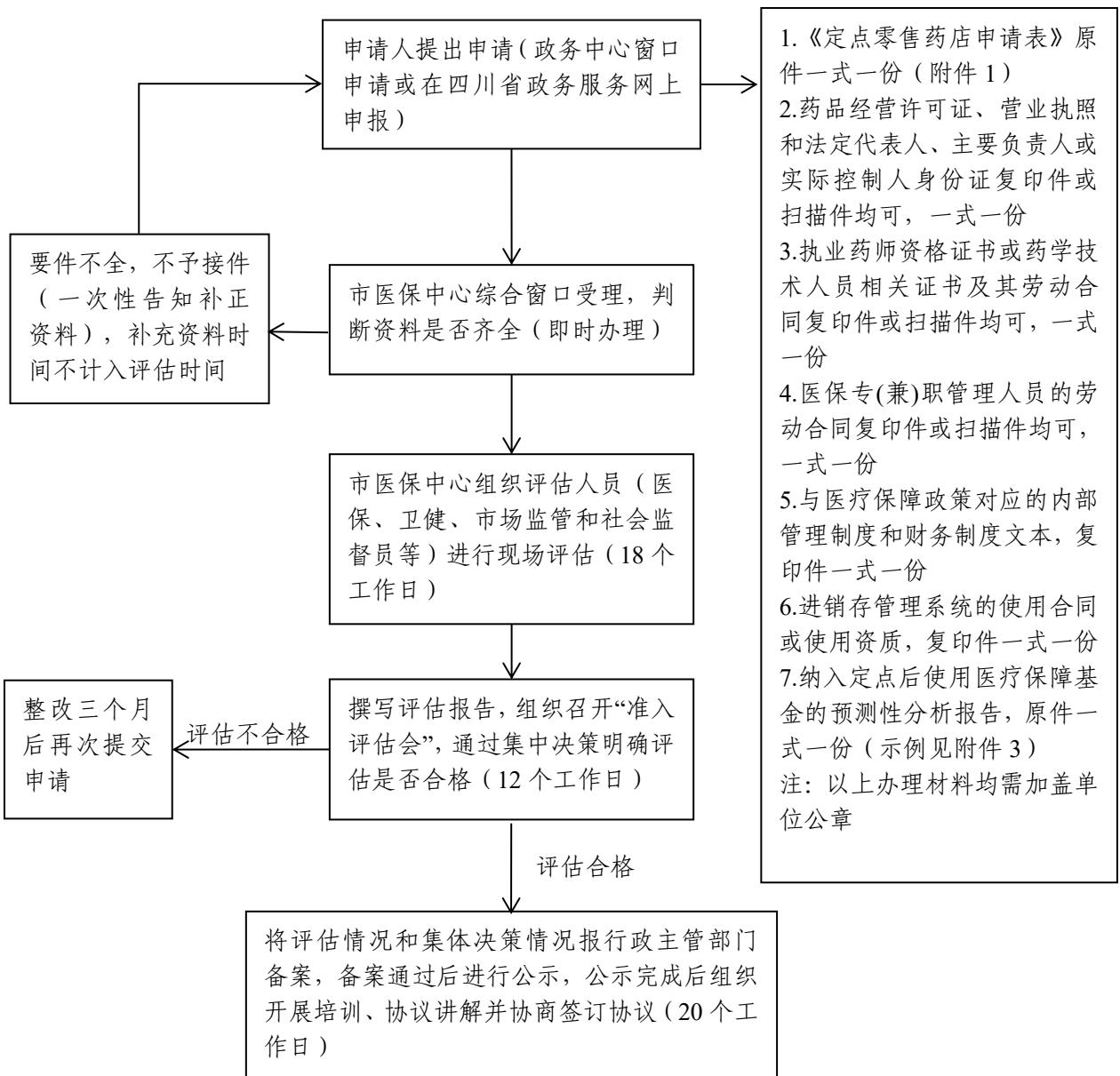
XX 医疗机构

XXXX 年 XX 月 XX 日

流程图 53

零售药店申请定点协议管理办事流程图

(综合采购服务科)



