

附件 2

贵州省基本医疗保险业务经办操作指南

目 录

单位参保登记业务操作指南.....	56
城镇职工参保登记业务操作指南.....	59
灵活就业人员参保登记业务操作指南.....	61
失业人员参保登记业务操作指南.....	64
单位参保信息变更登记业务操作指南.....	68
职工参保信息变更登记业务操作指南.....	72
单位征缴基数申报业务操作指南.....	76
个人一次性趸缴业务操作指南.....	78
个人应缴工资基数核定业务操作指南.....	79
单位缓交认定业务操作指南.....	81
单位欠费补缴业务操作指南.....	82
个人账户注入业务操作指南.....	83
退休老干账户注入业务操作指南.....	84

参保单位参保信息查询业务操作指南.....	85
参保人员参保信息查询业务操作指南.....	86
参保人员个人账户转移业务操作指南.....	87
个人账户一次性清退业务操作指南.....	89
个人账户扣款业务操作指南.....	91
参保个人信息录入业务操作指南.....	93
参保信息变更登记业务操作指南.....	95
基本医疗保险征缴实收对账（职工医保-单位、个人缴费）业务操作指南.....	96
城乡医保个人缴费业务操作指南.....	98
城乡医保补助资金业务操作指南.....	99
省级基本医疗保险转移收入业务操作指南.....	100
一次性补缴医保收入业务操作指南.....	101
失业人员缴纳医保收入业务操作指南.....	102
贵州省基本医疗保险月结算费用支付业务操作指南.....	103
贵州省基本医疗保险费用年度保证金拨付业务操作指南.....	104
贵州省基本医疗保险费用年终清算拨付业务操作指南.....	105
定点医疗机构药品和耗材集中采购预付款拨付业务操作指南.....	106
异地就医医疗支出结算业务操作指南.....	107

贵州省基本医疗保险费用个人账户清退拨付业务操作指南.....	108
贵州省基本医疗保险转移拨付业务操作指南.....	109
贵州省基本医疗保险单位零星报销费用拨付业务操作指南.....	110
铺垫资金财政补助拨付业务操作指南.....	111
铁路电力个人账户清退拨付业务操作指南.....	112
省级医疗保险铁路电力零星报销业务操作指南.....	113
其他支出（省外异地安置个人账户返还）操作指南.....	114
异地就医定点医药机构月结算费用支付操作指南.....	115
异地就医两定机构预付款拨付操作指南.....	116
城乡医疗救助资金支出操作指南.....	117
城乡居民基金支出业务操作指南.....	118
长期护理保险基金支出业务操作指南.....	124
异地安置退休人员异地就医备案业务操作指南.....	125
异地长期居住人员异地就医备案业务操作指南.....	129
常驻异地工作人员异地就医备案业务操作指南.....	133
异地转诊人员异地就医备案业务操作指南.....	137
门诊费用报销业务操作指南.....	140
住院费用报销业务操作指南.....	142

产前检查费支付业务操作指南.....	144
生育医疗费支付业务操作指南.....	145
计划生育医疗费支付业务操作指南.....	147
生育津贴支付业务操作指南.....	148
城乡医疗救助业务操作指南.....	149
门诊慢特病病种待遇认定业务操作指南.....	161
门诊慢特病病种年审业务操作指南.....	166
门诊慢特病病种委托书登记业务操作指南.....	168
门诊慢特病病种新增（变更）定点医院操作指南.....	170
门诊慢特病病种补证、换证业务操作指南.....	172
审核参保人特殊药品用药资格业务操作指南.....	173
审核特殊药品医师资格业务操作指南.....	176
贵州省城乡居民重大疾病病种认定业务操作指南.....	177
定点医疗机构参数维护业务操作指南.....	179
定点零售药店参数维护业务操作指南.....	186
新增定点医疗机构业务操作指南.....	193
新增定点零售药店业务操作指南.....	196
贵州省基本医疗保险定点医药机构同步新增为省内、外异地就医医药机构业务操作指南.....	199

新增城乡居民重大疾病定点救治医院业务操作指南.....	200
新增特殊药品指定医院业务操作指南.....	203
新增门诊慢特病病种申办指定定点医院业务操作指南.....	205
新增公改指定医院业务操作指南.....	207
智能监控业务操作指南.....	208
日常检查业务操作指南.....	209
专项检查业务操作指南.....	210
实地检查业务操作指南.....	211
年终检查业务操作指南.....	212
举报投诉线索核查业务操作指南.....	213
医药机构违规扣款业务操作指南.....	215
基本医疗保险（生育保险）定点医药机构费用月结算业务操作指南.....	219
异地就医医药机构费用月结算业务操作指南.....	223
连锁定点医药机构关系管理业务操作指南.....	227
异地就医医疗费用季度清算业务操作指南.....	230
医疗机构年终总控清算业务操作指南.....	231
保证金年终清算业务操作指南.....	236
集采结余奖励清算业务操作指南.....	243

预付金拨付和清算业务操作指南.....	245
维护贵州省城乡居民重大疾病病种认定岗医师库业务操作指南.....	248
维护贵州省城乡居民重大疾病现场评审医师库业务操作指南.....	254
维护医保医师库业务操作指南.....	260
维护贵州省特殊药品定岗医师库操作指南.....	261
维护贵州省特殊门诊定岗医师库操作指南.....	264

单位参保登记业务操作指南

一、适用情况

用人单位应按规定及时办理基本医疗保险登记手续，新成立的用人单位应当从成立之日起 30 日内，到县级以上医疗保险经办机构办理基本医疗保险登记手续。

二、所需材料

1. 单位统一社会信用代码证或单位批准成立的文件；
2. 《基本医疗保险单位参保信息登记表》（加盖单位公章）。

注：省本级参保登记需要省医疗保险局待遇保障处出具同意该单位参加省级医疗保险的公函、省财政厅社保处出具享受财政补助的公函。

三、操作流程

a. 进入医保业务基础子系统（参保征缴）>参保管理>参保登记管理>单位参保登记；

b. 填写单位基本信息：参保所属医保区划、单位管理类型、单位类型、统一社会信用代码、单位名称；

c. 填写单位联系信息：联系人姓名、联系电话、所属行政区、单位详细地址；

- d. 填写单位注册信息：法定代表人姓名、法定代表人证件类型、法定代表人证件号码、法定代表人移动电话；
- e. 选填银行信息及上级单位信息；
- f. 选择险种：生育保险、职工基本医疗保险、大额医疗费用补助、补充医疗保险；
- g. 点击保存。

附件：基本医疗保险单位参保信息登记表

附件

表 1：基本医疗保险单位参保信息登记表（参考样表）

☐ 新参保登记		☐ 暂停登记		☐ 注销登记		☐ 拆分合并分立	
单位名称							
现统一社会信用代码				原统一社会信用代码			
通讯地址							
单位性质							
法定代表人		姓名				联系电话	
		身份证件号码					
开户银行				户名			
银行帐号							
经办人员	姓名			所在部门			
	手机号码			联系电话			
参保险种	☐ 职工基本医疗保险 ☐ 生育保险 ☐ 补充医疗保险 ☐ 其他（ ）						
机关事业单位及社会团体填报以下信息							
经费来源		主管部门					
最新核编人数（含纪检、军转）				退休人数			
机关在编人数		公务员人数		后勤服务人员			
参公在编人数				事业在编人数			
单位声明		本单位依法申请医疗保险登记，承诺填报信息真实、准确、完整，请予办理。 单位（盖章） 年 月 日					
经办机构意见		☐ 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社会保险登记： ☐ 职工基本医疗保险 ☐ 生育保险 ☐ 补充医疗保险 ☐ 其他（ ） 经办人签字： 经办机构（盖章） 年 月 日					

城镇职工参保登记业务操作指南

一、适用情况

单位新录用人员，应在单位成立、人员录用之日起 30 日内，到各级医疗保险经办机构办理医疗保险登记和缴费申报手续。

二、所需材料

1. 《职工基本医疗保险参保登记表》（含增加、中断、终止、恢复、在职转退休）（加盖单位公章）；
2. 参保人员有效身份证件复印件。

三、操作流程

- a. 进入医保业务基础子系统（参保征缴）>参保管理>参保登记管理>职工参保登记；
- b. 填写单位基本信息：单位编号、单位名称、单位管理类型；
- c. 填写人员基本信息：证件类型、证件号码、姓名、性别、民族、出生日期、首次参工日期；
- d. 选填联系信息及银行信息；
- e. 填写用工信息：申报工资、用工形式；
- f. 点击保存。

附件：职工基本医疗保险参保登记表

职工基本医疗保险参保登记表（参考样表）

单位名称（盖章）：		单位编码：				险种：		□ 灵活就业人员				
		增加	中断	终止	恢复	变更类别	在职转退休	统筹区转移	首次参保日期	用工形式	手机号码	备注
序号	姓名	身份证 证件类型	身份证号码	申报工资 （元/月）								
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												

注：灵活就业人员无需单位盖章和填写单位编码。

填报人：

联系电话：

经办机构经办人：

年 月 日

灵活就业人员参保登记业务操作指南

一、所需资料

1. 《职工基本医疗保险参保登记表》；
2. 参保人员有效身份证件（有效身份证件包括身份证、居住证、户口簿、护照、港澳居民来往内地通行证、港澳台居民居住证、外国人永久居留证等）复印件（各统筹区可结合本地政策自行明确）；
3. 委托办理的，应提供委托人及代理人身份证件原件及委托人授权委托书。

二、办理流程

（一）单个模式。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（参保征缴）——参保管理——参保登记管理——灵活就业人员参保登记，输入灵活就业人员虚拟单位编号或通过虚拟单位名称检索虚拟参保单位，完成录入单位信息；选择证件类型并录入证件号码或读取证件号码，待后台校验证件号码通过后，依次录入姓名（如果基础信息子系统中存在信息，系统自动填入）、首次参工日期等必录项，选择录入个人基本信息（非必录项）、联系信息、银行信息等选录项，录入人员基本信息；全部选中或单个勾选参保险种（视各统筹区政策），完成险种选择；

各险种本次参保日期、首次参保年月、医疗保险类别、人员类型、征缴规则、基数核定规则等默认不进行修改，各统筹可结合参保人实际或统筹区政策进行修改录入，完成参保信息；点击保存，完成灵活就业人员参保登记。

（二）批量模式。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（参保征缴）——参保管理——参保登记管理——灵活就业人员参保登记，输入灵活就业人员虚拟单位编号或通过虚拟单位名称检索虚拟参保单位，完成录入单位信息；选择批量模式，点击右下角工具栏，下载《灵活就业人员批量参保模板》，按照模板内格式填写完成参保人员信息；选择此次批量参保的本次参保日期；全部选中或单个勾选参保险种（视各统筹区政策），完成险种选择；各险种征缴规则、基数核定规则等默认不进行修改，各统筹可结合参保人实际或统筹区政策进行修改录入，完成参保信息；点击批量导入，选择待导入文件，文件校验通过后，显示校验成功信息及校验失败信息；确认无误后，保存提交，完成灵活就业人员批量参保登记，同时显示保存成功信息。

附件：职工基本医疗保险参保登记表

职工基本医疗保险参保登记表（参考样表）

单位名称（盖章）：			单位编码：				险种：			灵活就业人员		
序号	姓名	身份证件类型	身份证号码	申报工资 (元/月)	变更类别				首次参保日期	用工形式	手机号码	备注
					增加	中断	终止	恢复				
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												

注：灵活就业人员无需单位盖章和填写单位编码。

填报人：联系电话：经办机构经办人：年 月 日

失业人员参保登记业务操作指南

一、所需资料

1. 《职工基本医疗保险参保登记表》（人社部门线下提供的失业人员变动信息模式）。

2. 无（人社部门线上提供的失业人员变动信息模式）。

二、办理流程

人社部门线下提供失业人员变动信息模式：

（一）人员参保。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（参保征缴）——参保管理——参保登记管理——职工参保登记，申报工资、征缴规则、基数核定规则等按照失业金代缴医疗虚拟单位默认不可修改，按照职工参保登记经办规程通过单个模式或批量模式完成人员参保（新参保、续保）。

（二）人员停保。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（参保征缴）——参保管理——职工参保人员管理——参保人员暂停缴费，单个模式：选择证件类型并录入证件号码，待后台校验证件号码通过后，录入暂时日期、暂停原因后选择停保险种，保存提交；批量模式：输入失业人员虚拟单位编号或通过虚拟单位名称检索虚拟参保单位，完成录入单位信息；选择批量模式；选择导盘操作模式，点击右下角工具栏，下载《职

工参保人员批量暂停缴费模板》，按照模板内格式填写完成停保人员信息，选择停保险种，录入暂时日期、暂停原因，点击批量导入，选择待导入文件，文件校验通过后，显示校验成功信息及校验失败信息，确认无误后，保存提交；选择勾选操作模式，选择停保险种，录入暂时日期、暂停原因，点击查询，列表显示符合规则的停保人员，勾选需停保人员后，保存提交；选择添加操作模式，选择停保险种，录入暂时日期、暂停原因，选择证件类型并录入证件号码，待后台校验证件号码通过后，继续录入需停保人员，录入完成后，保存提交。

（三）缴费核定。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（参保征缴）——缴费管理——参保缴费管理——特殊单位缴费核定，输入失业人员虚拟单位编号或通过虚拟单位名称检索虚拟参保单位，完成录入单位信息，确认或修改开始结束期号，点击查询，选择核定险种信息，保存提交

（四）单据生成。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（参保征缴）——缴费管理——基金征集管理——医疗保险费缴费单据生成，申办对象类型选择为单位（默认值），输入失业人员虚拟单位编号或通过虚拟单位名称检索虚拟参保单位后点击查询，选择征收方式（根据单位信息默认为经办机构自收），选择是否征收滞纳金、利息（默认为否），选择待征集信息后保存提交，生成征集单据。

人社部门线上提供失业人员变动信息模式：

（一）人员变动。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（参保征缴）——参保管理——参保登记管理——失业人员信息变动，系统根据当前期号判断人社部门是否完成当期失业人员申报，未完成的系统进行提示，已完成的，列表显示当期应续保或停保人员明细，核对无误后保存提交，显示续保或停保失败人员名单。

（二）缴费核定。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（参保征缴）——缴费管理——参保缴费管理——特殊单位缴费核定，输入失业人员虚拟单位编号或通过虚拟单位名称检索虚拟参保单位，完成录入单位信息，确认或修改开始结束期号，点击查询，选择核定险种信息，保存提交

（三）单据生成。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（参保征缴）——缴费管理——基金征集管理——医疗保险费缴费单据生成，申办对象类型选择为单位（默认值），输入失业人员虚拟单位编号或通过虚拟单位名称检索虚拟参保单位后点击查询，选择征收方式（根据单位信息默认为经办机构自收），选择是否征收滞纳金、利息（默认为否），选择待征集信息后保存提交，生成征集单据。

附件：职工基本医疗保险参保登记表

附件

表 2：职工基本医疗保险参保登记表（参考样表）

单位名称（盖章）：单位编码：险种：☐灵活就业人员

序号	姓名	身份证 件类型	身份证件号码	申报工资 （元/月）	变更类别						手机号码	备注
					增加	中断	终止	恢复	在职转退休	统筹区内转移		
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												

注：灵活就业人员无需单位盖章和填写单位编码。

填报人：

联系电话：

经办机构经办人：

年 月 日

单位参保信息变更登记业务操作指南

一、适用情况

用人单位医疗保险登记事项在发生变更或用人单位依法终止的，应当自变更或终止之日起 30 日内，到县级以上医保经办机构办理变更、注销社会保险登记手续。

二、所需材料

1. 《基本医疗保险参保单位信息变更登记表》（加盖单位公章）；

2. 参保单位发生解散、破产、合并、分立等涉及医疗保险关系及账户转移或其他情形终止参保的，需提供：《医疗保险参保信息变动表》（加盖单位公章）和根据注销类型提供相应材料（工商部门的注销通知、法院裁定企业破产等法律文书）、单位主管部门批准解散、撤销、终止的有关文件。

三、业务流程

（一）统一社会信用代码变更流程。

a. 进入医保业务基础子系统（参保征缴）>参保管理>参保单位管理>单位信息维护；

b. 在单位基本信息中对统一社会信用代码进行变更；

c. 点击保存。

（二）法人变更流程。

- a. 进入医保业务基础子系统（参保征缴）>参保管理>参保单位管理>单位信息维护；
- b. 在单位注册信息中对、法定代表人证件类型、法定代表人证件号码、法定代表人移动电话进行变更；
- c. 点击保存。

（三）单位合并流程。

- a. 进入医保业务基础子系统（参保征缴）>参保管理>参保单位管理>单位合并；
- b. 填写合并单位及被合并单位基本信息；
- c. 填写合并信息：合并时间；
- d. 点击保存。

（四）单位分户流程。

- a. 进入医保业务基础子系统（参保征缴）>参保管理>参保单位管理>单位分户；
- b. 填写分户单位及被分户单位基本信息；
- c. 填写分户信息：分户时间；
- d. 选择被分户人员
- e. 点击保存。

（五）单位注销流程。

- a. 进入医保业务基础子系统（参保征缴）>参保管理>参保单位管理>单位注销；
- b. 填写单位信息；

- c. 填写变更信息：注销日期、注销原因；
- d. 点击保存。

附件：基本医疗保险参保单位信息变更登记表

附件

表 4：基本医疗保险参保单位信息变更登记表（参考样表）

单位编码：

填表日期：

原登记事项			变更事项	
单位名称			单位名称	
住所（地址）			住所（地址）	
单位类型			单位类型	
法定代表人 （负责人）	姓名		姓名	
	身份证件 号码		身份证件 号码	
	联系电话		联系电话	
缴费 单位 经办人	姓名		姓名	
	联系电话		联系电话	
开户 银行	账号		账号	
	开户行		开户行	
其他				
备注				
经办机构审 核意见	经办人：（受理单位盖章） 年 月 日			

职工参保信息变更登记业务操作指南

一、适用情况

职工参保信息及参保状态发生改变时，如：离退休、离职、职务调动、单位调动、参保信息需更正等。

二、所需材料

1. 职工本人提供医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；
2. 《基本医疗保险职工参保信息变更登记表》（关键信息变更加盖单位公章）；
3. 在职转退休需提供《退休审批表》或退休文件和《医疗保险信息变更表》（加盖单位公章）；
4. 停保续保需由新单位出具员工停保原因说明。

三、业务流程

（一）姓名、性别、身份证件信息变更流程。

- a. 进入医保业务基础子系统（参保征缴）>参保管理>职工参保人员管理>人员重要信息维护；
- b. 人员查询：证件类型、证件号码；
- c. 人员基本信息：填写需变更的信息；
- d. 点击保存。

（二）暂停缴费流程。

- a. 进入医保业务基础子系统（参保征缴）>参保管理>职工参保人员管理>参保人员暂停缴费；
- b. 填写人员基本信息：证件类型、证件号码、暂停日期、暂停原因；
- c. 人员基本信息：填写需变更的信息；
- d. 点击保存。

（三）停保流程。

- a. 进入医保业务基础子系统（参保征缴）>参保管理>参保人员管理>人员终止参保；
- b. 填写人员基本信息：证件类型、证件号码；
- c. 变更信息：终止原因、终止时间；
- d. 点击保存。

（四）续保流程（该模块为现行银海系统流程）。

- a. 填写个人信息；
- b. 填写新单位基本信息；
- c. 填写缴费工资、续保日期、续保原因；
- d. 点击保存。

（五）职务变更流程。

- a. 进入医保业务基础子系统（参保征缴）>参保管理>职工参保人员管理>人员一般信息维护；
- b. 人员查询：证件类型、证件号码；

- c. 人员基本信息：行政职务、专业技术职务等级；
- d. 点击保存。

（六）在职转退休流程。

- a. 进入医保业务基础子系统（参保征缴）>参保管理>参保人员管理>在职转退休；
- b. 填写人员基本信息：证件类型、证件号码；
- c. 填写单位基本信息：单位编号、单位名称；
- d. 填写退休信息：离退休类型、离退休时间、离退休工资；
- e. 点击保存。

附件：基本医疗保险职工参保信息变更登记表

附件

表 5：基本医疗保险职工参保信息变更登记表（参考样表）

单位名称： 单位编码： 联系电话： ☐关键信息 ☐非关键信息 年 月 日

序号	身份证件号码	姓名	变更项目	变更前	变更后	签字	备注
1							
2							
3							
4							
5							
6							
单位经办人 (签章)		单位意见 (盖章)		经办机构 意见			

备注：灵活就业人员无需单位盖章和填写单位信息

单位征缴基数申报业务操作指南

一、所需材料

1. 《职工基本医疗保险参保登记表》（加盖单位公章）；
2. 职工工资发放花名册（加盖单位公章）；
3. 缴费工资电子盘。

二、操作流程

- a. 进入医保业务基础子系统（参保征缴）>参保管理>参保缴费工资管理>缴费工资申报核定>批量模式；
- b. 单位信息：单位编号、单位名称；
- c. 导入工资申报信息：导盘模式；
- d. 点击保存。

附件：职工基本医疗保险参保登记表

附件

职工基本医疗保险参保登记表（参考样表）

单位名称（盖章）：单位编码：险种：☐ 灵活就业人员

序号	姓名	身份证件类型	身份证号码	申报工资 (元/月)	变更类别						首次参保日期	用工形式	手机号码	备注
					增加	中断	终止	恢复	在职转退休	统筹区转移				
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														

注：灵活就业人员无需单位盖章和填写单位编码。

填报人：联系电话：经办机构经办人：年 月 日

个人一次性趸缴业务操作指南

一、所需材料

1. 电子医保凭证或有效身份证件或社保卡;
2. 社保局提供的退休审批表（未交养老保险的不用提供）。

二、操作流程

- a. 进入医保业务基础子系统（参保征缴）>缴费管理>参保缴费管理>医保退休不满足年限一次性缴纳;
- b. 录入登记证件信息或医保电子凭证号码;
- c. 导入工资预计退休时间等信息;
- d. 点击保存。
- e. 系统计算应缴费金额并发征集单到税务部门。

个人应缴工资基数核定业务操作指南

一、所需材料

1. 职工本人提供医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；
2. 《缴费基数申报表》（加盖单位公章）；
3. 职工工资发放花名册（加盖单位公章）。

二、操作流程

- a. 进入医保业务基础子系统（参保征缴）>参保管理>参保缴费工资管理>缴费工资申报核定>单个模式；
- b. 填写人员基本信息：证件类型、证件号码；
- c. 填写申报信息：险种类型、开始年月、结束年月、申报工资；
- d. 点击保存。

附件：缴费基数申报表

附件

表 5：基本医疗保险职工参保信息变更登记表（参考样表）

单位名称： 单位编码： 联系电话： ☐关键信息 ☐非关键信息 年 月 日

序号	身份证件号码	姓名	变更项目	变更前	变更后	签字	备注
1							
2							
3							
4							
5							
6							
单位经办人 (签章)		单位意见 (盖章)			经办机构 意见		

备注：灵活就业人员无需单位盖章和填写单位信息

单位缓交认定业务操作指南

一、经办条件

经办条件：原则上基本医疗保险费不予缓缴。对因特殊原因导致单位暂时经济困难无力缴纳基本医疗保险费的用人单位，可以向医保经办机构提出书面申请，经中心领导、局领导审查批准后方可缓缴。缴缴期限不得超过2个月，缓缴期内应及时补足缓缴期间应缴纳的基本医疗保险费及利息。国家单独作出特殊规定的，按规定执行。

二、所需材料

缓缴医疗保险费申请（加盖单位公章）。

三、操作流程

- a. 进入医保业务基础子系统（参保征缴）>缴费管理>参保缴费管理>单位缓缴认定；
- b. 输入单位信息：单位编号、单位名称；
- c. 填写缓缴认定信息：缓缴险种、缓交类型、认定方向、开始年月、结束年月、认定类型；
- d. 点击保存。

单位欠费补缴业务操作指南

一、经办条件

省本级中断缴费不足 6 个月的用人单位，按实际中断缴费月份补足应缴的基本医疗保险费、利息和滞纳金，其职工和退休人员自补足所欠基本医疗保险费的次月起恢复基本医疗保险待遇。用人单位未按规定缴纳和代扣代缴医疗保险费的，除补缴欠缴数额外，从欠缴之日起，按日加收千分之二的滞纳金。滞纳金并入医疗保险统筹基金。其余统筹区按各自政策规定执行。

二、所需材料

1. 单位营业执照原件；
2. 经办人身份证原件。

三、操作流程

- a. 进入医保业务基础子系统（参保征缴）>缴费管理>参保缴费管理>单位欠费补缴>批量模式；
- b. 输入单位信息：单位编号、单位名称；
- c. 填写补缴条件：险种信息、开始期号、结束期号、利息征收标志、滞纳金征收标志、退收范围；
- d. 点击查询；
- e. 点击保存。

个人账户注入业务操作指南

一、经办条件

医疗补助经费的筹集分为个人帐户注入资金（铺垫资金）和省级国家公务员医疗补助经费。

二、所需材料

1. 《单位营业执照》原件；
2. 经办人身份证原件。

三、操作流程

- a. 进入医保业务基础子系统（参保征缴）>个人账户收入管理>个人账户注入>批量模式>导盘模式或勾选模式；
- b. 输入单位信息：单位编号、单位名称；
- c. 填写注入信息：险种类型、定额标志、注入类型、注入日期、注入金额；
- d. 点击保存。

退休老干账户注入业务操作指南

一、经办条件

退休（职）人员按其退休时享受待遇和工龄，比照在职人员同档标准注入。

二、所需材料

1. 医保电子凭证或医保卡；
2. 经办人身份证原件。

三、操作流程

- a. 进入医保业务基础子系统（参保征缴）>个人账户收入管理>退休老干账户注入>批量模式>导盘模式或勾选模式；
- b. 输入单位信息：单位编号、单位名称；
- c. 填写注入信息：险种类型、定额标志、参保所属医保区划、注入日期、开始时间、结束时间；
- d. 导入信息校验；
- e. 点击保存。

参保单位参保信息查询业务操作指南

一、所需材料

参保单位提交公函和经办人居民身份证原件(单位经办人办理)。

二、操作流程

- a. 进入医保业务基础子系统(参保征缴)>综合查询>单位综合查询;
- b. 输入单位编号;
- c. 查询内容: 基本信息、缴费明细、职工列表、变更历史信息、征集单信息。

参保人员参保信息查询业务操作指南

一、所需材料

参保人居民身份证原件或委托人、受托人居民身份证原件（委托他人办理）。

二、操作流程

- a. 进入医保业务基础子系统（参保征缴）>综合查询>人员综合查询；
- b. 输入人员基本信息：证件类型、证件号码；
- c. 查询内容：人员基础信息、人员参保信息、历史参保信息、变更历史信息、职工缴费信息、居民缴费信息、视同缴费信息、人员特殊身份认定信息、人员基数信息、账户信息、实账户支出明细信息、转移查询、个人药店信息、个人门诊信息、个人住院信息、生育信息、备案汇总信息、人员角色目录信息、白名单、零星报销查询、人员就诊信息。

参保人员个人账户转移业务操作指南

一、办理条件

参保人在跨地区流动就业时把原就业地的基本医疗保险缴费年限及个人账户转到新就业地，以便在两地的医疗保险年限能够累计计算。

二、所需材料

1. 申请人向医保经办服务窗口提交本人居民身份证（或电子医保凭证）；
2. 《基本医疗保险关系转移接续申请表》。

三、办理流程

1. 由全省通办服务窗口接受申请，交转入地医保经办机构，由转入地经办机构受理并负责办结。
2. 转入地经办机构应在受理后 5 个工作日内生成并发出《联系函》。
3. 转出地经办机构收到《联系函》后 10 个工作日内生成、发出《信息表》并划转或一次性清退个人账户资金。
4. 转入地经办机构收到《信息表》和转移资金后应在 5 个工作日内办结。
5. 有条件的可通过平台、网络、APP 等方式进行信息传递。

附件：基本医疗保险关系转移接续申请表

表 9: 基本医疗保险关系转移接续申请表 (参考样表)

编号: (省份)(统筹区)(年份)(第XXXX号)

参保人员信息					
姓名		性别		年龄	
身份证件号码			联系电话		
户籍地址				户籍类型	☐ 居民
					☐ 农业 ☐ 非农业
					☐ 台港澳 ☐ 外籍
联系地址				邮政编码	
现参加的基本医疗保险类型	☐ 职工医保 ☐ 城乡居民医保 ☐ 其他（请说明）				
转出地医疗保障经办机构信息					
机构名称		联系电话		行政区划代码	
机构地址				邮政编码	
申请人信息（若参保人办理，则不需填写）					
姓名	身份证件号码		与参保人关系	联系电话	
联系地址				邮政编码	

申请人(签字):

申请时间: 年 月 日

个人账户一次性清退业务操作指南

一、办理条件

参加城镇职工医疗保险的死亡人员；因工作调动暂不能提供转入地医保经办部门银行账户。

二、所需材料

1. 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；
2. 《职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表》；
3. 提供死亡职工继承人身份证、银行卡账户信息，通过数据共享无法查询死亡信息的应提供个人承诺书。

三、办理流程

- a. 个人账户一次性支取：因城镇职工死亡或工作关系调动（如调到外省）时，先在系统内办理医保终止参保。
- b. 进入系统，在个人账户一次性支取模块进行个人账户一次性支取登记，提交复审岗进行复核。
- c. 通过“结息”功能，复审岗审核后，冻结个人账户，进行结息。
- d. 系统结息后，可在支取信息中增加利息金额数据。

附件：职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表

附件

**表 7：职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表
(参考样表)**

支取人签字：_____ 年 月 日

参保人基本情况					
姓名			身份证件号码		
支取原因	☐ 死亡 ☐ 出国定居 ☐ 主动放弃 ☐ 其他				
工作单位					
账户号码					
开户行					
继承人(代表人)基本情况					
姓名			与参保人关系		
身份证件号码			联系电话		
常住地址			工作单位		
账户号码					
开户行					
经协商,由_____代表全部继承人办理支取业务,有关款项汇入其名下银行账户,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: _____ 年 月 日					
被委托人基本情况(如无被委托人,无需填写)					
姓名		身份证件号码		联系电话	
备注					

个人账户扣款业务操作指南

一、办理条件

对应停止统筹基金划拨个人账户的，却实际未停止划拨的，对多划拨的款项应予追缴。经查询：个人账户余额能冲抵多划拨款项的，直接从个人账户进行扣款，对扣款的余额办理清退手续（操作指南见 29）；对个人账户余额不足以冲抵多划拨款项的，工作人员冻结个人账户。参保人所在单位向申请人或参保人家属进行追缴，并将款项缴入基金收入户，再划拨到基本医疗保险统筹基金。

二、所需材料

无

三、操作流程

（一）扣款流程。

- a. 进入医保业务基础子系统（参保征缴）>个人账户收入管理>个人账户多划账扣款；
- b. 输入人员基本信息：证件类型、证件号码并冻结个人账户；
- c. 工作人员根据个人余额情况进行扣款处理，保存打印《扣

款申请表》；

（二）追缴流程。

a. 进入医保业务基础子系统（参保征缴）>个人账户收入管理>个人账户多划账追回；

b. 输入人员基本信息：证件类型、证件号码并冻结个人账户；

c. 填写账户信息：追回金额；

d. 点击保存；

e. 打印《追缴申请表》（一式三份，参保人员、经办及基金财务部门各留存一份），

f. 基金财务科收到款项后，划入基本医疗保险统筹基金。

参保个人信息录入业务操作指南

一、所需材料

1. 有效身份证件（有效身份证件包括身份证、居住证、户口簿、护照、港澳居民来往内地通行证、港澳台居民居住证、外国人永久居留证等）或社保卡、医保电子凭证；
2. 《XX 地区城乡居民基本医疗保险参保登记表》；
3. 代办人需提供代办人身份证原件和办理人员有效身份证件复印件或社保卡复印件。

二、办理流程

（一）参保属地信息录入。

在“医保业务子系统（参保征缴）”——“参保管理”——“城乡居民参保登记”——“居民单位信息”——选择“单位编号”填入所属参保地信息（单位编号、单位名称、单位管理类型）；

（二）居民参保信息录入（单个模式）。

1. 在“医保业务子系统（参保征缴）”——“参保管理”——“城乡居民参保登记”——“单个模式”——“人员基本信息”——填入参保人员信息（必填项：证件类型、证件号码、姓名、民族、性别、出生日期）；

2. 在“医保业务子系统（参保征缴）”——“参保管理”——“城乡居民参保登记”——“单个模式”——“联系信息”——填入参保人员联系信息（非必填，建议必填联系电话信息）；

3. 在“医保业务子系统（参保征缴）”——“参保管理”——“城乡居民参保登记”——“单个模式”——“银行信息”——填入参保人员银行信息（非必填）；

4. 在“医保业务子系统（参保征缴）”——“参保管理”——“城乡居民参保登记”——“单个模式”——“险种选择”——填入参保人员参保险种（系统默认：城乡居民基本医疗保险）；

5. 在“医保业务子系统（参保征缴）”——“参保管理”——“城乡居民参保登记”——“单个模式”——“参保信息”——填入本次参保信息（必填项：本次参保日期、首次参保年月、人员类别、缴费档次、征收方式、最大做账期号）；

6. 完善以上信息后，点击“保存”完成单个参保人员参保登记

（三）居民参保信息录入（批量模式）。

1. 在“医保业务子系统（参保征缴）”——“参保管理”——“城乡居民参保登记”——“批量模式”——选择“导盘模式”——输入“本次参保日期”——“参保信息”中点击“批量导入”选择已做好需导入的批量参保人员信息表，导入信息与“校验成功信息”数据核对无误，点击“保存”完成批量导入。

参保信息变更登记业务操作指南

一、所需材料

1. 有效身份证件（有效身份证件包括身份证、居住证、户口簿、护照、港澳居民来往内地通行证、港澳台居民居住证、外国人永久居留证等）或社保卡、医保电子凭证；
2. 《XX市/州基本医疗保险城乡居民参保信息变更登记表》
3. 代办人需提供代办人身份证原件和办理人员有效身份证件复印件或社保卡复印件。

二、办理流程

（一）单个模式。

在“医保业务子系统（参保征缴）”——“参保管理”——“城乡居民参保维护”——“个人模式”——“人员查询”中输入办理人的证件号码查询——“人员基本信息”——变更相关信息——点击“保存”完成参保人员参保信息变更。

（二）批量模式。

在“医保业务子系统（参保征缴）”——“参保管理”——“城乡居民参保维护”——“批量模式”——选择“导盘模式”——输入参保单位编号确定参保人属地——选择“批量导入”选择已做好的需导入的批量参保人员变更信息表（此表明确参保单位编号和个人参保编号不能变更），导入信息与“校验通过信息”数据核对无误后，点击“保存”完成批量参保信息变更。

基本医疗保险征缴实收对账（职工 医保-单位、个人缴费）业务操作指南

一、所需材料

1. 税务部门提供月《XX市/州实际税务征收明细表》；
2. 财务部门提供的《医保基金实收分配情况表》。

二、办理流程

（一）通过国家医疗保障信息平台核对税务部门款项与实收款项（单位及个人）是否一致。

登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（公共）——税务代征——税务代征数据对账——选择险种类型——到账起始时间——到账截止时间——查询对账数据——根据模块显示内容：单位应费金额、个人应缴金额、单位划统筹金额、单位划入个帐金额、滞纳金、利息与税务部门提供的数据进行核对——数据有误差，导出对账起止期内所有缴费记录——将税务提供的征收明细与国家医疗保障信息平台导出的缴费记录进行比对——核对税务本月征收部分——核对税务本月征收的非本月部分——分析误差原因，并列出误差数额——核对征收总额--完成税务对账。

（二）通过国家医疗保障信息平台导出数据与《XX市/州实际税务征收明细表》（单位、个人缴费）进行数据核对。

需核对数据为：1. 本月税务实际征收基本医疗保险、大额医疗补助的金额（分为单位、个人部分）、单位划入统筹金额、单位划入个人帐户金额、单位缴纳公务员补助金额。

2. 本月税务实际征收非本月基本医疗保险、大额医疗补助的金额（分为单位、个人部分）、单位划入统筹金额、单位划入个人帐户金额、单位缴纳公务员补助金额。数据准确，填写《医保基金实收分配情况表》，返基金财务科，结束税务对账。数据有误差，通过基金财务科与税务部门、财政部门进行沟通，找出数据误差原因，核对无误后填写《医保基金实收分配情况表》，返基金财务科，结束税务对账。

城乡医保个人缴费业务操作指南

一、所需材料

1. 有效身份证件
2. 代办人需提供办理人员有效身份证件复印件。

二、办理流程

（一）缴费流程。新增参保人员需到医保经办部门通过税务部门提供的客户端软件采集缴费人登记基础信息,打印《银行端查询微税凭证》交缴费人缴费成功后,完成参保登记基础信息反馈医保信息系统。

（二）数据核实。与税务部门建立数据交换机制，每月 25 日提取医保信息系统内数据，通过医税平台核对税务部门推送缴费人数、金额明细和实收款项。

（三）特殊人群核实。每月 25 日提取医保信息系统内数据，分解至各县（市、新区），由各县（市、新区）医保局核实特殊人群政府资助全额代缴或差额补助款项与资助缴费人数台账是否一致。

城乡医保补助资金业务操作指南

一、所需材料

1. 省财政厅、医保局下发城乡居民基本医疗补助资金文件；
2. 州财政局、医保局下发城乡居民基本医疗补助资金文件；
3. 次年清算人数后省医保局、财政厅下发补助资金文件；

二、办理流程

（一）数据提取。每年7月提取截止6月底医保信息系统内各县（市、新区）参保人数，按照中央、省、州、县分配比例测算应承担金额部分后联合州财政局下发州、县两级资金匹配文件。

（二）金额核实。州、县两级根据资金匹配文件，将相关金额拨付至州医保基金财政专户，州财政、医保局根据银行入账情况进行账务处理，并在当年12月前进行核实对帐。

（三）补助资金结算。次年根据省局文件，对参保数据进行核实清理后上报最终上年度6月底参保情况至财专办，财专办再次进行核实清理后，下发最终资金结算文件。

省级基本医疗保险转移收入业务操作指南

一、所需资料

1. 贵州省基本医疗转移通知单；
2. 银行回单。

二、操作流程

当收到业务部门提交的基本医疗保险转移通知单，与银行流水核对无误后打印回单，登陆贵州省医疗保障信息系统——基金财务——柜台收款处理(输入财务接口流水号)——增加单据(查看转入金额，转入姓名是否与业务单据一致，单据一致可进行处理)——进入业务确认转移收入财务到账处理。

一次性补缴医保收入业务操作指南

一、所需资料

1. 退休时一次性补缴征缴单；
2. 银行回单。

二、操作流程

当收到业务部门提交的退休时一次性补缴征缴单，与银行流水核对无误后打印回单，登陆贵州省医疗保障信息系统——基金财务——柜台收款处理(输入财务接口流水号)——增加单据(查看转入金额，转入姓名是否与业务单据一致，单据一致可进行处理)——进入业务确认转移收入财务到账处理——为参保单开具缴费凭证。

失业人员缴纳医保收入业务操作指南

一、所需资料

1. 失业人缴费通知单；
2. 银行回单。

二、操作流程

当收到业务部门提交的失业人缴费通知单，与银行流水核对无误后打印回单，登陆贵州省医疗保障信息系统——基金财务——柜台收款处理(输入财务接口流水号)——增加单据（查看转入金额，转入姓名是否与业务单据一致，单据一致可进行处理）——进入业务确认转移收入财务到账处理——为参保单开具缴费凭证。

贵州省基本医疗保险月结算费用 支付业务操作指南

一、所需资料

贵州省基本医疗保险费用月结算拨付汇总单。

二、操作流程

收业务提交的各部门和分管领导签字完成贵州省基本医疗保险费用月结算拨付汇总单后，登录国家医疗保障信息平台，银行报盘管理——业务拨付数据交接确认（确认系统拨付数据与业务提交的纸质单据是否一致，笔数、金额、结算批次号必须一致，数据一致则可进行拨付）——银行代发报盘处理（确认所拨付的数据以后，向银行进行一个报盘发送）——登录银医互联系统代发系统——基金支付审批——初审（查询支付批次号，查看金额、笔数、单位名称、单位账户、开户行等是否正确，确认无误可进行支付）——一级复核——二级复核——三级复核——审批流程完成——银行回盘处理（可查询拨付的款项是否成功）——支付流程完成。

贵州省基本医疗保险费用年度保证金 拨付业务操作指南

一、所需资料

贵州省基本医疗保险费用年度保证金拨付汇总单。

二、操作流程

收业务提交的各部门和分管领导签字完成贵州省基本医疗保险费用年度保证金拨付汇总单后，登录国家医疗保障信息平台，银行报盘管理——业务拨付数据交接确认（确认系统拨付数据与业务提交的纸质单据是否一致，笔数、金额、结算批次号必须一致，数据一致则可进行拨付）——银行代发报盘处理（确认所拨付的数据以后，向银行进行一个报盘发送）——登录银医互联系统代发系统——基金支付审批——初审（查询支付批次号，查看金额、笔数、单位名称、单位账户、开户行等是否正确，确认无误可进行支付）——一级复核——二级复核——三级复核）——审批流程完成——银行回盘处理（可查询拨付的款项是否成功）——支付流程完成。

贵州省基本医疗保险费用年终清算 拨付业务操作指南

一、所需资料

贵州省基本医疗保险费用年终清算拨付汇总单。

二、费用支付操作流程

收业务提交的各部门和分管领导签字完成贵州省基本医疗保险费用年终清算拨付汇总单后，登录国家医疗保障信息平台，银行报盘管理——业务拨付数据交接确认（确认系统拨付数据与业务提交的纸质单据是否一致，笔数、金额、结算批次号必须一致，数据一致则可进行拨付）——银行代发报盘处理（确认所拨付的数据以后，向银行进行一个报盘发送）——登录银医互联系系统代发系统——基金支付审批——初审（查询支付批次号，查看金额、笔数、单位名称、单位账户、开户行等是否正确，确认无误可进行支付）——一级复核——二级复核——三级复核——审批流程完成——银行回盘处理（可查询拨付的款项是否成功）——支付流程完成。