现场申请地址：市本级和各县（市、区）医保服务窗口、各镇（街道）便民服务中心（资料初审）

线上申请地址：www.sczwfw.gov.cn（线上仅核验材料）

经办人：伍昕 0825-2215175 聂春燕 0825-2222580

承诺办结时限：50个工作日

附件 1

定点零售药店申请表

申请单位: _____

申请时间: 年 月 日

填写说明

- 一、本表采用打印版，要求内容真实。
- 二、劳动合同有效时限填写劳动合同期限及合同签订日期。

定点零售药店申请表

药店名称								
统一社会信用代码					药品经营许可证号			
所有制形式					药店性质	直营 <input type="checkbox"/> 加盟 <input type="checkbox"/> 单体 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>		
企业负责人					联系电话			
	身份证号							
实际控制人					联系电话			
	身份证号							
法定代表人					是否独立法人	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
	身份证号							
医保管理工作负责人					联系电话			
医保管理工作专职人数					医保管理工作兼职人数			
药店地址								
营业面积	平方米				基本账户开户银行及账号			
药师配置情况	姓名	性别	年龄	技术资格	发证日期	证书编号	注册地	劳动合同有效时限
医保管理人员	姓名	身份证号		专(兼)职	劳动合同有效时限			

药店许可 经营范围				
上级公司名称		上级公司地址		
申请 承诺	<p>本单位自愿申请承担医疗保障服务，并严格遵守医疗保障有关管理规定，对所提交资料的真实性负责，如有虚假不实，本单位将承担由此带来的一切法律、经济等方面后果及责任。</p> <p>本单位已认真阅读国家医疗保障局令第3号申请定点相关要求，无第十一条不予受理情形；已认真阅读xxx医疗保障定点零售药店协议管理要求，承诺在申请纳入协议管理后严格遵守协议管理的各项要求。</p>			
联系人		联系电话		

风险提示：申请定点的零售药店有可能存在前期经费投入，当评估不合格时可能产生经济损失。

附件2

XX药业门店管理制度

为了做好城基本医疗保险定点药店的经营价理工华，规范经营行为，更好地为全市参保人员提供优质完善的服务，特制定如下管理制度。

一、医保药品管理制度

目的：为严格执行国家政策，保证药品供应特制定本制度。

1. 认真执行国家医保药品目录，非医保目录的药品不得刷卡销售。

2. XXXXXXXX

二、医保人员管理制度

目的：为更好的服务参保人员，积极响应国家相应医保政策制定本制度。

1. 门店工作人员应按时上下班，坚守工作岗位，统一着装，微笑服务，热情接待顾客，对顾客提出的问题耐心解答。必须熟悉医保用药目录、政策，掌握医疗保险专用计算机的操作知识。

2. XXXXXXXX

三、财务管理制度与医保费用结算制度

目的：为建立健全财务账目，确保参保人员及门店与医保中心的费用结算，特制订本制度。

（一）财务管理制度：XXXX

（二）医保费用结算制度：XXXX

四、统计信息管理制度

1. 门店必须按照医保中心信息系统建设要求，配备相关设备，接入医保结算专用网络，并与互联网或其他网络物理隔离，确保医保结算网络专网专用。积极配合医保中心建立和完善各类基础数据。

2. XXXXXX

五、药品的分类管理制度

严格实行药品经营质量管理规范标准，做好药品分类管理工作，XXXXXX

六、医保刷卡制度

1. 要按医疗保险管理规定按时，准确录入并传输数据，保证数据的准确与完整。

2. XXXXX

七、财务管理制度

1. 目的：为进一步规范公司经营活动，加强公司资金管理，防止收入流失。

2. 依据：015新修订《药品经营质量管理规范》制定本制度。

3. 范围：财务管理。

4. XXXXXX

八、质量管理体系文件管理制度

1. 目的：规范本企业质量管理体系文件的管理

2. 依据：《药品经营质量管理规范》《药品经营质量管理规范实施细则》。

3. 适用范围：本制度规定了质量管理体系文件的起草、审核、批准、印制、发布、保管、修订、废除与收回，适用于质量管理体系文件的管理

4. XXXXXX

九、药品进货管理制度

1. 目的：加强各门店的统一进货控制，确保购进药品的质量和合法性。

2. 依据：《药品经营质量管理规范》。

3. 适用范围：适用于门店进货过程的质量控制

4. XXXXXX

十、XXXXX

附件 3

XX药店纳入定点后使用医疗保障基金的 预测性分析报告

我店于XXXX年XX月XX日领取“营业执照”，XXXX年XX月XX日领取“药品经营许可证”后即刻开展经营。经前期3个月的经营，我们按照连锁总公的要求，不断规范加强员工培训、规范经营活动、完善管理流程，统一执行《XX连锁门店管理制度》、《药店财务管理制度》。