定点医疗机构药品和耗材集中采购 预付款拨付业务操作指南

一、所需资料

定点医疗机构贵州省基本医疗保险药品和耗材集中采购预付款申报拨付汇总单。

二、操作流程

收业务提交的各部门和分管领导签字完成定点医疗机构药品和耗材集中采购预付款申报拨付汇总单后，登录网银——出纳制单（根据业务单据的金额进行制单，录入收款人户名、账号、开户行、金额后制单完成）——一级复核——二级复核——三级复核——审批支付流程完成。

异地就医医疗支出结算业务操作指南

一、所需资料

异地就医医疗支出结算月末划转财政明细表。

二、操作流程

月末最后一个工作日，查询机关事业单位和企业医疗保险收入户月末余额，制作异地就医医疗支出结算月末划转财政明细表，经部门领导签字完成后，划转财政，登录网银——出纳制单（根据所制作的明细进行制单，录入收款人户名、账号、开户行、金额后制单完成）——一级复核——二级复核——三级复核——审批支付流程完成。

贵州省基本医疗保险费用个人账户清退 拨付业务操作指南

一、所需资料

贵州省基本医疗保险费用个人账户清退汇总单。

二、操作流程

收业务提交的各部门和分管领导签字完成贵州省基本医疗保险费用个人账户清退拨付汇总单后，登录国家医疗保障信息平台，银行报盘管理——业务拨付数据交接确认（确认系统拨付数据与业务提交的纸质单据是否一致，笔数、金额、结算批次号必须一致，数据一致则可进行拨付）——银行代发报盘处理（确认所拨付的数据以后，向银行进行一个报盘发送）——登录银医互联系统代发系统——基金支付审批——初审（查询支付批次号，查看金额、笔数、单位名称、单位账户、开户行等是否正确，确认无误可进行支付）——一级复核——二级复核——三级复核——审批流程完成——银行回盘处理（可查询拨付的款项是否成功）——支付流程完成。

贵州省基本医疗保险转移拨付业务操作指南

一、所需资料

贵州省基本医疗保险转出金额拨付汇总单。

二、费用支付操作流程

收业务提交的各部门和分管领导签字完成贵州省基本医疗保险转出金额拨付汇总单后，登录网银——出纳制单（根据业务单据的金额进行制单，录入收款人户名、账号、开户行、金额后制单完成）——一级复核——二级复核——三级复核——审批支付流程完成——登录国家医疗保障系统——付款确认处理（输入财务接口流水号，核对确认数据与纸质单据是否一致，一致则进行确认）--财务转出完成。

贵州省基本医疗保险单位零星报销 费用拨付业务操作指南

一、所需资料

1. 贵州省基本医疗保险单位零星报销审核拨付通知；
2. 费用审核情况回执单；
3. 费用报销申报结算表；
4. 原始发票。

二、操作流程

收业务提交的各部门和分管领导签字完成省级医疗保险单位零星报销拨付通知、回执单、申报结算表及原始发票后，登录国家医疗保障信息平台，银行报盘管理——业务拨付数据交接确认（确认系统拨付数据与业务提交的纸质单据是否一致，笔数、金额、结算批次号必须一致，数据一致则可进行拨付）——银行代发报盘处理（确认所拨付的数据以后，向银行进行一个报盘发送）——登录银医互联系统代发系统——基金支付审批——初审（查询支付批次号，查看金额、笔数、单位名称、单位账户、开户行等是否正确，确认无误可进行支付）——一级复核——二级复核——三级复核——审批流程完成——银行回盘处理（可查询拨付的款项是否成功）——支付流程完成。

铺垫资金财政补助拨付业务操作指南

一、所需资料

铺垫资金财政补助拨付审批表。

二、操作流程

收业务部门提交的各部门和分管领导签字的铺垫资金财政补助拨付审批表，拨付的金额为财政补助部分。登录网银——出纳制单（根据审批表明细进行制单，录入收款人户名、账号、开户行、金额后制单完成）——一级复核——二级复核——三级复核——审批支付流程完成。

铁路电力个人账户清退拨付业务操作指南

一、所需资料

铁路（电力）分中心医疗保险个人账户清退汇总单。

二、费用支付操作流程

收业务提交的各部门和分管领导签字完成铁路电力医疗保险个人账户清退拨付汇总单后，登录网银——出纳制单（根据业务单据的金额进行制单，录入收款人户名、账号、开户行、金额后制单完成）——一级复核——二级复核——三级复核——审批支付流程完成。

省级医疗保险铁路电力零星报销 业务操作指南

一、所需资料

1. 省级医疗保险单位零星报销审核拨付通知；
2. 费用审核情况回执单（铁路、电力）。

二、操作流程

收业务提交的各部门和分管领导签字完成省级医疗保险单位零星报销拨付通知、回执单后，登录网银——出纳制单（根据拨付通知进行制单，录入收款人户名、账号、开户行、金额后制单完成）——一级复核——二级复核——三级复核——审批支付流程完成。

其他支出（省外异地安置个人账户 返还）操作指南

一、所需资料

贵州省基本医疗保险省外异地安置个人账户返回（铁路）。

二、费用支付操作流程

收业务提交的各部门和分管领导签字完成贵州省基本医疗保险省铁路外异地安置个人账户返回汇总单后，登录网银——出纳制单（根据业务单据的金额进行制单，录入收款人户名、账号、开户行、金额后制单完成）——一级复核——二级复核——三级复核——审批支付流程完成。

异地就医定点医药机构月结算 费用支付操作指南

一、所需资料

异地就医联网定点医疗机构月结算拨付汇总单。

二、费用支付操作流程

收业务提交的各部门和分管领导签字完成异地就医联网定点医疗机构月结算拨付汇总单后，登录国家医疗保障信息平台，银行报盘管理——业务拨付数据交接确认（确认系统拨付数据与业务提交的纸质单据是否一致，笔数、金额、结算批次号必须一致，数据一致则可进行拨付）——银行代发报盘处理（确认所拨付的数据以后，向银行进行一个报盘发送）——登录银医互联系系统代发系统——基金支付审批——初审（查询支付批次号，查看金额、笔数、单位名称、单位账户、开户行等是否正确，确认无误可进行支付）——一级复核——二级复核——三级复核——审批流程完成——银行回盘处理（可查询拨付的款项是否成功）——支付流程完成。

异地就医两定机构预付款拨付操作指南

一、所需资料

局长办公会会议纪要

二、操作流程

收局长办公会会议纪要后，根据会议纪要内容，登录网银——出纳制单（根据会议纪要通过金额进行制单，录入收款人户名、账号、开户行、金额后制单完成）——一级复核——二级复核——三级复核——审批支付流程完成。

城乡医疗救助资金支出操作指南

一、救助范围

符合各地城乡医疗救助(以下简称医疗救助)标准的人员(具体见 72、72 项业务操作指南)。

二、拨款流程

县级医疗救助经办机构财务人员收到医疗救助拨款汇总单,复核相关数据无误后,进行医疗救助资金拨付。其中:定点医疗机构申报医疗救助资金直接划入医疗机构对公账户,个人零星申报医疗救助资金通过“一卡通”进行发放。

城乡居民基金支出业务操作指南

一、所需材料

1. 定点医疗机构申报费用汇总表；
2. 定点医疗机构申报费用明细表；
3. 定点医疗机构医保部门自审报告；
4. 审核拨付汇总表。

二、办理流程

（一）费用审核。登录贵州省医保信息系统，进入居民医疗待遇——医院费用审核模块，依次完成已申报的定点医疗机构费用审核。

（二）审核情况汇总。登录贵州省医保信息系统，进入居民医疗待遇——医院费用审核模块，完成审核、扣款操作后，导出审核汇总情况。

（三）提交审核情况。审核部门向基金拨付部门提供本期审核待拨付汇总表。

（四）复核。基金拨付部门对收到的待拨付数据进行复核。

（五）基金拨付。收业务提交的各部门和分管领导签字完成待拨付汇总表后。

1. 通过登录国家医疗保障信息平台进行支付，银行报盘管理——业务拨付数据交接确认（确认系统拨付数据与业务提交的纸质单据是否一致，笔数、金额、结算批次号必须一致，数据一致则可进行拨付）——银行代发报盘处理（确认所拨付的数据以后，向银行进行一个报盘发送）——登录银医互联代发系统——基金支付审批——初审（查询支付批次号，查看金额、笔数、单位名称、单位账户、开户行等是否正确，确认无误可进行支付）——一级复核——二级复核——三级复核——审批流程完成——银行回盘处理（可查询拨付的款项是否成功）——支付流程完成。

2. 通过登录网银支付——出纳制单（根据业务单据的金额进行制单，录入收款人户名、账号、开户行、金额后制单完成）——一级复核——二级复核——三级复核——审批支付流程完成。

- 附件：
1. 定点医疗机构申报费用汇总表（参考）
 2. 定点医疗机构申报费用明细表（参考）
 3. 审核拨付汇总表（参考）

附件 1

贵阳市城乡居民基本医疗保险定点医疗机构申报费用汇总表

申报单位： 申报时间：2020年12月1日-2020年12月31日 单位：元

序号	单位名称	普通门诊				普通住院				重大疾病				特殊疾病				人次总计	发生费用总计	政策范围内费用总计	申报费用总计
		人次	发生费用	政策范围内费用	申报费用	人次	发生费用	政策范围内费用	申报费用	人次	发生费用	政策范围内费用	申报费用	人次	发生费用	政策范围内费用	申报费用				
	合计																				

经办人 审核人 领导签字

附件 2

贵阳市城乡居民基本医疗保险定点医疗机构申报费用明细表

申报单位:

申报时间: 2020年12月1日-2020年12月31日

单位: 元

序号	姓名	性别	身份证号	地址	特殊人员属性	疾病名称	入院时间	出院时间	结算时间	结算类型	是否定额 结算病种	发生费用	政策范围 内费用	基本医保 报销金额	大病保险 报销金额	医疗救助 报销金额	计生扶助 金额	自费金额	医院承担 金额	备注
					建档立卡 特困供养人员 最低生活保障人员	国家医保 局发布ICD —10名称				普通门诊 普通住院 重大疾病 特殊疾病										
合计																				

附件 3

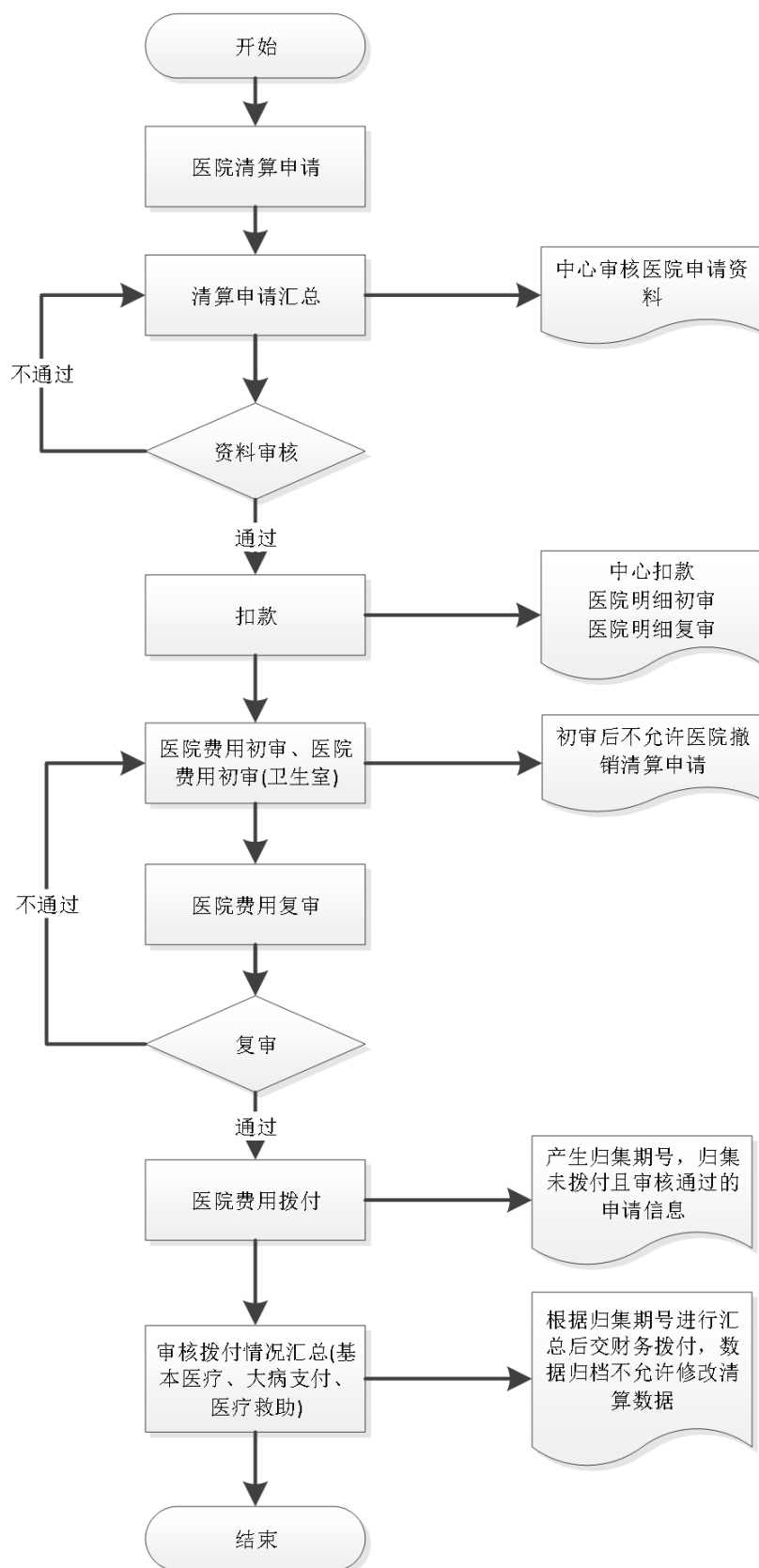
贵阳市城乡居民基本医疗保险审核拨付费用情况表

申报单位：		审核时间：2021年3月												申报时间：2020年12月1日-2020年12月31日												单位：元					
序号	单位名称	普通门诊						普通住院						重大疾病						特殊疾病						人次 总计	发生 费用 总计	政策 范围 内费 用	申报 费用 总计	违约 扣减 金额	审核 拨付 费用 总计
		人次	发生 费用	政策 范围 内费 用	申报 费用	违约 扣减 金额	审核 拨付 费用	人次	发生 费用	政策 范围 内费 用	申报 费用	违约 扣减 金额	审核 拨付 费用	人次	发生 费用	政策 范围 内费 用	申报 费用	违约 扣减 金额	审核 拨付 费用	人次	发生 费用	政策 范围 内费 用	申报 费用	违约 扣减 金额	审核 拨付 费用						
合计																															

审核人

复核人

贵阳市城乡居民基本医保业务审核清算流程



长期护理保险基金支出业务操作指南

一、所需材料

无。

二、办理流程

财务部门根据与商保公司签订的协议金额——分期支付给商保公司——次年完成上年度的清算工作。具体的支出由商保公司根据实际的发生额与患者家人和定点护理服务机构结算。

异地安置退休人员异地就医 备案业务操作指南

一、所需材料

1. 医保电子凭证或有效身份证件（有效身份证件包括身份证、居住证、户口簿、护照、港澳居民来往内地通行证、港澳台居民居住证、外国人永久居留证等）或社保卡；
2. 《异地就医登记备案表》（详见附件）；
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）。
4. 代办人需提供代办人身份证原件和办理人员医保电子凭证或有效身份证件复印件或社保卡复印件。

二、办理流程

（一）信息录入。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——个人待遇管理（城职）——个人就医登记管理——异地安置登记——异地安置登记，选择证件类型并录入证件号码或扫描医保电子凭证（查看医保电子凭证或有效身份证件或社保卡确认信息），点击新增分别录入异地就医类别（异地安置）、安置地医保区划、登记生效开始日期等必填信

息后（按照参保人员或代办人员提交的《异地就医登记备案表》有关信息进行录入，并将《异地就医登记备案表》保存归档），点击提交并进行保存。

（二）信息审核。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——个人待遇管理（城职）——个人就医登记管理——异地安置登记——异地安置登记审核。

1. 单次审核，选择证件类型并录入证件号码或扫描医保电子凭证，点击查询，对数据进行审核，点击保存。

2. 批量审核，点击批量审核，对数据进行审核，点击保存。

附件：1. 异地就医登记备案表

2. 个人承诺书

附件 1

备案编号：

表 12：异地就医登记备案表（参考样表）

姓 名		性 别		险种	☐ 职工医保 ☐ 城乡居民医保
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 ☐ 异地转诊人员 ☐ 其他：		登记类别	☐ 新增 ☐ 变更	
身份证件号码					
参保地 联系地址			就医地联系地址		
联系电话 1			联系电话 2		
转往省 (市、区)		地区 (市、州)		县(区)	
温馨提示 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. 到北京、天津、上海、重庆、海南、西藏和新疆生产建设兵团就医，备案到就医省份即可。 4. 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。					
☐ 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

表 15: 个人承诺书 (参考样式)

本人_____ (身份证件号码: _____),
办理_____业务。因个人原因
无法提供_____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:

通讯地址: CHINA HEALTHCARE SECURITY

承诺人 (签名、指印):

年 月 日

异地长期居住人员异地就医备案 业务操作指南

一、所需材料

1. 医保电子凭证或有效身份证件（有效身份证件包括身份证、居住证、户口簿、护照、港澳居民来往内地通行证、港澳台居民居住证、外国人永久居留证等）或社保卡；
2. 《异地就医登记备案表》（详见附件）；
3. 长期居住认定材料（居住证明或个人承诺书）；
4. 代办人需提供代办人身份证原件和办理人员医保电子凭证或有效身份证件复印件或社保卡复印件。

二、办理流程

（一）信息录入。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——个人待遇管理（城职）——个人就医登记管理——异地安置登记——异地安置登记，选择证件类型并录入证件号码或扫描医保电子凭证（查看医保电子凭证或有效身份证件或社保卡确认信息），点击新增分别录入异地就医类别（异地长期居住人员）、安置地医保区划、登记生效开始日期等必填信息后（按照参保人员或代办人员提交的《异地就医登记

备案表》有关信息进行录入，并将《异地就医登记备案表》保存归档），点击提交并进行保存。

（二）信息审核。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——个人待遇管理（城职）——个人就医登记管理——异地安置登记——异地安置登记审核。

1. 单次审核，选择证件类型并录入证件号码或扫描医保电子凭证，点击查询，对数据进行审核，点击保存。

2. 批量审核，点击批量审核，对数据进行审核，点击保存。

附件：1. 异地就医登记备案表

2. 个人承诺书

附件 1

备案编号：

表 12：异地就医登记备案表（参考样表）

姓 名		性 别		险种	☐ 职工医保 ☐ 城乡居民医保
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 ☐ 异地转诊人员 ☐ 其他：		登记类别	☐ 新增 ☐ 变更	
身份证件号码					
参保地 联系地址			就医地联系地址		
联系电话 1			联系电话 2		
转往省 (市、区)		地区 (市、州)		县(区)	
温馨提示 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. 到北京、天津、上海、重庆、海南、西藏和新疆生产建设兵团就医，备案到就医省份即可。 4. 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。					
☐ 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

表 15: 个人承诺书 (参考样式)

本人_____ (身份证件号码: _____),
办理_____业务。因个人原因
无法提供_____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:

通讯地址: CHINA HEALTHCARE SECURITY

承诺人 (签名、指印):

年 月 日

常驻异地工作人员异地就医 备案业务操作指南

一、所需材料

1. 医保电子凭证或有效身份证件（有效身份证件包括身份证、居住证、户口簿、护照、港澳居民来往内地通行证、港澳台居民居住证、外国人永久居留证等）或社保卡；
2. 《异地就医登记备案表》（详见附件）；
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）；
4. 代办人需提供代办人身份证原件和办理人员医保电子凭证或有效身份证件复印件或社保卡复印件。

二、办理流程

（一）信息录入。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——个人待遇管理（城职）——个人就医登记管理——异地安置登记——异地安置登记，选择证件类型并录入证件号码或扫描医保电子凭证（查看医保电子凭证或有效身份证件或社保卡确认信息），点击新增分别录入异地就医类别（常驻异地工作人员）、安置地医保区划、登记生效开始日期

等必填信息后（按照参保人员或代办人员提交的《异地就医登记备案表》有关信息进行录入，并将《异地就医登记备案表》保存归档），点击提交并进行保存。

（二）信息审核。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——个人待遇管理（城职）——个人就医登记管理——异地安置登记——异地安置登记审核。

1. 单次审核，选择证件类型并录入证件号码或扫描医保电子凭证，点击查询，对数据进行审核，点击保存。

2. 批量审核，点击批量审核，对数据进行审核，点击保存。

附件：1. 异地就医登记备案表

2. 个人承诺书

附件 1

备案编号：

表 12：异地就医登记备案表（参考样表）

姓 名		性 别		险种	☐ 职工医保 ☐ 城乡居民医保
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 ☐ 异地转诊人员 ☐ 其他：		登记类别	☐ 新增 ☐ 变更	
身份证件号码					
参保地 联系地址			就医地联系地址		
联系电话 1			联系电话 2		
转往省 (市、区)		地区 (市、州)		县(区)	
温馨提示 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. 到北京、天津、上海、重庆、海南、西藏和新疆生产建设兵团就医，备案到就医省份即可。 4. 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。					
☐ 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

表 15: 个人承诺书 (参考样式)

本人_____ (身份证件号码: _____),
办理_____业务。因个人原因
无法提供_____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:

通讯地址: CHINA HEALTHCARE SECURITY

承诺人 (签名、指印):

年 月 日

异地转诊人员异地就医备案业务操作指南

一、所需材料

1. 医保电子凭证或有效身份证件（有效身份证件包括身份证、居住证、户口簿、护照、港澳居民来往内地通行证、港澳台居民居住证、外国人永久居留证等）或社保卡；
2. 《异地就医登记备案表》（详见附件）；
3. 具有转诊资质的定点医疗机构开具的转诊转院证明材料；
4. 代办人需提供代办人身份证原件和办理人员医保电子凭证或有效身份证件复印件或社保卡复印件。

二、办理流程

（一）信息录入。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——个人待遇管理（城职）——个人就医登记管理——转诊转院备案——转诊转院登记，选择证件类型并录入证件号码或扫描医保电子凭证（查看医保电子凭证或有效身份证件或社保卡确认信息），点击新增分别录入转出医药机构编号、登记生效开始日期、转往医药机构编号、疾病诊断编码等必填信息后（按照参保人员或代办人员提交的《异地就医登记备案表》有关信息进行录入，并将《异地就医登记备案表》保存

归档)，点击提交并进行保存。

（二）信息审核。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——个人待遇管理（城职）——个人就医登记管理——转诊转院备案——转诊转院审核。

1. 单次审核，选择证件类型并录入证件号码或扫描医保电子凭证，点击查询，对数据进行审核，点击保存。

2. 批量审核，点击批量审核，对数据进行审核，点击保存。

附件：异地就医登记备案表

附件

备案编号：

表 12：异地就医登记备案表（参考样表）

姓 名		性 别		险种	☐ 职工医保 ☐ 城乡居民医保
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 ☐ 异地转诊人员 ☐ 其他：		登记类别	☐ 新增 ☐ 变更	
身份证件号码					
参保地 联系地址			就医地联系地址		
联系电话 1			联系电话 2		
转往省 (市、区)		地区 (市、州)		县(区)	
温馨提示 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. 到北京、天津、上海、重庆、海南、西藏和新疆生产建设兵团就医，备案到就医省份即可。 4. 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。					
☐ 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：

门诊费用报销业务操作指南

一、所需材料

1. 医保电子凭证或有效身份证件（有效身份证件包括身份证、居住证、户口簿、护照、港澳居民来往内地通行证、港澳台居民居住证、外国人永久居留证等）或社保卡；
2. 医院收费票据；
3. 门急诊费用清单（门诊发票已标注相应费用项目的可不提供）；
4. 处方明细（门诊发票已标注相应费用项目的可不提供）；
5. 银行账号：无社保卡的需提供银行账号，首次报销提供。
6. 意外伤害就医的应提供交警事故认定书、法院判决书、调解协议书等公检法部门出具的相关证明材料复印件一份，无法提供的应填写个人承诺书；
7. 急诊可要求提供急诊诊断证明。

二、办理流程

登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——个人待遇管理（城职）——个人待遇结算管理——零星报销管理——零星报销登记,选择证件类型并录入证件号码

或扫描医保电子凭证,依次在就医信息中输入定点医疗机构编码,医疗类别选择普通门诊或者门诊慢特病,后面带“*”的录入完后点击保存,保存成功后存在一个受理号——明细录入,输入受理编号查询,费用信息中录入明细,有多个明细点击添加录入,录入完后点击明细保存——明细审核,输入受理编号,核定录入信息,点击明细保存——门诊结算,输入受理编号,点击结算——结算审核(可批量审核)——个人零星报销单据打印。

住院费用报销业务操作指南

一、所需资料

1. 医保电子凭证或有效身份证件（有效身份证件包括身份证、居住证、户口簿、护照、港澳居民来往内地通行证、港澳台居民居住证、外国人永久居留证等）或社保卡；
2. 医院收费票据；
3. 住院费用清单；
4. 加盖医疗机构公章的出院小结；
5. 银行账号：无社保卡的需提供银行账号，首次报销提供。
6. 意外伤害就医的应提供交警事故认定书、法院判决书、调解协议书等公检法部门出具的相关证明材料复印件一份，无法提供的应填写个人承诺书。

二、办理流程

登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——个人待遇管理（城职）——个人待遇结算管理——零星报销管理——零星报销登记，选择证件类型并录入证件号码或扫描医保电子凭证，依次在就医信息中输入定点医疗机构编码，医疗类别选择普通住院，后面带“*”的录入完后点击保存，保存

成功后存在一个受理号——明细录入，输入受理编号查询，费用信息中录入明细，有多个明细点击添加录入，录入完后点击明细保存——明细审核，输入受理编号，核定录入信息，点击明细保存——住院结算，输入受理编号，点击结算——结算审核（可批量审核）——个人零星报销单据打印。

产前检查费支付业务操作指南

一、所需资料

1. 医保电子凭证或有效身份证件（有效身份证件包括身份证、居住证、户口簿、护照、港澳居民来往内地通行证、港澳台居民居住证、外国人永久居留证等）或社保卡；
2. 医院门诊产检收费票据；
3. 费用清单（发票已注明明细项目的不提供）；
4. 银行账号：无社保卡的需提供银行账号，首次报销提供。

二、办理流程

登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——个人待遇管理（城职）——人员就医登记管理——生育门诊产前检查——生育门诊产前检查登记——生育门诊产前检查审核。

生育医疗费支付业务操作指南

一、所需材料

1. 医保电子凭证或有效身份证件（有效身份证件包括身份证、居住证、户口簿、护照、港澳居民来往内地通行证、港澳台居民居住证、外国人永久居留证等）或社保卡；
2. 医院收费票据；
3. 病历资料；
4. 费用清单；
5. 参保人员银行账号。

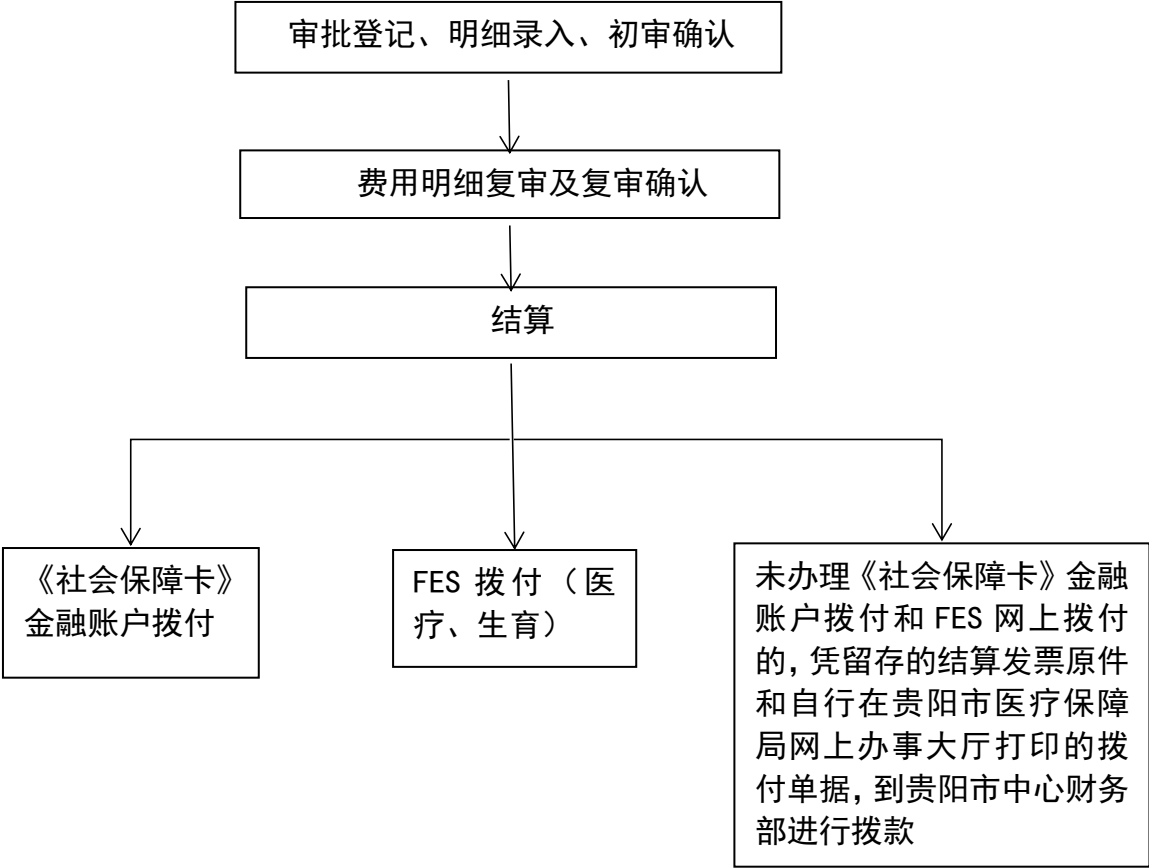
注：医疗保障经办业务平台如无法通过其他部门获得出生医学证明等，由办理人提供，无法提供的，需提供个人承诺书。

二、办理流程

审批登记、明细录入、初审确认费用明细、复审、复审确认、结算均为独立模块，以录入社保号或身份证号或 IC 卡号为检索，且支持逆向回退操作。

三、生育医疗费支付流程图

生育医疗费支付流程图



计划生育医疗费支付业务操作指南

一、所需资料

1. 医保电子凭证或有效身份证件（有效身份证件包括身份证、居住证、户口簿、护照、港澳居民来往内地通行证、港澳台居民居住证、外国人永久居留证等）或社保卡；
2. 医院收费票据；
3. 病历资料；
4. 费用清单（门诊发票已标注相应费用项目的可不提供）；
5. 银行账号：无社保卡的需提供银行账号，首次报销提供；

二、办理流程

登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——个人待遇管理（城职）——生育待遇管理——生育津贴核定，录入基本信息选择计划生育手术费，后面依次录入手术、拨付对象、银行信息、最后核定——生育待遇核定审核。

生育津贴支付业务操作指南

一、所需资料

1. 医保电子凭证或有效身份证件（有效身份证件包括身份证、居住证、户口簿、护照、港澳居民来往内地通行证、港澳台居民居住证、外国人永久居留证等）或社保卡；

2. 病历资料；

3. 银行账户：（1）机关事业单位人员报销：个人无社保卡的需提供银行账号，首次报销提供；（2）企业和自收自支事业单位人员报销提供本单位对公账户信息（单位职工报销过的不再提供）。

二、办理流程

登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——个人待遇管理（城职）——生育待遇管理——生育津贴核定，录入基本信息本次报销待遇选择个人津贴，后面依次录入基本信息、拨付对象、银行信息、最后核定——生育待遇核定审核。

城乡医疗救助业务操作指南

一、所需资料

（一）参保资助资料。

缴费参保人有效身份证件（有效身份证件包括身份证、居住证、户口簿、护照等）、缴费参保凭证、收款人“一卡通”银行账户信息，其他证明资料由受理窗口查询补充。委托代办的，另需提供代办人身份证原件和办理人员有效身份证件复印件。

（二）申请救助资料。

1. 特困供养人员、孤儿、最低生活保障家庭成员、建档立卡脱贫人口、20 世纪 60 年代初精减退职老职工、家庭经济困难的精神障碍患者、肇事肇祸的精神障碍患者、艾滋病人和艾滋病机会性感染者、享受抚恤补助的优抚对象（不含一至六级残疾军人）等已明确身份救助对象（以下简称“已明确身份救助对象”）。

提供《XX 城乡医疗救助申请表》、申请人有效身份证件（有效身份证件包括身份证、居住证、户口簿、护照等）、收款人“一卡通”银行账户信息等资料。

2. 低收入家庭中的老年人、未成年人、重度残疾人和重病患者，因医疗自付费用过高导致家庭无力承担的患者，以及县级

以上人民政府（管委会）规定的其他特殊困难人员等需申请认定的未明确身份救助对象（以下简称“未明确身份救助对象”）。

提供《XX 城乡医疗救助申请审核审批表》、申请人有效身份证件（有效身份证件包括身份证、居住证、户口簿、护照等）、收款人“一卡通”银行账户信息、家庭近一年的收入及现有财产说明材料；其他证明资料由受理窗口查询补充。

二、办理流程

（一）参保资助流程。

1. 缴费时批量资助：

（1）登记用户登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（参保征缴）——医疗救助参保资助管理——参保资助登记管理——导入部门提供需资助人员名单——比对生成拟资助人员名单（按照就高原则去重并确定资助标准）——提交审核员审核；

（2）审核用户登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（参保征缴）——医疗救助参保资助管理——参保资助登记管理——参保资助登记批量审核——导出生成的拟资助人员名单并推送税务部门缴费——税务生成缴费成功或零申报人员——税务部门回推至医保部门；

（3）审核用户登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（参保征缴）——医疗救助参保资助管理——参保资助登记管理——参保资助人员批量审核——生成资助明细，保存

资助明细归档，并按规定拨付资助资金，完成参保资助。

2. 缴费后单个资助：

（1）登记用户登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（参保征缴）——医疗救助参保资助管理——参保资助登记管理——点击新增——录入需资助人员信息（包括姓名、身份证、身份属性、缴费金额、收款人“一卡通”银行账户信息等）——上传缴费参保凭证、个人未获得参保资助的承诺书签等佐证图片——系统计算生成资助信息（包括姓名、身份证、身份属性、缴费金额、应资助金额、收款人“一卡通”银行账户信息）——保存——提交审核员审核；

（2）审核用户登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（参保征缴）——医疗救助参保资助管理——参保资助登记管理——参保资助人员单次审核——保存；点击汇总明细——系统筛选生成需手工资助人员清册（包括姓名、身份证、身份属性、缴费金额、应资助金额、收款人“一卡通”银行账户信息）——生成资助明细，保存资助明细归档，并按规定拨付资助资金，完成参保资助。

（二）直接医疗救助流程。

1. 医疗机构现场结算：

（1）医疗机构结算用户登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——医疗救助人员管理——医疗救助费用结算管理——生成救助金额——保存——按规定与

患者结算医疗费用；

（2）医疗机构垫付资金申报用户登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——医疗救助人员管理——医疗救助费用申报管理——生成阶段汇总救助金额——保存——提交医保经办机构审核拨付医疗救助金。

（3）医保经办机构审核用户登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——医疗救助人员管理——医疗救助费用清算管理——经办用户审核——保存——返回医疗机构申报人员核实并打印签字盖章

（4）医疗机构垫付资金申报用户登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——医疗救助人员管理——医疗救助费用申报管理——生成阶段汇总救助金额拨付单——保存救助明细归档，并按规定程序签字盖章拨付救助资金，完成参保救助。

2. 个人申请救助结算：

（1）已明确身份救助对象的经办流程

①经办窗口用户登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——医疗救助人员管理——救助人员登记——根据申请人提供资料、通过系统查询的就医情况等，录入人员基本信息（包括姓名、有效身份证号码、人员属性、收款人“一卡通”银行账户信息）、申报信息、结算信息、疾病信息、定点医疗机构信息等——保存；

②经办审核用户登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——医疗救助人员管理——救助人员信息审核——查询救助登记人员信息并完成审核——保存，生成阶段汇总明细，并打印按规定提交审批——拨付资金后在患者居住地乡镇及村居务公开栏长期公示。

（2）未明确身份救助对象的经办流程

①经办窗口用户登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——医疗救助人员管理——救助人员登记——根据申请人提供资料、系统查询就医情况、调查核实情况等，录入人员基本信息（包括姓名、有效身份证号码、人员属性、收款人“一卡通”银行账户信息）、申报信息、结算信息、疾病信息、定点医疗机构信息等——保存；

②经办审核用户登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——医疗救助人员管理——救助人员信息审核——查询救助登记人员信息并完成审核——保存——进入救助人员信息公示——生成公示人员名册（包括救助对象姓名、地址、人员属性、就医合规个人自付费用、公示时间、监督举报电话等）；

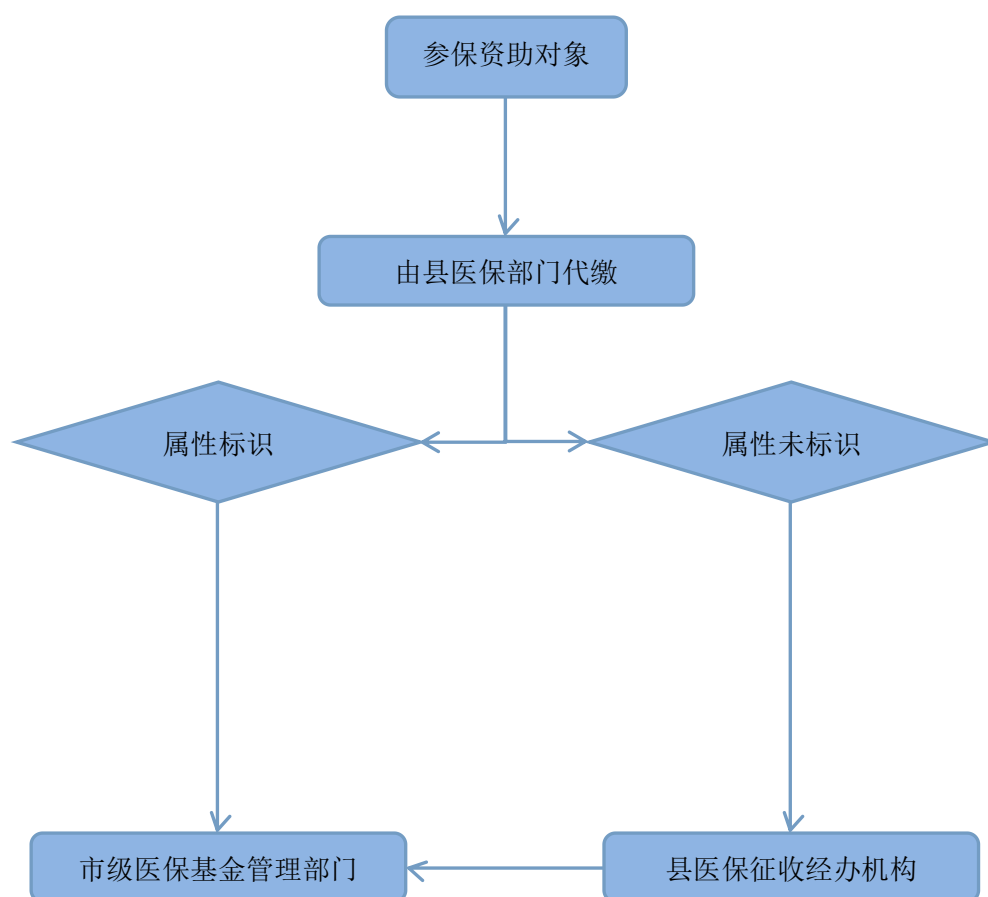
③经办审核用户登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——医疗救助人员管理——公示结果审核——根据批次公示反馈情况审核，无任何异议的，批量审核，生成审核结果——计算救助金额，保存，生成阶段汇总明细，并

打印按规定提交审批；有异议的，对无异议部分对象，生成审核结果——计算救助金额，保存，生成阶段汇总明细，并打印按规定提交审批；对存在异议的单个对象——进行举报信息核实，生成审核意见，复核救助条件的，生成审核结果——计算救助金额，保存，生成阶段汇总明细，并打印按规定提交审批；举报信息核实不符合救助，撤销救助登记，生成书面答复意见并答复申请人；