经前期经营我店区域服务人口约XX万人，月购药人次约XX人次/月，月营业额约XX万元/月。如果申请职工医保刷卡定点后预计月购药人次约XX人次/月，月营业额约XX万元/月。

为申请职工医保刷卡定点，我们会在下-步的经营活动中做好以下工作：

一、认真学习国家医疗保险和药品管理的相关政策法规，并积极落实到我们的经营活动中。

二、严格落实公司医保管理制度，提高门店员工素质和职业道德，协助、监督顾客规范购药，营造诚信购药氛围。

三、如果员工有违规行为，加大违规处罚力度，在严肃思想教育的基础上，对违规员工进行罚款、调岗或者辞退的处罚

。

请医保局领导对我们的经营活动情况进行监督检查，及时发现并纠正了我们的错误思想和违规行为。希望XX医保局能批准我店的定点申请，对我们的医保管理进行监督，进一步完善我们的医保管理制度，努力提高对参保人员的用药服务水平。

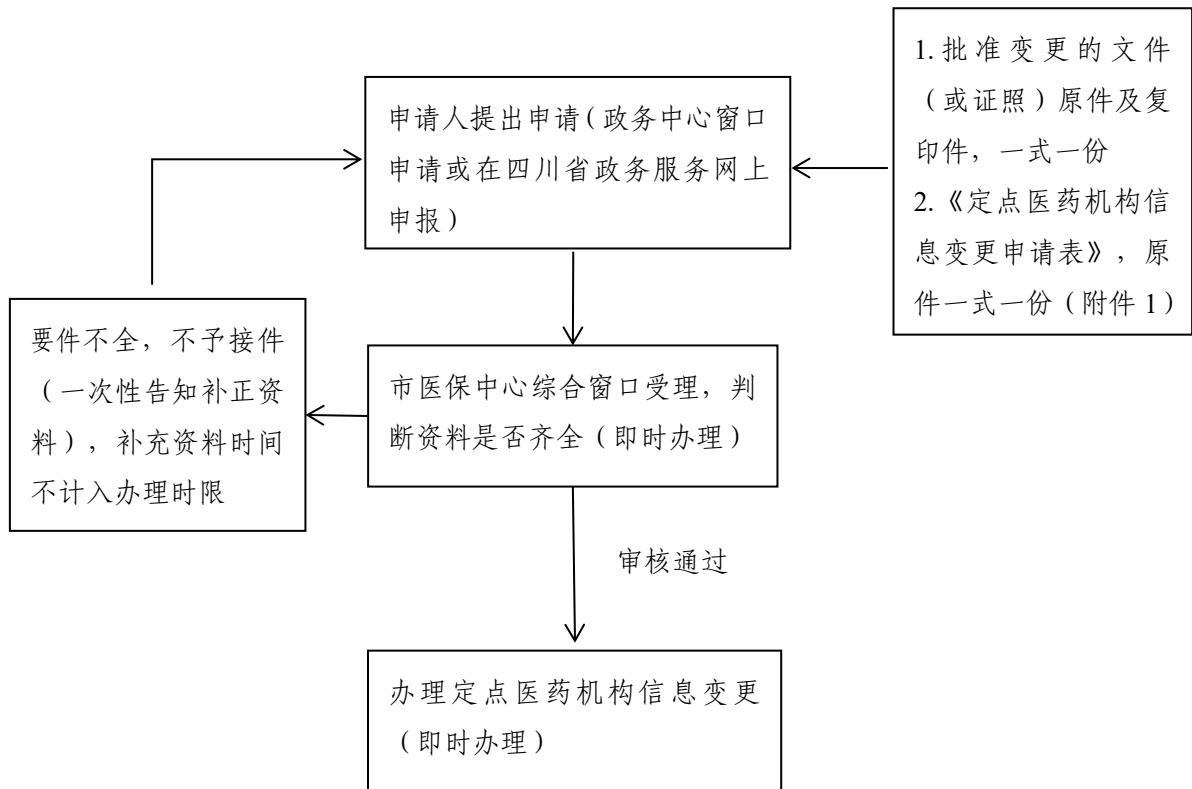
XX药店

XXXX年XX月XX日

流程图 54

定点医药机构信息变更办事流程图

(综合采购服务科)