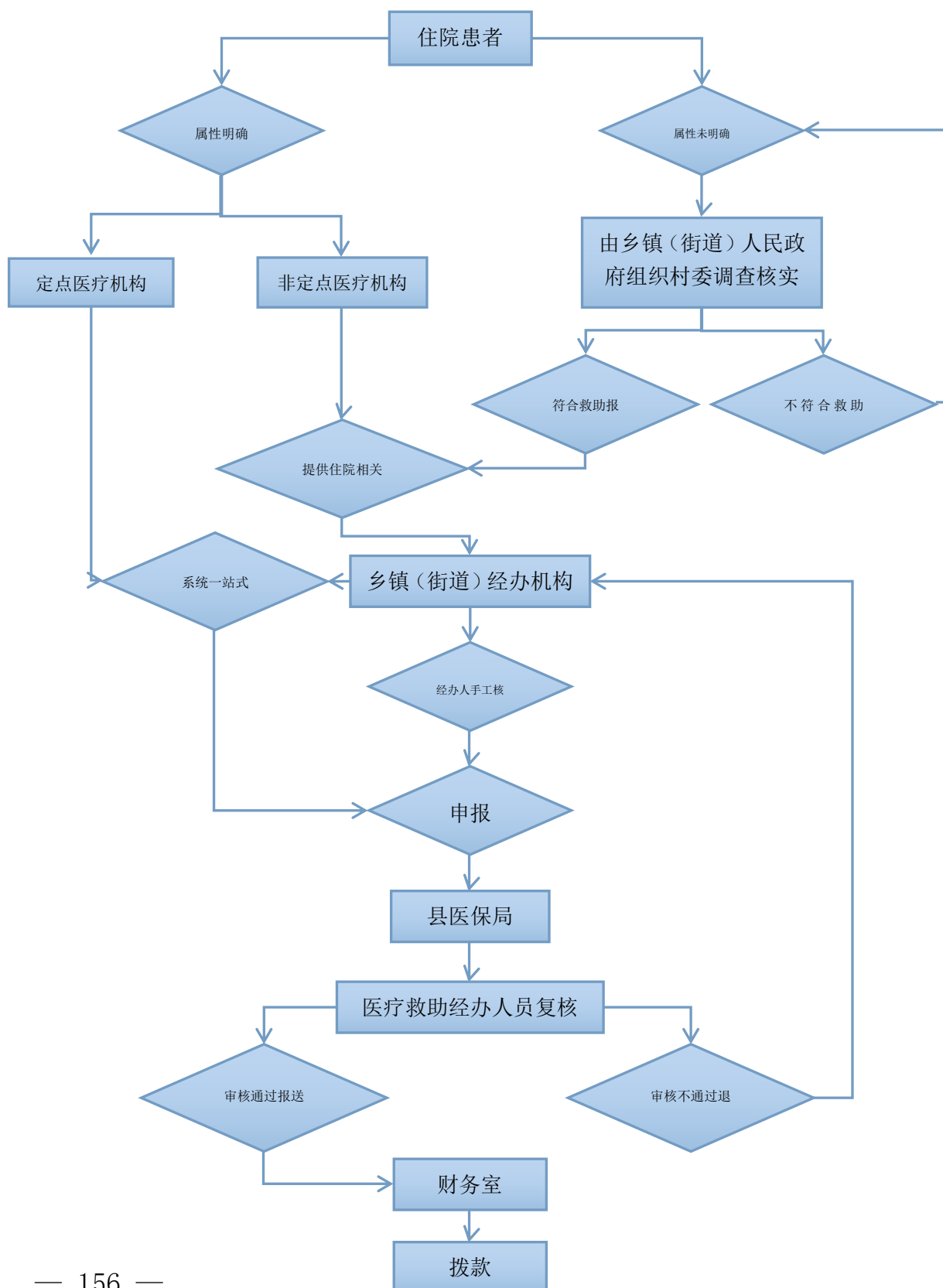
④县级经办人员对审核人员审核情况进行审查、组织镇村干部按一定比例抽查复核，属实的，进行审批；对经审批复核救助的，按规定程序公示，公示无异议的，经办审核用户登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——医疗救助管理——提取审核信息进行救助登记——保存，生成阶段汇总救助明细，拨付救助资金，并打印救助信息在患者居住地乡镇及村居务公开栏长期公示；对抽查不属实，或审批不符合救助的，经办审核用户登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——医疗救助管理——撤销救助登记，生成书面答复意见并答复申请人。

三、救助流程图

(一) 城乡医疗救助参保资助流程图



(二) 城乡医疗救助住院救助流程图



- 附件： 1. 《XX 城乡医疗救助申请表》
2. 《XX 城乡医疗救助申请审核审批表》

附件 1

XX城乡医疗救助申请表（样表）

县（区）

乡（镇、街道办）

一、基本信息（以下由患者填写）							
1. 患者基本信息							
姓 名		性 别		年 龄		民 族	
家庭住址			身份证号				
联系电话			参保情况	☐ 城镇职工医保 ☐ 城乡居民基本医保 ☐ 商业医疗保险 ☐ 其他			
2. 患者身份属性（可多选）							
救助范围身份属性： ☐ 特困供养人员 ☐ 最低生活保障家庭成员（ ☐ 长期保障户 ☐ 80岁以上老年人） ☐ 精准扶贫建档立卡贫困人口 ☐ 二十世纪六十年代初精简退职老职工							
3. 收款人信息（收款人须是患者本人或其家庭代表）							
姓 名			身份证号				
开户行			银行帐号				
与患者关系			联系电话				
二、核实审核情况（以下由经办人员填写）							
1. 患者身份属性（可多选）							
救助范围身份属性： ☐ 特困供养人员 ☐ 精准扶贫建档立卡贫困人口 ☐ 最低生活保障家庭成员（ ☐ 长期保障户 ☐ 80岁以上老年人）							
2. 医疗费用和已获救助情况（单位：元、次）							
医疗总费用			合规医疗费用				
医保报销金额			大病保险报销金额				
本次个人合规自付费用金额			本次申请医疗救助类别	☐ 门诊救助 ☐ 住院救助 ☐ 重大疾病医疗救助			
救助比例			救助金额				
本年度已获得医疗救助次数			本年度已获得医疗救助金额				
3. 审核审核结果							
经核实，该对象属_____人员，合规个人自付的费用按_____%核算，拟救助金额_____元； 经核实，该对象不属于明确身份重点救助对象，不符合该项救助，不予申报审批。 经办人员：_____				经复核，情况属实，经会议研究，同意救助金额_____元； 经复核，情况不属实，不予提交会议会审批。 经办人员：_____			

附件 2

XX城乡医疗救助申请审核审批表

县(区)

乡(镇、街道办)

一、基本情况(以下由患者或其家庭代表填写)						
1. 患者基本信息						
姓 名		性 别		年 龄		联系电话
家庭住址					身份证号	
就诊医院			疾病名称			
参加医疗保险情况	☐ 城镇职工基本医疗保险 ☐ 城乡居民基本医疗保险 ☐ 商业医疗保险 ☐ 无					
2. 收款人信息(收款人须是患者本人或其家庭代表)						
姓 名		开户行			银行帐号	
身份证号			联系电话			与患者关系
3. 申请承诺和家庭收入财产调查委托						
本人为申请本市城乡医疗救助对象家庭代表,承诺上述所填内容及所提供的全部证明材料均真实、有效、无虚假记载,如存在不实之处,愿意承担相应责任。同时,在此授权委托县、乡两级医保经办机构对本人的家庭收入及财产状况进行调查核实,并自愿接受群众监督。						
家庭代表与患者关系:		家庭代表签名(按印):		年 月 日		
二、调查核实情况(以下由调查工作人员填写)						
1. 患者身份属性(可多选)						
救助对象身份属性: ☐ 家庭经济困难的精神障碍患者、肇事肇祸的精神障碍患者 ☐ 艾滋病及艾滋病机会性感染者 ☐ 享受抚恤补助的优抚对象(不含一至六级残疾军人) ☐ 低收入家庭中的老年人、未成年人、重度残疾人和重病患者 ☐ 支出型困难家庭患者 ☐ 其他						
特殊群体: ☐ 孤儿 ☐ 困境儿童 ☐ 留守儿童 ☐ 留守老人 ☐ 留守妇女 ☐ 两癌人员 ☐ 吸毒人员 ☐ 社区矫正人员						
2. 医疗费用和已获救助情况(单位:元、次)						
医疗总费用	合规医疗费用	医保报销金额	大病保险报销金额	个人合规自付费用金额	救助比例	救助金额
本次申请医疗救助类别	☐ 门诊救助 ☐ 住院救助 ☐ 重大医疗救助	本年度已获得医疗救助次数		本年度已获得医疗救助金额		
3. 家庭收入情况(单位:人、元)						
家庭共同生活成员		家庭年总收入		家庭人均年收入		
调查人员签字:	乡(镇、街道办)干部:		村(居)委员会干部:			
	(盖章)		(盖章)			
年 月 日	年 月 日		年 月 日			

三、审核审批情况（以下由审核审批机构填写）	
乡（镇、街道办）审核情况	公示情况
	☐ 无异议 ☐ 有异议，理由是：
县级医保经办机构审批情况	☐ 经入户调查、张贴公示、审查相关材料，并经乡（镇、街道办）人民政府审核，该患者符合医疗救助条件，现呈报县（区）医保经办机构审批。 ☐ 经入户调查、张贴公示、审查相关材料，并经乡（镇、街道办）人民政府审核小组会议审核，该患者不符合医疗救助条件，理由是： 负责人签字：_____ 乡（镇、街道办）人民政府（盖章）：_____ 年 月 日
	根据相关文件规定，该患者属于_____救助对象，符合医疗救助条件，现予以救助。 经审查，该患者（☐ 门诊 ☐ 基本住院）个人自付合规费用为_____元，按照_____救助比例，批准医疗救助金为_____元。 因患者符合重大疾病医疗救助规定，经基本住院救助后，批准重大疾病医疗救助金为_____元。 负责人签字：_____ 单位（盖章）：_____ 年 月 日 经审查及召开评审会审核，该患者不符合医疗救助条件。 理由是： 负责人签字：_____ 单位（盖章）：_____ 年 月 日

注：此表由县级医保经办机构存档。

门诊慢特病病种待遇认定业务操作指南

一、所需资料

- (一) 《贵州省门诊慢特病病种待遇认定申请表》；
- (二) 近两年内的出院记录及相关检查、化验报告原件（复印件需要医院盖章）；
- (三) 社会保障卡（申办、领证时出示）。

注：各统筹区按本地区要求提供申请表及相关申请资料。

二、办理流程

国家医疗保障信息平台

(一) 门慢门特登记。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——个人待遇管理（城职）——人员就医登记管理——门慢门特登记——门慢门特登记。选择证件类型(默认居民身份证)并录入证件号码或扫码医保电子凭证，点击新增，按照《贵州省门诊慢特病病种待遇认定申请表》分别录入病种代码、认定定点医药机构编号、定点医药机构编号等必填信息，点击提交并进行保存。（有条件的地区可上传电子版申办资料）

门慢门特登记审核。登录国家医疗保障信息平台，进入医保

业务基础子系统（医保待遇）——个人待遇管理（城职）——人员就医登记管理——门慢门特登记——门慢门特登记审核。

1. 单次审核，选择证件类型并录入证件号码或医保电子凭证，点击查询，点击审核，选择审核标志：通过或不通过，点击保存。

2. 批量审核，在门慢门特登记审核页面，直接点击查询，勾选列表内需要审核的多条数据，点击批量审核，选择审核标志：通过或不通过，点击保存。

（二）门慢门特撤销。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——个人待遇管理（城职）——人员就医登记管理——门慢门特登记——门慢门特撤销。选择证件类型（默认居民身份证）并录入证件号码或扫码医保电子凭证，点击查询，确认信息后点击撤销。

门慢门特撤销审核。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——个人待遇管理（城职）——人员就医登记管理——门慢门特登记——门慢门特撤销审核。

1. 单次审核，选择证件类型（默认居民身份证）并录入证件号码或医保电子凭证，点击查询，点击审核，选择审核标志：通过或不通过，点击保存。

2. 批量审核，在门慢门特登记审核页面，直接点击查询，勾选列表内需要审核的多条数据，点击批量审核，选择审核标志：通过或不通过，点击保存。

贵州省医疗保障信息系统

（一）慢特病申报资料上传。久远银海系统医院端进行参保人员信息上传或登录贵州省医疗保障信息系统，进入城镇职工医疗待遇——医保特药资格联网申请——慢特病申报资料上传，录入参保人身份证号码或个人编码，点击读卡——选择要办理的特殊病种类型，选择对应的网络地址（如政务大厅办理选择 01-政务大厅），点击打开摄像头，选择对应的材料类型——点击拍摄，勾选点击上传。

（二）慢特病联网申请初审。登录贵州省医疗保障信息系统，进入城镇职工医疗待遇——特药医保药店联网申请资格审批——慢特病联网申请初审，列表内显示需要初审的申办信息（录入参保人身份证号码或个人编码），点击申办信息——查看特殊门诊联网申请材料及特殊门诊联网申请明细，符合申办条件，点击审核通过，不符合申办条件，填写审批意见，点击审核不通过，退回至医院端或上传端用户。

（三）慢特病联网申请复审。登录贵州省医疗保障信息系统，进入城镇职工医疗待遇——特药医保药店联网申请资格审批——慢特病联网申请复审，列表内显示需要复审的申办信息（也可录入参保人身份证号码或个人编码），点击申办信息——查看特殊门诊联网申请材料及特殊门诊联网申请明细，符合申办条件，填写审批意见：同意申办，请打印医疗证，点击审核通过；不符合申办条件，填写审批意见(不通过原因)，点击审核不通

过，退回至医院端或上传端用户。

（四）特殊疾病资格审批登记。登录贵州省医疗保障信息系统，进入城镇职工医疗待遇——特殊疾病资格信息管理——特殊疾病资格审批登记，录入参保人身份证号码或个人编码，点击检索，根据《贵州省门诊慢特病病种待遇认定申请表》录入申办病种、选定医院等信息，点击保存，选定多个医院的，按上述步骤重复录入即可。

（五）特殊疾病处方本编号。登录贵州省医疗保障信息系统，进入城镇职工医疗待遇——特殊疾病资格信息管理——特殊疾病处方本编号，录入参保人身份证号码或个人编码，点击检索，点击保存。

（六）特殊疾病资格审批登记撤销。登录贵州省医疗保障信息系统，进入城镇职工医疗待遇——特殊疾病资格信息管理——特殊疾病资格审批登记撤销，录入参保人身份证号码或个人编码，点击检索——勾选需要撤销的病种或选定的医院，点击保存撤销。

附件：贵州省门诊慢特病病种待遇认定申请表

附件

贵州省门诊慢特病病种待遇认定申请表

姓 名		性 别			
年 龄		社会保障号/身份 证号码			
单位名称		联系电话			
申请慢性疾病 病种名称					
申请规定疾病 病种名称					
选定医疗机构 名称					
疾病诊断及治疗情况：					
经治医师： 年 月 日					
定点医疗机构审核意见		省医疗保障事务中心审核意见			
副主任（及以 上）医师：	医保处（科）经办 人： （盖章）	初审人：	复审人：	中心领导：	
签名：	签名：	签名：	签名：	签名：	
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	

门诊慢特病病种年审业务操作指南

一、所需资料

- (一) 《贵州省基本医疗保险门诊慢特病病种医疗证》；
- (二) 《贵州省基本医疗保险慢性特殊疾病门诊〈医疗证〉年审表》；
- (三) 社会保障卡（办理时出示）。

注：各统筹区按本地区要求提供年审表及相关年审资料。

二、办理流程

- (一) 国家医疗保障信息平台。

门慢门特年审（单人）。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——个人待遇管理（城职）——人员就医登记管理——门慢门特年审——门慢门特年审（单人）。选择证件类型（默认居民身份证）并录入证件号码或扫码医保电子凭证，点击查询。

- (二) 贵州省医疗保障信息系统。

登录贵州省医疗保障信息系统，进入城镇职工医疗待遇——特殊疾病资格信息管理——特殊病种年审——录入参保人身份证号码或个人编码，点击检索，选择需年审的病种，点击保存。

附件：《贵州省基本医疗保险慢性特殊疾病门诊〈医疗证〉年审表》

附件

贵州省基本医疗保险慢性特殊疾病门诊
《医疗证》年审表

姓 名		性 别	
年 龄		社会保障号/身份 证号码	
单位名称		联系电话	
慢性疾病 病种名称	☐ 肺结核 ☐ 支气管哮喘		
疾病诊断及治疗情况： 经治医师： 年 月 日			
定点医疗机构审核意见： 签 名： 盖 章： 年 月 日			

门诊慢特病病种委托书登记业务操作指南

一、所需资料

- (一) 《贵州省基本医疗保险门诊慢特病病种医疗证》；
- (二) 《贵州省基本医疗保险慢性特殊疾病门诊〈医疗证〉委托承诺书》；
- (三) 持证人社会保障卡（办理登记时出示）；
- (四) 受托人身份证原件。

二、办理流程

登录贵州省医疗保障信息系统，进入城镇职工医疗待遇——医保特药资格联网申请——委托受理登记——录入参保人身份证号码或个人编码，点击检索，根据《贵州省基本医疗保险规定（慢性）特殊疾病门诊〈医疗证〉委托承诺书》内容录入相关信息，勾选已登记的特殊病种信息，点击委托确认。

附件：贵州省基本医疗保险慢性特殊疾病门诊〈医疗证〉委托承诺书

附件

贵州省基本医疗保险慢性特殊疾病门诊 《医疗证》委托承诺书

委托人 基本信息	姓 名		性 别		年 龄		社会保障号	
	委托定点 医疗机构 名称						委托人 联系电话	
	病种名称							
受委托 人基本 信息	姓 名		性 别		年 龄		与委托人关 系	
	身份证号 码						受委托人 联系电话	
委托原 因								
受委托 人 承诺事 项	开药时出示本人身份证、委托人《社会保障卡》、《医疗证》及《承诺书》，由定点医疗机构查验，确保“卡、证、书”相符。同时严格按照贵州省基本医疗保险相关政策开药，不得出现将《医疗证》转借他人使用等违规行为。 受委托人签名：_____ 年 月 日							
定点医 疗机构 审核意 见	经办人：_____ 签章：_____ 年 月 日							

门诊慢特病病种新增（变更）定点 医院操作指南

一、所需资料

- （一）《贵州省基本医疗保险门诊慢特病病种医疗证》；
- （二）社会保障卡（办理时出示）。

二、办理流程

国家医疗保障信息平台

（一）门慢门特维护。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——个人待遇管理（城职）——人员就医登记管理——门慢门特登记——门慢门特维护。选择证件类型（默认居民身份证）并录入证件号码或扫码医保电子凭证，点击查询，选择对应的人员数据点击变更，对需要变更的医院进行删除，新增医院通过录入定点医药机构编号点击新增，点击提交。

（二）门慢门特维护审核。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——个人待遇管理（城职）——人员就医登记管理——门慢门特登记——门慢门特维护审核。

1. 单次审核，选择证件类型（默认居民身份证）并录入证件号码或扫码医保电子凭证，点击查询，点击审核，选择审核标志：通过或不通过，点击保存。

2. 批量审核，在门慢门特维护审核页面，直接点击查询，勾选列表内需要审核的多条数据，点击批量审核，选择审核标志：通过或不通过，点击保存。

贵州省医疗保障信息系统

特殊疾病资格信息修改。登录贵州省医疗保障信息系统，进入城镇职工医疗待遇——特殊疾病资格信息管理——特殊疾病资格信息修改。录入参保人身份证号码或个人编码，点击检索，列表内勾选需要变更的医院信息，点击修改——录入需变更的医院名称或编号，点击保存。

门诊慢特病病种补证、换证业务操作指南

一、所需资料

1. 损坏《贵州省基本医疗保险门诊慢特病病种医疗证》的参保患者提供损坏的《医疗证》及社会保障卡；
2. 遗失《贵州省基本医疗保险门诊慢特病病种医疗证》的参保患者提供《个人承诺书》及社会保障卡；
3. 社会保障卡（办理时出示）。

二、办理流程

登录贵州省医疗保障信息系统，进入城镇职工医疗待遇——医保特药资格联网申请——特殊病登记打印——录入参保人身份证号码或个人编码，点击查询，勾选人员信息点击打印。

审核参保人特殊药品用药资格业务操作指南

一、特殊药品用药资格申请

（一）所需资料。

《贵州省医疗保险特殊药品用药资格申请表》

（二）办理流程。

登录贵州省医疗保障信息系统，进入城镇职工医疗待遇——特殊药品管理——特殊药品用药资格申请——在参保人信息查询处输入需审核参保人个人编码——选择该参保人，根据《贵州省医疗保险特殊药品用药资格申请表》录入医院、开单医保医师（特殊药品指定医师）——特殊药品查询处输入需申请药品通用项目名称或医保通用项目编码，点击查询，选择申请药品——点击申请。

二、特殊药品用药资格审核

（一）所需资料。

参见零星报销资料，参保人员第一次报销特殊药品时，审核需要的资料（符合特殊药品使用条件的疾病诊断资料，如出院小结、疾病证明书、病理报告等）从零星报销资料中提供，归档管理按零星报销资料归档管理处理。

（二）办理流程。

登录贵州省医疗保障信息系统，进入城镇职工医疗待遇——特殊药品管理——特殊药品用药资格审核——录入参保人身份证号码或个人编码，点击查询，选择需审核参保人信息——若符合特殊药品使用条件，点击审核通过；若不符合特殊药品使用条件，点击审核未通过。

三、特殊药品用药资格审核登记查询

登录贵州省医疗保障信息系统，进入城镇职工医疗待遇——特殊药品管理——特殊药品用药资格审核登记查询——录入参保人身份证号码或个人编码，点击查询。

四、特殊药品用药历史情况查询

登录贵州省医疗保障信息系统，进入城镇职工医疗待遇——特殊药品管理——特殊药品用药历史情况查询——录入参保人个人编码，点击查询。

附件：贵州省医疗保险特殊药品用药资格申请表

附件

贵州省医疗保险特殊药品用药资格申请表

日期:

姓 名		社 会 保 障 号	
疾 病 诊 断 名 称			
申请使用的药品	1	3	
	2	4	
疾病诊治情况及病历资料：			
指定医师意见		医院医保部门意见	
备注：长期异地安置人员，转外就医疾病确诊人员直接向参保地社保经办机构申请办理。			

审核特殊药品医师资格业务操作指南

一、所需资料

无。

二、办理流程

（一）信息录入。各申请医院在久远银海支付系统（医院端）进行特殊药品用药指定医师信息录入。

（二）信息审核。登录贵州省医疗保障信息系统，进入城镇职工医疗待遇——特殊药品管理——特殊药品医师资格申请审核——选择审核标志（初审中、复审中）

1. 单次审核，输入需审核医师身份证号码，点击查询——点击审核通过；若上传内容不齐或者错误等点击审核未通过。

2. 批量审核，点击查询，勾选需审核的多条数据，点击审核通过。

贵州省城乡居民重大疾病病种认定 业务操作指南

一、所需资料

（一）《贵州省城乡居民门诊（住院）重大疾病定点救治确诊单》；

（二）身份证或户口簿原件。

二、办理流程

由久远银海医保支付系统医院端或登录贵州省医疗保障信息系统，进入城乡居民医疗待遇——人员就医管理——特殊病资格信息管理——城乡居民大病登记——录入参保人身份证号码或个人编码，点击检索，选择认定的特殊病种类别，录入开始日期、结算日期及服务机构编号，点击保存。

支持逐级回退功能

附件：贵州省城乡居民门诊（住院）重大疾病定点救治确诊单

附件

贵州省城乡居民门诊（住院）重大疾病 定点救治确诊单

定点医院名称: _____

[illegible]

定点医疗机构参数维护业务操作指南

一、定点医疗服务机构基本信息修改

（一）所需资料。

1. 《贵州省基本医疗保险定点医疗机构变更登记表》（附件1）；

2. 经卫生健康行政部门批准同意变更单位名称、法人代表、执业范围、核定床位数等信息的，提供《医疗机构执业许可证》复印件（查验原件），营利性医疗机构需提供《营业执照》复印件（查验原件），法人代表身份证复印件；

3. 变更其他基本信息的，提供对应的佐证资料；

4. 所有复印件均需加盖公章。

（二）办理流程。

1. 国家医疗保障信息平台

（1）信息录入。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——定点协议管理——定点医药机构管理——业务属性管理——业务属性维护经办，输入定点医疗机构编号，点击查询，点击维护，根据《贵州省基本医疗保险定点医疗机构变更登记表》录入变更的医疗机构信息，点击提交。

（2）信息审核。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业

务基础子系统（医保待遇）——定点协议管理——定点医药机构管理——业务属性管理——业务属性维护审核。

单次审核。输入定点医疗机构编号，点击查询，点击审核，选择审核标志：通过或不通过，点击保存。

批量审核，在审核页面，直接点击查询，勾选列表内需要审核的多条数据，点击批量审核，选择审核标志：通过或不通过，点击保存。

2. 贵州省医疗保障信息系统

（1）信息录入。登录贵州省医疗保障信息系统，进入城镇职工医疗待遇——定点医疗服务机构管理——定点医疗服务机构基本信息修改，输入医疗机构编号，点击检索，根据《贵州省基本医疗保险定点医疗机构变更登记表》录入变更的医疗机构信息，点击保存。

（2）信息审核。登录贵州省医疗保障信息系统，进入城镇职工医疗待遇——参数管理——定点医疗服务机构参数——服务机构相关信息审核，审核类型选择服务机构基本信息审核，输入医疗机构编码，点击查询——勾选医疗机构信息，填写审批意见，点击审批是否通过，选择审核标志：通过或不通过，点击保存。

二、定点医疗服务机构参数

（一）所需资料。

1. 定点医药机构参数变更申请；
2. 参数变更相关佐证资料（如执业许可证等）。

（二）办理流程。

1. 贵州省医疗保障信息系统

（1）定点医疗服务机构服务停止

登录贵州省医疗保障信息系统，进入城镇职工医疗待遇——参数管理——定点医疗服务机构参数——定点医疗服务机构服务停止，输入医疗机构编号，点击检索——菜单栏勾选医院暂停的医保支付类别，录入执行时间，点击保存。

定点医疗服务机构服务开通

登录贵州省医疗保障信息系统，进入城镇职工医疗待遇——参数管理——定点医疗服务机构参数——定点医疗服务机构服务开通，输入医疗机构编号，点击检索，录入执行时间，菜单栏勾选医院要开通的医保支付类别，点击保存。

清算保证金预留比例修改

登录贵州省医疗保障信息系统，进入城镇职工医疗待遇——参数管理——定点医疗服务机构参数——清算保证金预留比例修改，输入医疗机构编号，点击检索——选择医院信息，录入执行期号等信息，点击保存。

起付线、自付比例修改

登录贵州省医疗保障信息系统，进入城镇职工医疗待遇——参数管理——定点医疗服务机构参数——起付线、自付比例修改，输入医疗机构编号，点击检索——选择医院信息，录入起付线、自付比例、执行日期等信息，点击保存。

服务机构相关信息审核

登录贵州省医疗保障信息系统，进入城镇职工医疗待遇——参数管理——定点医疗服务机构参数——服务机构相关信息审核，选择对应的审核类型，输入医疗机构编码，点击查询——勾选医疗机构信息，填写审批意见，点击审批是否通过，选择审核标志：通过或不通过，点击保存。

2. 国家医疗保障信息平台

（1）信息录入。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——定点协议管理——定点医药机构管理——医药服务管理——医药服务开通/暂停经办。输入医疗机构编号，点击查询，选择相应的操作选项：开通或者暂停，点击提交。

（2）信息审核。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——定点协议管理——定点医药机构管理——医药服务管理——医药服务开通/暂停审核。

单次审核。输入定点医疗机构编号，点击查询，点击审核，选择审核标志：通过或不通过，点击保存。

批量审核，在审核页面，直接点击查询，勾选列表内需要审核的多条数据，点击批量审核，选择审核标志：通过或不通过，点击保存。

三、银行账户变更

（一）所需资料。

《贵州省基本医疗保险定点医疗机构资金结算账户信息变动表》（附件2）。

（二）办理流程。

国家医疗保障信息平台

1. 信息录入。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——定点协议管理——定点医药机构管理——银行账户管理——银行账户维护经办，输入医疗机构编号，点击查询，点击修改，根据《贵州省基本医疗保险定点医疗机构资金结算账户信息变动表》录入变更的医疗机构信息，点击保存。

2. 信息审核。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——定点协议管理——定点医药机构管理——银行账户管理——银行账户维护审核。

单次审核。输入定点医疗机构编号，点击查询，点击审核，选择审核标志：通过或不通过，点击保存。

批量审核，在审核页面，直接点击查询，勾选列表内需要审核的多条数据，点击批量审核，选择审核标志：通过或不通过，点击保存。（以上所有操作均支持反向逐级回退。）

附件：1. 贵州省基本医疗保险定点医疗机构变更登记表

2. 贵州省基本医疗保险定点医疗机构资金结算账户
信息变动表

附件 1

贵州省基本医疗保险定点医疗机构 变更登记表

机构名称		机构编号	
申请人姓名		联系电话	
变更内容	变更前	变更后	变更时间
☐ 机构名称			
☐ 法人代表			
☐ 机构级别			
☐ 执业范围			
☐ 注册床位数			
☐ 银行开户名及账号			
☐ 其他			

所需资料：1. 变更名称及法人代表的，提供《医疗机构执业许可证》复印件（查验原件），其中营利性医疗机构需提供《营业执照》复印件（查验原件），法人代表确认文件、身份证复印件（查验原件）；

2. 变更其他基本信息的，提供对应的资料；

3. 本表及提供的复印件均需加盖机构公章。

附件 2

贵州省基本医疗保险定点医疗机构 资金结算账户信息变动表

定点机构编码		定点机构名称	
原开户名称			
变更理由			
变更后开户名称			
变更后银行账号			
变更后开户银行			
开户银行行号			
开户银行总行行号			
承诺： 本机构对变更信息的准确性、合法性负责。			
定点机构签章：			

- 注：
1. 本表用于定点医疗机构变更资金结算账户；
 2. 本表一式三份,变更时分别交至省医保事务中心基金财务科和协议管理科；
 3. 本表填写完成后需单位法人签字并加盖公章。

定点零售药店参数维护业务操作指南

一、定点医疗服务机构基本信息修改

（一）所需资料。

1. 《贵州省基本医疗保险定点零售药店变更登记表》；
2. 变更药店名称、法人代表（负责人）或经营地址的提供《药品经营许可证》、《营业执照》复印件（查验原件），法人代表身份证复印件；
3. 变更其他基本信息的，提供对应的佐证资料；
4. 本表及提供的复印件均需加盖机构公章。

（二）办理流程。

1. 国家医疗保障信息平台

（1）信息录入。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——定点协议管理——定点医药机构管理——业务属性管理——业务属性维护经办，输入定点零售药店编号，点击查询，点击维护，根据《贵州省基本医疗保险定点医疗机构变更登记表》录入变更的零售药店信息，点击提交。

（2）信息审核。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——定点协议管理——定点医药机构

管理——业务属性管理——业务属性维护审核。

单次审核。输入定点零售药店编号，点击查询，点击审核，选择审核标志：通过或不通过，点击保存。

批量审核，在审核页面，直接点击查询——勾选列表内需要审核的多条数据，点击批量审核，选择审核标志：通过或不通过，点击保存。

2. 贵州省医疗保障信息系统

（1）信息录入。登录贵州省医疗保障信息系统，进入城镇职工医疗待遇——定点医疗服务机构管理——定点医疗服务机构基本信息修改，输入定点药店编号，点击检索，根据《贵州省基本医疗保险定点零售药店变更登记表》录入变更的定点药店信息，点击保存。

（2）信息审核。登录贵州省医疗保障信息系统，进入城镇职工医疗待遇——参数管理——定点医疗服务机构参数——服务机构相关信息审核，审核类型选择服务机构基本信息审核，输入定点药店编码，点击查询——勾选药店信息，填写审批意见，点击审批是否通过，选择审核标志：通过或不通过，点击保存。

二、定点医疗服务机构参数

（一）所需资料。

1. 定点零售药店参数变更申请；
2. 参数变更相关佐证资料（如药品经营许可证等）。

（二）办理流程。

1. 贵州省医疗保障信息系统

(1) 定点医疗服务机构服务停止

登录贵州省医疗保障信息系统，进入城镇职工医疗待遇——参数管理——定点医疗服务机构参数——定点医疗服务机构服务停止，输入定点药店编号，点击检索——菜单栏勾选药店暂停的医保支付类别，录入执行时间，点击保存。

(2) 定点医疗服务机构服务开通

登录贵州省医疗保障信息系统，进入城镇职工医疗待遇——参数管理——定点医疗服务机构参数——定点医疗服务机构服务开通，输入定点药店编号，点击检索——录入执行时间，菜单栏勾选药店购药，点击保存。

(3) 清算保证金预留比例修改

登录贵州省医疗保障信息系统，进入城镇职工医疗待遇——参数管理——定点医疗服务机构参数——清算保证金预留比例修改，输入定点药店编号，点击检索——选择药店信息，录入执行期号等信息，点击保存。

(4) 服务机构相关信息审核

登录贵州省医疗保障信息系统，进入城镇职工医疗待遇——参数管理——定点医疗服务机构参数——服务机构相关信息审核，选择对应的审核类型，输入定点药店编码，点击查询——勾选定点药店信息，填写审批意见，点击审批是否通过，选择审核标志：通过或不通过，点击保存。

2. 国家医疗保障信息平台

(1) 信息录入。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统(医保待遇)——定点协议管理——定点医药机构管理——医药服务管理——医药服务开通/暂停经办。输入定点药店编号，点击查询，选择相应的操作选项：开通或者暂停，点击提交。

(2) 信息审核。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统(医保待遇)——定点协议管理——定点医药机构管理——医药服务管理——医药服务开通/暂停审核。

单次审核。输入定点药店编号，点击查询，点击审核，选择审核标志：通过或不通过，点击保存。

批量审核，在审核页面，直接点击查询，勾选列表内需要审核的多条数据，点击批量审核，选择审核标志：通过或不通过，点击保存。

三、银行账户变更

(一) 所需资料。

《贵州省基本医疗保险定点零售药店资金结算账户信息变动表》(附件2)。

(二) 办理流程。

国家医疗保障信息平台

1. 信息录入。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统(医保待遇)——定点协议管理——定点医药机构管

理——银行账户管理——银行账户维护经办，输入定点药店编号，点击查询，点击修改，根据《贵州省基本医疗保险定点零售药店资金结算账户信息变动表》录入变更的医疗机构信息，点击保存。

2. 信息审核。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——定点协议管理——定点医药机构管理——银行账户管理——银行账户维护审核。

单次审核。输入定点药店编号，点击查询，点击审核，选择审核标志：通过或不通过，点击保存。

批量审核，在审核页面，直接点击查询，勾选列表内需要审核的多条数据，点击批量审核，选择审核标志：通过或不通过，点击保存。（以上所有操作均支持反向逐级回退。）

- 附件：1. 贵州省基本医疗保险定点零售药店变更登记表
2. 贵州省基本医疗保险定点零售药店资金结算账户
信息变动表

附件 1

贵州省基本医疗保险定点零售药店 变更登记表

药店名称		药店编号	
申请人姓名		联系电话	
变更内容	变更前	变更后	变更时间
☐ 名称			
☐ 法人代表			
☐ 地址			
☐ 经营范围			
☐ 银行开户名及账号			
☐ 其他			

所需资料：1. 变更名称及法人代表的，提供《药品经营许可证》、《营业执照》复印件（查验原件），法人代表身份证复印件；
2. 变更其他基本信息的，提供对应的资料；
3. 本表及提供的复印件均需加盖机构公章。

附件 2

贵州省基本医疗保险定点零售药店资金 结算账户信息变动表

定点机构编码		定点机构名称	
原开户名称			
变更理由			
变更后开户名称			
变更后银行账号			
变更后开户银行			
开户银行行号			
开户银行总行行号			
承诺： 本机构对变更信息的准确性、合法性负责。			
定点机构签章：			

- 注：1. 本表用于定点医疗机构变更资金结算账户；
 2. 本表一式三份，变更时分别交至省医保事务中心基金财务科和协议管理科；
 3. 本表填写完成后需单位法人签字并加盖公章；

新增定点医疗机构业务操作指南

一、所需资料

1. 《贵州省基本医疗保险定点医疗机构申请表》；
2. 《医疗机构执业许可证》副本复印件（查验原件），其中营利性医疗机构需同时提供《营业执照》复印件（查验原件）；
3. 法人代表确认文件、身份证复印件（查验原件）；
4. 营业服务场所产权或使用权证明材料复印件（查验原件）及场地平面图（标准面积、功能分区等）复印件；
5. 实际在职在岗职工花名册，包括姓名、执业资格等内容；
6. 近三个月经营状况统计及会计报表；
7. 其他补充材料。

二、办理流程

国家医疗保障信息平台

（一）信息录入。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——定点协议管理——定点医药机构管理——业务属性管理——定点医药机构新增，根据《贵州省基本医疗保险定点医疗机构申请表》录入定点医疗机构基础信息，点击保存。

(二) 信息审核。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统(医保待遇)——定点协议管理——定点医药机构管理——业务属性管理——业务属性新增审核。

1. 单次审核，输入定点医疗机构编号，点击查询，勾选项目点击审核，选择审核标志：通过或不通过，点击保存。

2. 批量审核，审核页面直接点击查询，勾选列表内需要审核的多条数据，点击批量审核，选择审核标志：通过或不通过，点击保存。

贵州省医疗保障信息系统

登录贵州省医疗保障信息系统，进入城镇职工医疗待遇——定点医疗服务机构管理——定点医疗服务机构基本信息新增，根据《贵州省基本医疗保险定点医疗机构申请表》录入机构编号、机构名称等信息，点击保存，继续录入保证金等信息，点击保存。

附件：贵州省基本医疗保险定点医疗机构申请表

附件

贵州省基本医疗保险定点医疗机构申请表

医疗机构名称					
医疗机构地址					
法定代表人		身份证号码			
执业许可证 登记号或 营业执照统一 社会信用代码			发证日期		
医疗机构类别		医疗机构 经营性质			
医疗机构级别		注册床位数			
是否公立医院		开户名称			
开户银行账号		开户银行行号			
申请人姓名			联系电话		
卫技人员构成	类别	总人数	高级职称	中级职称	初级职称
	医师				
	护士				
	药师				
	技师				
	合计				
机构简介：（可另附页申报）					
法定代表人承诺：所提供的申办资料全部真实有效，如有虚假，视为无效申请，并承担由此造成的后果！					
签字：			公章		
日期：					

新增定点零售药店业务操作指南

一、所需资料

- （一）《贵州省基本医疗保险定点零售药店申请表》；
- （二）《药品经营许可证》、《营业执照》复印件（查验原件）；
- （三）法人代表确认文件、身份证复印件（查验原件）；
- （四）营业服务场所产权或使用权证明材料复印件（查验原件）及场地平面图复印件（标准面积、功能分区等）；
- （五）实际在职在岗职工花名册；
- （六）近三个月经营状况统计及会计报表；
- （七）其他补充材料。

二、办理流程

国家医疗保障信息平台

（一）信息录入。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——定点协议管理——定点医药机构管理——业务属性管理——定点医药机构新增，根据《贵州省基本医疗保险定点零售药店申请表》录入定点零售药店基础信息，点击保存。

(二) 信息审核。登录国家医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统(医保待遇)——定点协议管理——定点医药机构管理——业务属性管理——业务属性新增审核。

1. 单次审核，输入定点零售药店编号，点击查询，勾选项目点击审核，选择审核标志：通过或不通过，点击保存。

2. 批量审核，审核页面直接点击查询，勾选列表内需要审核的多条数据，点击批量审核，选择审核标志：通过或不通过，点击保存。

贵州省医疗保障信息系统

登录贵州省医疗保障信息系统，进入城镇职工医疗待遇——定点医疗服务机构管理——定点医疗服务机构基本信息新增，根据《贵州省基本医疗保险定点零售药店申请表》录入机构编号、机构名称等信息，点击保存，继续录入保证金等信息，点击保存。

附件：贵州省基本医疗保险定点零售药店申请表

附件

贵州省基本医疗保险定点零售药店申请表

药店名称				
药店地址				
法定代表人		身份证号码		
营业执照统一社会信用代码			发证日期	
药品经营许可证号			发证日期	
经营认证范围				
是否连锁企业	☐ 是 ☐ 否		营业面积	
开户名称				
开户银行账号			开户银行行号	
申请人姓名			联系电话	
执业药师姓名			执业药师证书编号	
人员构成	类别	总人数	专职	兼职
	药师			
	营业员			
	合计			
药店简介：（可另附页申报）				
法定代表人承诺：所提供的申办资料全部真实有效，如有虚假，视为无效申请，并承担由此造成的后果！ 签字：_____ 公章 _____ 日期：_____				

贵州省基本医疗保险定点医药机构 同步新增为省内、外异地就医 医药机构业务操作指南

一、所需资料

无。贵州省基本医疗保险定点医药机构同步开通省内异地及省外异地就医医药机构。

二、办理流程

汇总医药机构名单，函至省医疗保障异地结算中心，由省异地结算中心开通。

新增城乡居民重大疾病定点救治 医院业务操作指南

一、所需资料

1. 《贵州省城乡居民重大疾病定点救治医疗机构申请表》；
2. 《医疗机构执业许可证》副本复印件，其中营利性医疗机构需同时提供《营业执照》复印件；
3. 医疗机构等级确认文件；
4. 法人代表确认文件、身份证复印件；
5. 医疗设备清单；
6. 医护技人员从业资格证复印件；
7. 其他补充材料。

二、办理流程

（一）信息录入。登录贵州省医疗保障信息系统，进入城镇职工医疗待遇——参数管理——定点医疗服务机构服务开通，输入医疗机构编号，点击检索，勾选重大疾病住院选项，点击保存。

（二）信息审核。登录贵州省医疗保障信息系统，进入城镇职工医疗待遇——参数管理——定点医疗服务机构参数——服务机构相关信息审核，审核类型选择定点服务类别审核，输入医

疗机构编码，点击查询，勾选医疗机构信息点击审批是否通过，选择审核标志：通过或不通过，点击保存。

（三）开放待遇。将新增城乡居民重大疾病红头文件提交给银海公司，由银海公司后台将新增的城乡居民重大疾病病种、治疗方式及待遇进行匹配。

附件：贵州省城乡居民重大疾病定点救治医疗机构申请表

附件

贵州省城乡居民重大疾病定点救治
医疗机构申请表

医疗机构名称		机构编号	
医疗机构地址			
医疗机构类别		医疗机构级别	
法定代表人		联系电话	
联系人		联系电话	
申请认定病种			
拟申报病种所在科室基本情况（包括卫技人员资质、器械设备、相关科室设置及床位数量、技术力量、近年来收治患者情况等），将拟申报的病种逐一填写：（可另附页）			
法定代表人承诺：所提供的申办资料全部真实有效，如有虚假，视为无效申请，并承担由此造成的后果！ 签字：_____ 年 月 日 公章			
市（州）级医保经办机构审核意见 公章 年 月 日			