现场申请地址：市本级和各县（市、区）医保服务窗口、各镇（街道）便民服务中心（资料初审，代办）

线上申请地址：www.sczwfw.gov.cn

经办人：伍昕 0825-2215175；聂春燕 0825-2222580；

\承诺办结时限：即时办结

附件 1

定点医药机构信息变更申请表

单位名称及医保编码（公章）：

申请时间：202 年 月 日

变更事项	变更前	变更后
定点医药机构名称		
法定代表人		
主要负责人和 (或实际控制人)		
注册地址		
开户银行及账号		
医疗机构诊疗科目/ 药店许可经营范围		
机构性质		
医疗机构等级		
医药机构类别		
定点医药机构医保部门 联系人及电话		
其他		
.....		
定点医药机构经办人姓名及联系电话：		
医保经办机构 审核意见	经办人： (受理部门盖章) 年 月 日	

图 1

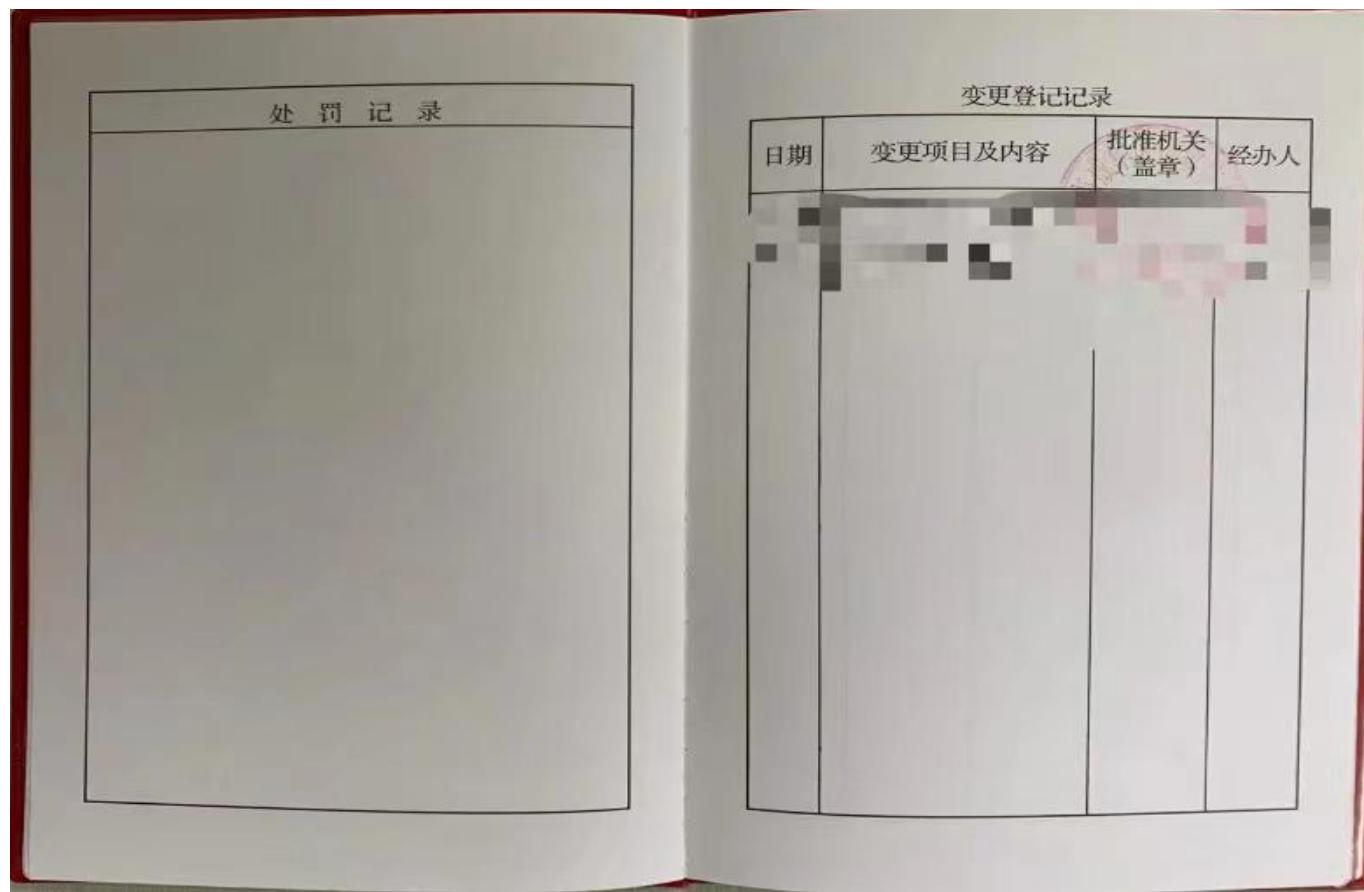
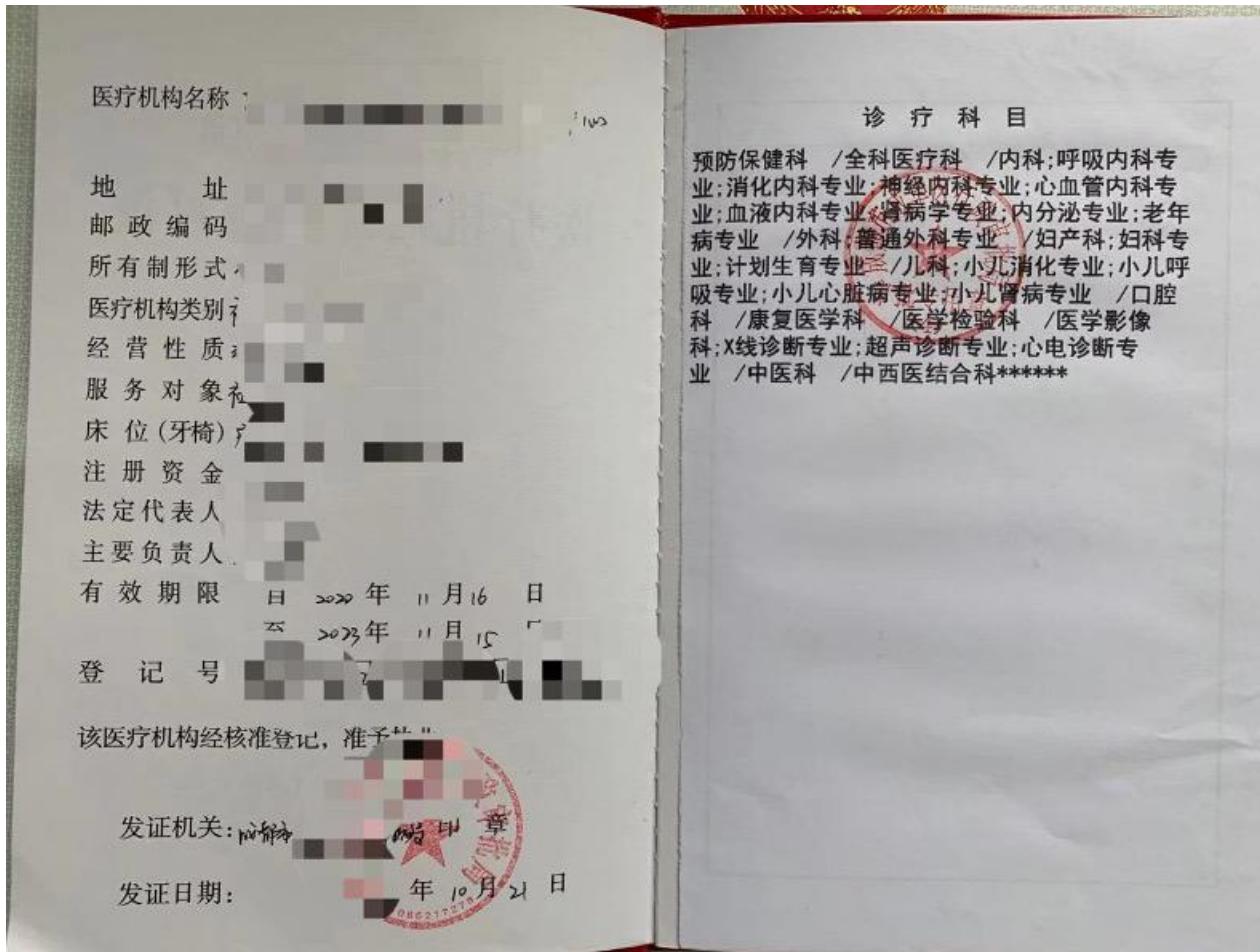