新增特殊药品指定医院业务操作指南

一、所需资料

1. 《贵州省基本医疗保险特殊药品指定医院申请表》；
2. 《医疗机构执业许可证》；
3. 特殊药品管理制度相关资料；
4. 特殊药品相对应疾病诊治专业方向的主任或副主任医师花名册。

二、办理流程

登录贵州省医疗保障信息系统，进入城镇职工医疗待遇——特药医保药店联网申请资格审批——特药医保药店联网申请资格审批登记，输入机构编码，勾选医院信息，录入开始时间，选择是否开通特药医保药店，选择是，则开通医院特殊药品用药资格的同时开通与特药药店联网功能，选择否，则只开通医院特殊药品用药资格，最后点击登记。

附件：贵州省基本医疗保险特殊药品指定医院申请表

附件

贵州省基本医疗保险特殊药品 指定医院申请表

医疗机构名称		机构编号	
医疗机构地址			
医疗机构类别		医疗机构级别	
法定代表人		联系电话	
联系人		联系电话	
定点医疗机构特殊 药品供需情况简介			
法定代表人承诺：所提供的申办资料全部真实有效，如有虚假，视为无效申请，并承担由此造成的后果！			
签字： 公章 年 月 日			
省医保中心审核意见 公章 年 月 日			

新增门诊慢特病病种申办指定定点医院 业务操作指南

一、所需资料

1. 《贵州省门诊慢特病病种申办指定定点医疗机构申请表》;
2. 《医疗机构执业许可证》正、副本复印件;
3. 明确指定医疗机构等级的证明材料;
4. 指定定岗医生花名册。

二、办理流程

由银海公司后台匹配上线, 开放成为贵州省门诊规定(慢性)病种申办指定定点医疗机构。

附件: 贵州省门诊慢特病病种申办指定定点医疗机构申请表

附件

贵州省门诊慢特病病种申办指定定点 医疗机构申请表

[illegible]

新增公改指定医院业务操作指南

一、所需资料

(一)贵州省定点医疗机构城市公立医院综合改革指定医院申请书;

(二)相关部门出具的纳入贵阳市城市公立医院综合改革医院的文件。

二、办理流程

提请银海公司,由银海公司对应医院收费标准进行公改目录匹配灌注,开放成为贵州省定点医疗机构城市公立医院综合改革指定医院。

智能监控业务操作指南

一、所需材料

无。

二、费用审核操作流程

登录国家医疗保障信息平台，医疗保障智能监管子系统——审核管理——医保审核经办——初审（点击单据审核按钮对筛查出的就诊疑点数据进行审核，对疑点标识违规或不违规的过程。）——复审（点击查询可以根据条件：任务类型、任务名称、就诊流水号、处理状态、是否违规、行政区划，进行数据筛选。对初审结果或定点机构提交的申诉数据，进行复审工作）——合议（点击查询可以根据条件：任务类型、任务名称、就诊流水号、处理状态、是否违规、行政区划，进行数据筛选。）——补差（经办机构将合议后认定的不违规数据发送给结算系统进行补差清算，并将补差结果发送给定点医药机构。）——关闭（标识该就诊记录的智能审核流程结束，关闭的案件可以进行查看审核的信息。）

日常检查业务操作指南

一、所需材料

无。

二、费用审核流程

登录贵州省医疗保障信息系统——进入城镇职工（城乡居民）参保待遇——统计查询——F8 费用结算明细——选择开始时间及结束时间——医院编码——支付类别（住院、门诊）——检索——导出全部，对导出的数据进行审核。

专项检查业务操作指南

一、所需材料

无。

二、办理流程

登录贵州省医疗保障信息系统——进入城镇职工（城乡居民）参保待遇——统计查询——F8 费用结算明细——选择开始时间及结束时间——医院编码——支付类别（全部）——检索——导出全部，将导出的数据按专项检查确定的检查重点抽查医疗机构病历或药店的结算数据单。

实地检查业务操作指南

一、所需材料

无。

二、办理流程

登录贵州省医疗保障信息系统——进入城镇职工（城乡居民）参保待遇——统计查询——F8 费用结算明细——选择开始时间及结束时间——医院编码——支付类别（全部）——检索——导出全部，将导出的数据按实地检查确定的检查重点抽查医疗机构病历或药店的结算数据单。

年终检查业务操作指南

一、所需材料

无。

二、费用筛选流程

登录贵州省医疗保障信息系统——进入城镇职工（城乡居民）参保待遇——统计查询——F8 费用结算明细——选择开始时间及结束时间（全年）——医院编码——支付类别（全部）——检索——导出全部，将导出的数据按年终检查确定的检查重点抽查医疗机构病历或药店的结算数据单。

举报投诉线索核查业务操作指南

一、所需材料

1. 根据局转办的举报投诉线索，对被核查的定点医药机构进行费用筛选，抽查被核查定点医疗机构病历或定点药店的结算数据单。
2. 稽核通知书、稽核检查表。

二、办理流程

登录国家医疗保障信息平台——进入医疗保障智能监管子系统——医保稽核经办——稽核登记（点击稽核登记按钮，弹出稽核登记界面，填写稽核信息）——调查（点击稽核案件列表的操作列详情链接，可以查看案件调查信息）——审核——申诉（稽核对象收到稽核结论后如对结果产生异议，可在规定期限内提供相关材料并发起申诉请求）——合议（点击查询按钮进行数据筛选，点击操作列的详情链接，进入案件信息界面，查看稽核案件的信息。点击操作列的处理链接，进入案件信息界面，进行合议处理操作）——处理（点击填写处理结果按钮，弹出填写处理结果弹窗，根据案件的严重程度填写稽核处理决定、提请行政处理、提请司法处理，填写其他说明，上传相关文件，点击确定按钮，

在案件信息界面展示处理结案信息)——结案(点击同意结案按钮,弹出同意结案弹窗,填写审批意见,点击确定按钮,案件结案,案件文书生成社会保险稽核结案报告链接,点击社会保险稽核结案报告链接以文件的形式下载到本地)

医药机构违规扣款业务操作指南

一、所需材料

1. 《人工审核/智能审核违规扣款明细表》
2. 《人工审核/智能审核违规扣款汇总表》

二、业务办理流程

1. 根据人工审核、稽核出具的违规扣款数据逐条录入或批量导入扣款信息。
2. 接收智能审核系统推送的违规扣款数据信息。
3. 系统针对违规项目扣款信息对应扣减参保人医保统筹区或医保分中心应结算金额，针对倍数处罚性扣款直接扣除医药机构申报结算金额。
4. 对最终扣款信息进行初审。
5. 对初审通过扣款信息进行复审。

三、办理流程

（一）人工审核扣款。登录医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——定点机构结算管理——协议扣款管理——协议扣款——人工审核扣款。录入医药机构编号，点击新增，分别选择录入医保统筹区、医保分中心、违规金额，扣款

倍数、应扣款金额、违规起止日期、扣款基金类型等必填信息后点击提交保存。

（二）智能审核扣款。登录医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——定点机构结算管理——协议扣款管理——协议扣款——智能审核扣款。选择相应条件点击查询检索智能审核系统推送的违规扣款信息，逐条接收或批量接收智能审核数据。

（三）违规扣款生成。登录医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——定点机构结算管理——协议扣款管理——协议扣款——违规扣款生成。系统根据扣款规则自动核算生成扣款信息。

（四）违规扣款初审。进入医保业务基础子系统（医保待遇）——定点机构结算管理——协议扣款管理——协议扣款——违规扣款初审。初审扣款数据。

（五）违规扣款复审。进入医保业务基础子系统（医保待遇）——定点机构结算管理——协议扣款管理——协议扣款——违规扣款复审。复审扣款数据。

以上所有操作均查询和导出，并可反向逐级回退和撤消。

- 附件：1. 人工审核/智能审核违规扣款明细表
2. 人工审核/智能审核违规扣款汇总表

附件 1

说明：表头为红色列为必填项；黑色列为非必填项；蓝色列为智能审核系统推送业务系统时必填项；橙色列根据特定统筹区需求选填；违规扣款金额正数为扣款，负数为冲正。

贵州省省本级医保XXXX年XX月 (/第X季度) 人工审核 (/智能审核/机构自查) 违规处罚扣款明细表

序号	医药机构编码	医药机构名称	参保统筹区划	参保分中心代码	个人编号	姓名	就诊号	项目编号	项目名称	结算日期	就医方式	就医类别	扣款金额	处罚倍数	处罚金额	扣款原因 (违约协议条款)	数据来源	初审人	复审人	提交日期	备注
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
...																					

附件 2

说明：表头为红色列为必填项；黑色列为非必填项；橙色列根据特定统筹区需求选填；违规扣款金额正数为扣款，负数为冲正。

贵州省省本级医保XXXX年XX月(/第X季度)人工审核（/智能审核/机构自查）违规处罚扣款汇总表

序号	医药机构编码	医药机构名称	参保统筹区划	参保分中心代码	门诊费用扣除金额	住院费用扣除金额	处罚倍数	门诊处罚金额	住院处罚金额	违规扣款合计	初审人	复审人	提交日期	备注
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
...														

基本医疗保险（生育保险）定点医药机构 费用月结算业务操作指南

一、所需材料

1. 《定点医药机构医疗费用清算汇总表》

二、业务经办规程

1. 每月 1-5 日（节假日顺延），定点医药机构通过联网系统申请清算上月记账医疗费用，根据各统筹区经办管理决定是否需要同时报送纸质版《定点医药机构医疗费用清算汇总表》。

2. 每月 6 日后，医保经办机构对定点医药机构申报费用进行审核结算。

3. 每月 25 前，业务经办出具拨付单据，推送财务进行拨付。

三、系统操作流程

（一）接收申报清算数据。登录医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——两定月结算——月结算接收。选择和录入相关查询条件后检索定点机构通过联网申请清算的记账医疗费用，然后点击接收数据。

（二）违规扣款处理。登录医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——医疗费用审核——违规处罚扣款

(/医疗费用审核扣款/智能审核扣款)。对医药机构申报数据明细逐条审核扣款，或对医药机构违规事项进行一次性处罚扣款，又或者接收智能审核系统推送违规扣款信息。

(三)月结算生成。登录医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统(医保待遇)——两定月结算——月结算生成。查询已接收申报清算数据，点击生成月结算数据。

(四)月结算初审。登录医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统(医保待遇)——两定月结算——月结算初审。检索已生成月结算数据，核对数据无误后逐条初审或批量初审。

(五)月结算复审。登录医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统(医保待遇)——两定月结算——月结算复审。检索已初审通过月结算数据，核对数据无误后逐条复审或批量复审。

(六)月结算报表查询打印。登录医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统(医保待遇)——两定月结算——月结算报表打印。查询已完成审核结算数据并逐一单笔打印拨付单据。

(七)月结算合单及打印。登录医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统(医保待遇)——两定月结算——月结算合单和打印。选择相应查询条件后检索已完成审核结算数据进行汇总合单并打印审核签批。

(八)银医互联推送拨付。登录医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统(医保待遇)——银医互联发放管理——银医互联发放处理。录入汇总合单号或者财务接口流水号检索并核对

数据无误后推送 FES 系统，财务核对后进行拨付，实拨后系统自动回写或人工修改财务处理标识。

以上所有操作均可查询和导出，并可反向逐级回退和撤消。

附件：贵州省异地就医定点医药机构医疗保险（含单病种）
费用清算汇总表

附件

贵州省定点医药机构医疗保险（含单病种）费用清算汇总表

机构编码: 000001 机构名称: 贵州省第X人民医院 费款所属期: 20XX年01月01日~20XX年01月31日 清算统筹区代码: 529900 单位: 元、人次

序号		医疗类别	人次	实际费用总额	统筹基金	大额保险	公务员补助	医疗救助	个人账户	补充医疗保险基金	伤残人员医疗保障基金	其他基金	现金		定额		费用合计
													范围内	范围外	包干内统筹	包干内自付	
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
...																	
合计																	
申报金额合计(小写):									申报金额合计(大写):								

申报机构（盖章）： 申报机构负责人： 申报机构经办人： 打印时间：2021年1月1日

异地就医医药机构费用月结算业务操作指南

一、所需材料

1. 《异地就医定点医药机构医疗费用清算汇总表》

二、业务经办规程

1. 每月 1-5 日（节假日顺延），异地就医定点医药机构通过联网系统申请清算上月记账医疗费用，根据各统筹区经办管理决定是否需要同时报送纸质版《异地就医定点医药机构医疗费用清算汇总表》。

2. 每月 6 日后，医保经办机构对医定点医药机构申报费用进行审核结算。

3. 每月 25 前，业务经办出具拨付单据，推送财务进行拨付。

三、系统操作流程

（一）接收申报清算数据。登录医疗保障信息平台，进入异地就医管理子系统——两定月结算——月结算接收。选择和录入相关查询条件后检索定点机构通过联网申请清算的记账医疗费用，然后点击接收数据。

（二）违规扣款处理。登录医疗保障信息平台，进入异地就医管理子系统——医疗费用审核——违规处罚扣款（/医疗费用审

核扣款/智能审核扣款)。对医药机构申报数据明细逐条审核扣款,或对医药机构违规事项进行一次性处罚扣款,又或者接收智能审核系统推送违规扣款信息。

(三)月结算生成。登录医疗保障信息平台,进入异地就医管理子系统——两定月结算——月结算生成。查询已接收申报清算数据,点击生成月结算数据。

(四)月结算初审。登录医疗保障信息平台,进入异地就医管理子系统——两定月结算——月结算初审。检索已生成月结算数据,核对数据无误后逐条初审或批量初审。

(五)月结算复审。登录医疗保障信息平台,进入异地就医管理子系统——两定月结算——月结算复审。检索已初审通过月结算数据,核对数据无误后逐条复审或批量复审。

(六)月结算报表查询打印。登录医疗保障信息平台,进入异地就医管理子系统——两定月结算——月结算报表打印。查询已完成审核结算数据并逐一单笔打印拨付单据。

(七)月结算合单及打印。登录医疗保障信息平台,进入异地就医管理子系统——两定月结算——月结算合单月结算合单和打印。选择相应查询条件后检索已完成审核结算数据进行汇总合单并打印审核签批。

(八)银医互联推送拨付。登录医疗保障信息平台,进入异地就医管理子系统——银医互联发放管理——银医互联发放处理。录入汇总合单号或者财务接口流水号检索并核对数据无误后

推送 FES 系统，财务核对后进行拨付，实拨后系统自动回写或人工修改财务处理标识。

以上所有操作均可查询和导出，并可反向逐级回退和撤消。

附件：贵州省异地就医定点医药机构医疗保险（含单病种）
费用清算汇总表

附件

贵州省异地就医定点医药机构医疗保险(含单病种)费用清算汇总表

机构编码: 000001 机构名称: 贵州省第X人民医院 费款所属期: 20XX年01月01日~20XX年01月31日 清算统筹区代码: 529900 单位: 元、人次

序号		医疗类别	人次	实际费用总额	统筹基金	大额保险	公务员补助	医疗救助	个人账户	补充医疗保险基金	伤残人员医疗保障基金	其他基金	现金		定额		费用合计
													范围内	范围外	包干内统筹	包干内自付	
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
...																	
合计																	
申报金额合计(小写):									申报金额合计(大写):								

申报机构（盖章）： 申报机构负责人： 申报机构经办人： 打印时间：2021年1月1日

连锁定点医药机构关系管理业务操作指南

一、所需材料

1. 《医药（连锁）集团定点机构关系变更申报表》

二、业务经办规程

定点医药机构根据业务管理需要，向医保经办机构提交集团（连锁）关系变更申请，医保经办机构根据定点医药机构申请对其连锁机构关系进行绑定或者解绑，便于定点医药机构医疗费用合单拨付。

三、系统操作流程

（一）医药集团机构新增。登录医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——定点协议管理——医药集团关系管理——新增一级医药集团，录入连锁医药机构编码和名称及相关机构信息，点击保存，生成一级医药集团信息。

（二）二级医药机构绑定和解绑。登录医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——定点协议管理——医药集团关系管理，查询一级医药机构编码（名称）及二级机构编码（名称），核对信息后，点击绑定按钮，将二级机构绑定到一级机构下；点击解绑按钮，将二级机构从一级机构中解除绑定。

(三)医药集团机构信息变更初审。登录医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统(医保待遇)——定点协议管理——医药集团关系管理——医疗集团关系变更初审，根据经办时间查询需初审的变更信息，核对无误后点击初审通过。

(四)医药集团机构信息变更复审。登录医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统(医保待遇)——定点协议管理——医药集团关系管理——医疗集团关系变更复审，根据经办时间查询需复审的变更信息，核对无误后点击复审通过。

为便于核对数据，以上经办模块数据均可查询和导出。

附件：医药（连锁）集团定点机构关系变更申报表

附件

医药（连锁）集团定点机构关系变更申请表

_____医保中心：

我公司因业务发展需要，为方便与贵中心正常进行医保费用结算，申请绑定/解绑下表中定点机构医保费用合单拨付。我单位对提供信息的真实性、正确性、完整性、合法性负责。
特此申请。

XXXX医药（连锁）集团（公章）
20 年 月 日

一级机构编码			一级机构名称			
一级机构地址						
联系人				联系电话		
序号	二级机构编码	二级机构名称			变更类型 (绑定/解绑)	备注
1						
2						
3						
4						
5						
...						

异地就医医疗费用季度清算业务操作指南

一、所需材料

无。

二、业务经办规程

每个季度开始月 15 日前对省异地就医结算中心季度清算对本统筹区清算数据进行初审、复审确认。

三、系统操作流程

（一）初审。登录医疗保障信息平台，进入异地就医管理子系统——异地就医费用清算——统筹区清算数据初审，对清算数据进行核对无误后点击初审。

（二）复审。登录医疗保障信息平台，进入异地就医管理子系统——异地就医费用清算——统筹区清算数据复审，对初审清算数据进行核对无误后点击复审。

以上所有操作均可查询和导出，并可反向逐级回退和撤消。

医疗机构年终总控清算业务操作指南

一、所需材料

1. 《XX 年度医疗保险付费总额控制指标参数表》

二、业务经办规程

（一）总控参数维护。每个清算年度年初，总控参数维护人员根据行政部门批复的年度医保付费总额控制指标在业务信息系统中逐条设置或批量导入各定点医疗机构该年度各项总额控制参数。

（二）年度总控参数生成。清算年度定点医疗机构考核结束后，总控核算人员在业务信息系统点击生成年度总控核算各项参数指标。

（三）年度总控核算。清算年度定点医疗机构考核结束后，总控核算人员在业务信息系统中对定点医疗机构年度总额控制进行年终核算，初步计算付费总额控制奖励或分担金额。

（四）年度总控分担奖励调整。根据政策或特殊情况调整定点医疗机构奖励或分担金额。

（五）年度总控清算。根据初步总控计算和调整后的数据计算生成最终定点医疗机构年度总控奖励或分担金额。

（六）年终总控清算初审。总控清算人员对年度最终计算的总控奖励或分担数据进行初审。

（七）年终总控清算复审。总控清算人员对年度最终的总控奖励或分担数据进行复审。

（八）年终总控清算表查询打印。通过查询总控年度、机构编码等条件逐条或批量打印定点医疗机构总控清算表。

（九）年终总控清算汇总合单打印推送财务拨付。

三、系统操作流程

（一）总控参数维护（年初）。登录医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——定点机构结算管理——年度清算管理——总控参数维护，分别点击下列各菜单完成相应参数设置。

1. 年度医保基金支出测算增幅录入：根据年度医疗保险付费总额控制指标参数表逐条录入或批量导入定点医疗机构编号、开始期号、结束期号、总额控制类别、本年度人次人头比调节系数、本年度次均费用调节系数、本年度基金支出测算增幅、本年度高额住院医疗费用基金支出增幅等，点击保存。

2. 年度医保基金支出测算增幅初审：对录入的各定点医疗机构测算增幅参数进行初审。

3. 年度医保基金支出测算增幅初审：对初审通过的定点医疗机构测算增幅参数进行复审。

4. 年度预算额参数生成：录入总控年度，点击生成年度各

定点医疗机构预算额度。

5. 年度月结算额度调整：对系统生成年度预算额度参数及月结算额度进行调整。（月结算额度年中可调整）

6. 年度预算额度初审：对系统自动生成的年度预算额度或调整后的年度预算额度进行初审。

7. 年度预算额度复审：对初审通过的年度预算额度进行复审。

8. 年度总额制度各项参数查询。

（二）年度总控清算拨付（年终）。登录医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——定点机构结算管理——年度清算管理——年度总控清算拨付，分别点击下列各菜单完成定点医疗机构总控核算拨付。

1. 年度总控核算参数生成。清算年度定点医疗机构考核结束后，年终清算前生成年度总控核算各项参数指标。

2. 年度总控核算。对定点医疗机构年度总额控制进行年终核算，初步计算付费总额控制奖励或分担金额。

3. 年度总控核算调整。根据相关政策调整核算后定点医疗机构奖励或分担金额。

4. 年度总控分担奖励调整初审：逐条或批量初审。

5. 年度总控分担奖励调整复审：逐条或批量复审。

6. 年度总控清算：计算生成最终定点医疗机构年度总控奖励或分担金额。

7. 年终总控清算初审：逐条或批量初审总控清算结果。

8. 年终总控清算复审：逐条或批量复审总控清算结果。

9. 年终总控清算表查询打印。

10. 年终总控清算汇总合单打印：通过查询总控年度、机构编码、经办起止时间、机构类型、连锁机构等条件进行合单，打印汇总单审核签批。

11. 银医互联推送拨付：登录医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——银医互联发放管理——银医互联发放处理。录入汇总合单号或者财务接口流水号检索并核对数据无误后推送 FES 系统，财务核对后进行拨付，实拨后系统自动回写或人工修改财务处理标识。

以上所有操作均可查询和导出，并可反向逐级回退和撤消。

附件：XX 年度医疗保险付费总额控制指标参数表

附件

XX市/州20XX年度医疗保险付费总额控制指标参数表

序号	医保统筹区 区划代码	医保统筹区 名称	医疗机构 编码	医疗机构 名称	总控年度	门诊次均费用 调节系数	住院次均费用 调节系数	门诊和住院人次 人头比调节系数	高额住院医疗费用 增幅控制目标
1									
2									
3									
4									
5									
...									

保证金年终清算业务操作指南

一、所需材料

1. 《定点医疗机构保证金预留比例表》
2. 《定点零售药店保证金预留比例表》
3. 《定点医疗机构年中检查评分表》
4. 《定点零售药店年中检查评分表》
5. 《定点医疗机构年度考核评分表》
6. 《定点零售药店年度考核评分表》

二、办理流程

年初，业务经办人员根据服务协议中约定在系统内对定点医药机构保证金预留比例进行设定。

年中，业务经办人员根据检查情况录入定点医药机构因违规扣分分值。

年终，业务经办人员根据年度考核结果，录入考核评分及扣分分值。

清算拨付，系统自动核算年度保证金应扣金额和实际应拨返还保证金金额，经办人员对系统核算数据进行初审和复审，最终生成清算拨付单据并打印后送财务部门进行拨付。

三、系统操作流程

（一）医药机构保证金预留比例维护（设置）。登录医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——定点机构结算管理——年度保证金清算——预留保证金比例维护。

1. 手工逐条录入：选择年度，录入医药机构编号，根据服务协议录入机构预留保证金比例，点击保存。

2. 批量导入：点击批量导入保证金预留比例，选择《保证金预留比例表》，点击确定，系统自动导入并保存年度考核评分。

3. 保证金预留比例维护初审。

4. 保证金预留比例维护复审。

预留保证金比例维护信息可查询、修改及导出。初审、复审可反向逐级回退。

（一）医药机构考核检查评分登记。登录医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——定点机构结算管理——年度保证金清算——考核检查评分登记。

1. 手工逐条录入：选择年度，录入医药机构编号，根据年度考核情况录入医药机构考核评分，点击保存。

2. 批量导入：点击批量导入年度考核评分，选择《年度考核评分表》，点击确定，系统自动导入并保存年度考核评分。

年度考核评分登记信息可查询、修改及导出。

（二）年度保证金核算。登录医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——定点机构结算管理——年度保

证金清算——年度保证金核算，系统根据全年度考核评分汇总数及保证金清算规定自动进行保证金年度清算金额计算。

（三）保证金清算初审。登录医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——定点机构结算管理——年度保证金清算——保证金清算初审，核对系统根据年度考核评分总数及保证金清算规定核算结果，如若无误，点击初审通过。

（四）保证金清算复审。登录医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——定点机构结算管理——年度保证金清算——保证金清算复审，核对保证金初审通过数据，如若无误，点击复审通过。

（五）保证金拨付单查询打印。选择清算年度、医药机构编码或名称、清算经办起止时间等条件逐条查询或者批量检索打印定点医药机构保证金拨付单。

（六）保证金拨付汇总合单打印。登录医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——定点机构结算管理——年度保证金清算——年度保证金拨付汇总合单，选择清算经办起止时间或者清算年度、机构类型、连锁机构等条件进行检索并生成拨付汇总表合单，打印汇总单审核签批。

（七）银医互联推送拨付。登录医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——银医互联发放管理——银医互联发放处理。录入汇总合单号或者财务接口流水号检索并核对数据无误后推送 FES 系统，财务核对后进行拨付，实拨后系统

自动回写或人工修改财务处理标识。

以上所有操作均可查询和导出，并可反向逐级回退和撤消。

- 附件：
1. 定点医疗机构/零售药店保证金预留比例表
 2. 定点医疗机构/零售药店年中检查评分表
 3. 定点医疗机构/零售药店年度考核评分表

附件 1

定点医疗机构/零售药店保证金预留比例表（模板）

序号	机构编码	机构名称	保证金预留比例
1			
2			
3			
4			
5			
...			

附件 2

定点医疗机构/零售药店年中检查扣分表（模板）

序号	机构编码	机构名称	检查日期	扣分值	扣分原因	扣分初审人	扣分复审人	备注
1								
2								
3								
4								
5								
...								

附件 3

定点医疗机构/零售药店年度考核评分表（模板）

序号	机构编码	机构名称	考核日期	考核得分	扣分值	扣分原因	考核评分初审人	考核评分复审人	备注
1									
2									
3									
4									
5									
...									

集采结余奖励清算业务操作指南

一、所需材料

定点医疗机构结余奖励考核结果。

二、业务经办规程

1. 采集各家定点医疗机构药品和耗材相关集中采购使用及相关数据信息。
2. 核算定点医疗机构药品和耗材结余奖励。
3. 初审结余奖励数据。
4. 复审结余奖励数据。
5. 拨付定点医疗机构药品和耗材结余奖励。

三、业务操作流程

（一）集采数据接收。接收招采子系统推送的各家定点医疗机构药品和耗材相关集中采购使用及相关数据信息。

（二）药品集采结余奖励生成。系统根据品集采结余奖励细则核算生成药品集采结余奖励数据。

（三）药品集采结余奖励初审。

（四）药品集采结余奖励复审。

（五）药品集采结余奖励拨付查询及打印。

（六）耗材集采结余奖励生成。系统根据耗材采结余奖励细则核算生成耗材集采结余奖励数据。

（七）耗材集采结余奖励初审。

（八）耗材集采结余奖励复审。

（九）耗材集采结余奖励拨付查询及打印。

（十）药品耗材集采结余奖励拨付合单及打印。

（十一）银医互联推送拨付，回写财务处理标识。

以上所有操作均可查询和导出，并可反向逐级回退和撤消。

预付金拨付和清算业务操作指南

一、所需材料

《预付金申请书》

二、业务经办规程

1. 定点医药机构向医保经办机构提交《预付金申请书》。
2. 业务经办人员在系统内录入医疗机构申请预付金信息。
3. 对登记预付金信息进行初审和复审。
4. 生成预付金拨付单推送财务拨付。
5. 年终生成预付金年度清算单，推送财务进行预付金清算。
6. 定点医药机构根据清算通知全额返还年初预拨预付金。

三、系统操作流程

（一）预付金核定。登录医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——定点机构结算管理——预付金管理——预付金核定，录入医药机构编号，点击新增，分别录入预付金类型、统筹区基金类型、预付金金额后，点击确定保存或者点击新增录入下一项基金类型预付金。

（二）预付金初审。登录医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——定点机构结算管理——预付金管理——预付金初审。逐条初审或者全选批量初审。

（三）预付金复审。登录医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——定点机构结算管理——预付金管理——预付金复审。逐条复审或者全选批量复审。

（四）预付金拨付生成。登录医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——定点机构结算管理——预付金管理——预付金拨付生成。生成预付金拨付数据并打印拨付单。

（五）预付金拨付汇总合单。登录医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——定点机构结算管理——预付金管理——预付金拨付合单。根据不同的条件检索汇总生成定点医药机构预付金拨付汇总合单，打印汇总单审核签批。

（六）银医互联推送拨付。登录医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——银医互联发放管理——银医互联发放处理。录入汇总合单号或者财务接口流水号检索并核对数据无误后推送 FES 系统，财务核对后进行拨付，实拨后系统自动回写或人工修改财务处理标识。

（七）年终预付金清算。登录医疗保障信息平台，进入医保业务基础子系统（医保待遇）——定点机构结算管理——预付金管理——预付金清算。根据年初预付金拨付数据生成相应清算汇总单，推送财务，财务根据实际清算情况系统内回写财务处理标识。

以上所有操作均可查询和导出，并可反向逐级回退和撤消。

附件：预付金申请书（参考模板）

附件

20XX年定点医疗机构XXXX预付金（款）申请书

XXXX医保中心：

我院_____（医院/社区卫生服务中心/卫生服务站），
是XXXX统筹区定点医疗机构，机构编号：_____，医疗机构等
级（三级/二级/一级及以下）_____。20XX年度向XXXX中心申
报拨付本级医疗费用共_____元，申报拨付异地就医医疗费用
共_____元。现向贵中心申请拨付20XX年XXXX预付款_____元，
XXXX预付款_____元，共计_____元。
特此申请！

联系人：

联系电话：

申请医院：（盖章）

年 月 日

维护贵州省城乡居民重大疾病病种 认定岗医师库业务操作指南

一、专家入库

（一）所需资料。

《贵州省城乡居民重大疾病病种认定医师申请表》（附件1）。

（二）办理流程。

1. 信息录入。登录贵州省医疗保障专家库——专家入库管理——专家入库申请，填写专家信息，选择专家库类别：贵州省城乡居民重大疾病病种认定专家，点击上传申请表上传《贵州省城乡居民重大疾病病种认定医师申请表》，点击保存。

2. 信息审核。

初审：登录贵州省医疗保障专家库——专家入库管理——入库申请初审，自动罗列需审核的专家信息，勾选专家信息，填写审核意见，点击审核通过或审核失败。初审核通过进入复审。

复审：登录贵州省医疗保障专家库——专家入库管理——入库申请复审，自动罗列需审核的专家信息，勾选专家信息，填写审核意见，点击审核通过或审核失败。

二、专家信息维护

（一）所需资料。

《贵州省城乡居民重大疾病病种认定医师信息变更表》（附件 2）。

（二）办理流程。

1. 信息录入。登录贵州省医疗保障专家库——专家信息维护——信息维护申请，输入专家姓名或身份证号点击查询，在查询结果操作栏点击编辑，填写需变更的信息，点击保存。

2. 信息审核。

初审。登录贵州省医疗保障专家库——专家信息维护——信息维护初审，输入专家姓名或身份证号点击查询，勾选信息，点击审核通过或审核失败，初审核通过则进入复审。

复审：登录贵州省医疗保障专家库——专家信息维护——信息维护复审，输入专家姓名或身份证号点击查询，勾选信息，点击审核通过或审核失败，初审核通过则进入复审。

三、专家退出

（一）所需资料。

《贵州省城乡居民重大疾病病种认定医师退出申请书》（附件 3）。

（二）办理流程。

1. 信息录入。登录贵州省医疗保障专家库——专家退出管理——专家退出申请，输入专家姓名或身份证号点击查询，勾选信息，查询结果操作栏点击退出。

2. 信息审核。登录贵州省医疗保障专家库——专家退出管理——退出申请审核，输入专家姓名或身份证号点击查询，查询

结果操作栏点击审核通过或审核失败。

- 附件：
1. 贵州省城乡居民重大疾病病种认定医师申请表
 2. 贵州省城乡居民重大疾病病种认定医师信息变更表
 3. 贵州省城乡居民重大疾病病种认定医师退出申请书

附件 1

贵州省城乡居民重大疾病病种认定医师申请表

姓名		性别		照片粘贴处
年龄		电话		
身份证号				
执业证编号				
资格证编号				
城乡居民重大 疾病认定 病种	病种类别			
	病种名称			
	治疗方式			
第一执业 医院	机构编码			
	名称			
	地址			
	职务		所属科室	
第二执业 医院	机构编码			
	名称			
	地址			
	职务		所属科室	
职称				
专业领域				

附件 2

贵州省城乡居民重大疾病病种认定医师信息变更表

姓名		性别	
年龄		联系电话	
执业机构名称		执业机构编号	
身份证号		变更时间	
变更内容	变更前	变更后	
●执业机构名称及编码			
●所属科室			
●职称			
●专业领域			
●认定病种类别			
●认定病种名称			
●认定病种治疗方式			
申请人承诺，本申请书中所填内容真实、合法、有效。 申请人签字（盖章）： 年 月 日			

备注：需变更的信息在变更内容对应项目 ●里打√。

附件 3

贵州省城乡居民重大疾病病种 认定医师退出申请书

姓名		性别	
年龄		联系电话	
身份证号			
申请退出原因: 申请人签字（盖章）: 年 月 日			
医院医保科意见: 申请人签字（盖章）: 年 月 日			

维护贵州省城乡居民重大疾病现场 评审医师库业务操作指南

一、专家入库

（一）所需资料。

《贵州省城乡居民重大疾病病种现场评审医师申请表》

（二）办理流程。

1. 信息录入。登录贵州省医疗保障专家库——专家入库管理——专家入库申请，填写专家信息，选择专家库类别：贵州省城乡居民重大疾病指定医疗机构实地评审专家，点击上传申请表上传《贵州省城乡居民重大疾病病种现场评审医师申请表》，点击保存。

2. 信息审核。

初审：登录贵州省医疗保障专家库——专家入库管理——入库申请初审，自动罗列需审核的专家信息，勾选专家信息，填写审核意见，点击审核通过或审核失败。初审核通过进入复审。

复审：登录贵州省医疗保障专家库——专家入库管理——入库申请复审，自动罗列需审核的专家信息，勾选专家信息，填写审核意见，点击审核通过或审核失败。

二、专家信息维护

（一）所需资料。

《贵州省城乡居民重大疾病病种现场评审医师信息变更表》

（二）办理流程。

1. 信息录入。登录贵州省医疗保障专家库——专家信息维护——信息维护申请，输入专家姓名或身份证号点击查询，在查询结果操作栏点击编辑，填写需变更的信息，点击保存。

2. 信息审核。

初审。登录贵州省医疗保障专家库——专家信息维护——信息维护初审，输入专家姓名或身份证号点击查询，勾选信息，点击审核通过或审核失败，初审核通过则进入复审。

复审：登录贵州省医疗保障专家库——专家信息维护——信息维护复审，输入专家姓名或身份证号点击查询，勾选信息，点击审核通过或审核失败，初审核通过则进入复审。

三、专家退出

（一）所需资料。

《贵州省城乡居民重大疾病病种现场评审医师退出申请书》

（二）办理流程。

1. 信息录入。登录贵州省医疗保障专家库——专家退出管理——专家退出申请，输入专家姓名或身份证号点击查询，勾选信息，查询结果操作栏点击退出。

2. 信息审核。登录贵州省医疗保障专家库——专家退出管理——退出申请审核，输入专家姓名或身份证号点击查询，查询结果操作栏点击审核通过或审核失败。

- 附件：1. 贵州省城乡居民重大疾病病种现场评审医师申请表
2. 贵州省城乡居民重大疾病病种现场评审医师信息变更表
3. 贵州省城乡居民重大疾病病种现场评审医师退出申请书

附件 1

贵州省城乡居民重大疾病病种现场评审医师申请表

姓名		性别		照片粘贴处
年龄		电话		
身份证号				
执业证编号				
资格证编号				
城乡居民重大 疾病评审 病种	病种类别			
	病种名称			
	治疗方式			
第一执业 医院	机构编码			
	名称			
	地址			
	职务		所属科室	
第二执业 医院	机构编码			
	名称			
	地址			
	职务		所属科室	
职称				
专业领域				

附件 2

贵州省城乡居民重大疾病病种现场评审医师信息变更表

姓名		性别	
年龄		联系电话	
执业机构名称		执业机构编号	
身份证号		变更时间	
变更内容	变更前	变更后	
●执业机构名称 及编码			
●所属科室			
●职称			
●专业领域			
●评审病种类别			
●评审病种名称			
●评审病种治疗方式			
申请人承诺，本申请书中所填内容真实、合法、有效。 申请人签字（盖章）： 年 月 日			

备注：需变更的信息在变更内容对应项目 ●里打√。

附件 3

贵州省城乡居民重大疾病病种现场 评审医师退出申请书

姓名		性别	
年龄		联系电话	
身份证号			
执业机构名称			
执业机构编号			
申请退出原因：			
申请人签字（盖章）： 年 月 日			
医院医保科意见：			
申请人签字（盖章）： 年 月 日			

维护医保医师库业务操作指南

一、所需资料

无。

二、办理流程

（一）信息录入。

各申请医院在久远银海支付系统（医院端）进行医保医师信息录入。

（二）信息审核。

1. 初审。登录贵州省医疗保障信息系统，进入城镇职工医疗待遇——医保医师信息审核——医保医师信息初审，输入医师身份证号码，点击查询，勾选医师信息，点击审核通过则进入复审或填写未通过原因点击审核未通过。

2. 复审。登录贵州省医疗保障信息系统，进入城镇职工医疗待遇——医保医师信息审核——医保医师信息复审，输入医师身份证号码，点击查询，勾选医师信息，点击审核通过或填写未通过原因审核未通过。

维护贵州省特殊药品定岗医师库操作指南

根据贵州省医疗保险特殊药品管理规定，特殊药品使用实行定医院、定医师、定患者、定药品、定用量的“五定”管理机制。为进一步规范特殊药品医师库管理，结合工作实际，特制定本规程。

一、管理范围

二级及以上定点医疗机构。

二、资质条件

（一）基本条件。

1. 坚持党的领导，坚持四项基本原则，拥护中华人民共和国宪法，遵守国家有关法律、法规，在有关行业主管部门无不良行为记录。

2. 思想政治素质过硬、业务精湛、具有良好的医德医风和强烈的社会责任感，具备良好的职业道德，公道正派，清正廉洁。

（二）专业条件。

原则上为主任或副主任医师，并且只负责与自身疾病诊治专业方向相对应的特殊药品处方开具和特殊药品用药资格认定办理。

三、办理流程

特殊药品定岗医师由符合条件的定点医疗机构向所属医保经办机构申报，医保经办机构负责审核和日常维护。

（一）特殊药品用药医师资格申报。

1. 医疗机构进入系统，完整填写特殊药品用药医师信息，含姓名、身份证号、资格证书编号、执业证书编号、医疗机构编号、医疗机构名称等关键信息，提交申报。同时向所属医保经办机构报送《特殊药品定岗医师库申报表》（见附件）及医师身份证、资格证书、执业证书及医疗机构执业许可证复印件（经医疗机构审核与原件一致并盖章）。

2. 医保经办机构根据系统申报内容和医疗机构报送的材料进行初审、复审，对符合条件的进行认定，并通知申报的医疗机构；不符合条件的予以退回。

（二）特殊药品用药医师库人员维护。

根据工作需要，医保经办机构对特殊药品定岗医师库信息进行适时维护，对相关信息进行修改、完善、删除等操作。

附件：特殊药品定岗医师库申报表

附件

特殊药品定岗医师库申报表

定点医院名称（盖章）： 年 月 日

序号	姓名	身份证号	职称	专业方向	所在科室	联系电话	特殊药品名称

备注：1. 医师需提供职称、专业方向的证明材料；
2. 特殊药品名称以《贵州省医疗保障局关于做好基本医疗保险特殊药品使用管理的通知》（黔医保发〔2019〕79号）等文件为准。

维护贵州省特殊门诊定岗医师库操作指南

为进一步规范特殊门诊定岗医师库管理，结合工作实际，特制定本规程。

一、管理范围

二级及以上定点医疗机构。

二、资质条件

（一）基本条件。

1. 坚持党的领导，坚持四项基本原则，拥护中华人民共和国宪法，遵守国家有关法律、法规，在有关行业主管部门无不良行为记录。

2. 思想政治素质过硬、业务精湛、具有良好的医德医风和强烈的社会责任感，具备良好的职业道德，公道正派，清正廉洁。

（二）专业条件。

原则上为主任或副主任医师，并且只负责与自身疾病诊治专业方向相对应的特殊门诊诊疗。

三、办理流程

特殊门诊定岗医师由符合条件的定点医疗机构向所属医保经办机构申报，医保经办机构负责审核和日常维护。

（一）特殊门诊医师资格申报。

1. 医疗机构进入系统，完整填写特殊门诊医师信息，含姓名、身份证号、资格证书编号、执业证书编号、医疗机构编号、医疗机构名称等关键信息，提交申报。同时报送《特殊门诊定岗医师库申报表》（见附件）及医师身份证、资格证书、执业证书及医疗机构执业许可证复印件（经医疗机构审核与原件一致并盖章）。

2. 医保经办机构根据系统申报内容和医疗机构报送的材料进行初审、复审，对符合条件的进行认定，并通知申报的医疗机构；不符合条件的予以退回。

（二）特殊门诊医师库人员维护。

根据工作需要，医保经办机构对特殊门诊定岗医师库信息进行适时维护，对相关信息进行修改、完善、删除等操作。

附件：特殊门诊定岗医师库申报

附件

特殊门诊定岗医师库申报表

定点医院名称（盖章）：

年 月 日

序号	姓名	身份证号	职称	执业范围	所在科室	联系电话	备注

备注：医师需提供职称、专业方向的证明材料。