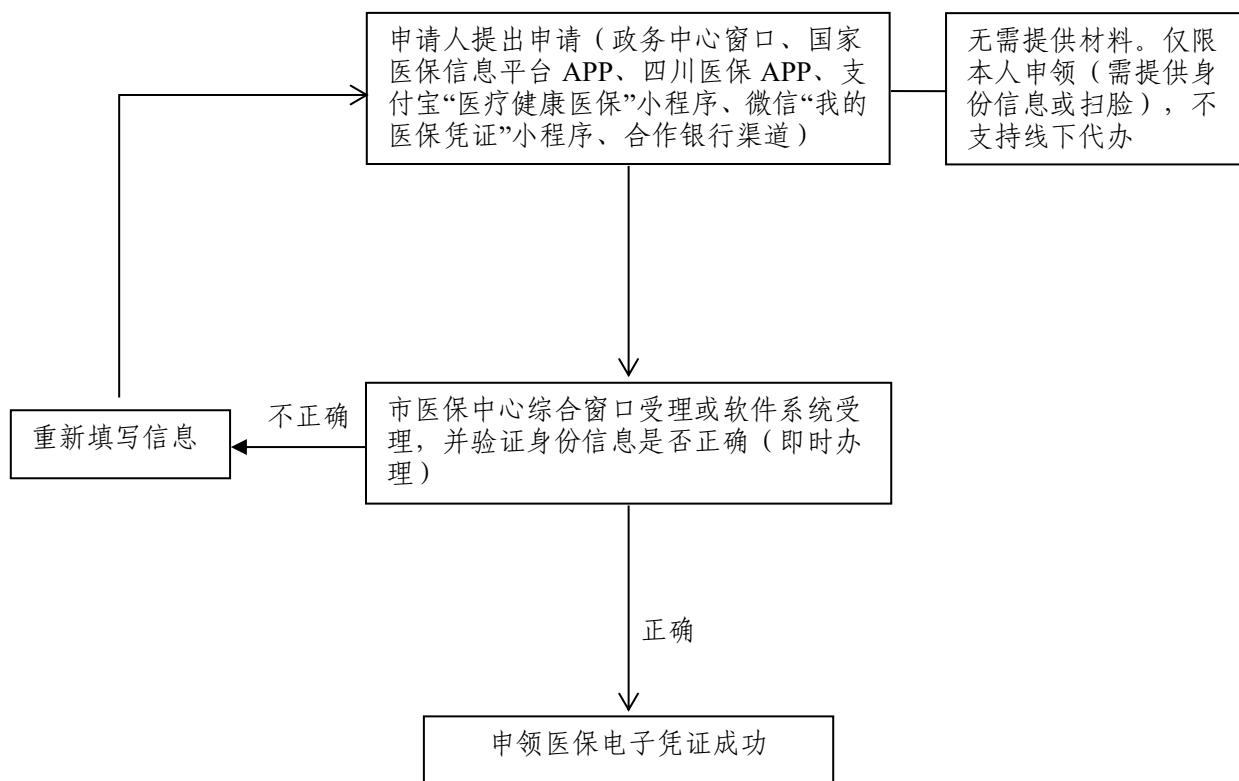
图 2



流程图 55

医保电子凭证申领办事流程图

(信息统计科)



现场申请地址：市本级和各县（市、区）医保服务窗口、各“医保+”一体化服务网点、各镇（街道）便民服务中心、各村（社区）便民服务站。

线上申请地址：www.sczwfw.gov.cn。

经办人：伍昕 0825-2215175；王凤、唐婧 0825-2220193；

承诺办结时限：即时办结