**江门市基本医疗保险市外转院（诊）申请表**

医疗机构名称： 科别： 申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 个人参保号 |  | 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 身份证号码 |  | | 单位名称 |  | | | |
| 临床诊断： | | | | | | | |
| 拟转诊医院： | | | | | | | |
| 病情摘要：  转院（诊）理由：  科 医师签名：  年 月 日 | | | | | | | |
| 定点医疗机构相关科室意见：  签名：  年 月 日 | | | 医务科意见：  盖章：  年 月 日 | | | | |
| 社会保险经办机构审批意见：  签名：  年 月 日 | | | | | | | |

说明：1.此表用于转院（诊）备案、转院（诊）审核及结算凭证。由定点医疗机构填写，经定点医疗机构医务科（医保科）审核，通过信息系统上报社保经办机构备案。

2.急危重病人可先转院（诊），定点医疗机构于十日内通过信息系统补报社保经办机构备案。

3.此表格一次住院有效。

**报销须知**

一、参保人经定点医疗机构办理市外转诊申请手续后，在已建立基本医疗保险实时结算的医疗机构住院的，应在入院后及时向医疗机构出示身份证和社保卡等相关证件办理医保住院登记手续，参保人在住院期间应配合医疗机构及医疗保险核查人员对其进行身份信息、就医情况等资料核查。出院时，医疗机构按参保人所享受基本医疗保险待遇有关规定进行结算，收取参保人个人应支付费用，其余的医疗费用由医疗机构与属地社会保险经办机构按有关规定结算。

二、参保人在非直接结算医疗机构就医或由于各种原因未能在定点医疗机构直接实时结算的，所发生的医疗费用，需由个人现金垫付后，在参保人出院之日起2个月内持以下资料，到参保地社会保险经办机构办理医疗费用零星报销手续，参保人医疗费用零星报销后通过转账划入本人社保卡金融账户：

1、当次住院的收费发票原件、住院费用明细总清单原件、疾病证明书原件、出院记录原件、CT\MRI提供检查报告原件（所有原件医院盖章必须清晰、出入院日期相对应），生育或终止妊娠提供计生证。  
 2、本人身份证原件及复印件、社会保障卡验原件、如无社保卡需复印本人银行卡或本人结算户存折；  
 3、委托代理人代为办理的，代理人除携带以上有关资料外，还须携带代理人身份证原件及复印件；

4、《江门市基本医疗保险异地就医医疗机构申请表》。

5、以下特殊情况须提供有关资料：

（1）参保人住院期间使用白蛋白须提供病危通知书或抢救证明；

（2）所有血液及成份血（对抢救、手术中用血及血色素等于或低于60G/L）须提供相关证明。

6、若病情需要住院超过60日的，需医生出具延期住院证明。

7、其他证明。情况特殊或意外事故需查看以上资料后再作补充。

三、注意事项：

1.参保人按《江门市基本医疗保险管理办法》（江府办[2017]47号，下称《管理办法》）规定超时办理零星报销手续（超过 2个月的）发生的政策范围内住院医疗费用支付比例（含大病保险赔付比例）降低为《管理办法》规定标准的50%。

2.参保人自出院之日起超过2年（先行支付超过3年）申办零星报销的，社会保险经办机构不予受理。

3.参保人住院期间不能同时享受特定病种门诊待遇和普通门诊待遇。

4.办理住院手续24小时（纳入我市基本医疗保险按病种付费日间手术管理的、病情危重需转院或抢救无效死亡除外）内又办理出院手续的，不作住院处理，不纳入住院费用结算范围，可纳入特定病种门诊或普通门诊统筹医疗费用范围按规定结算。

5.参保人住院治疗终结可以出院但仍不出院的，经医疗机构医疗技术鉴定小组或医务科鉴定，被确认治疗终结成立，从终结之日起，参保人所发生的住院医疗费用由本人自理。

6.在市外医疗机构住院的时间一般不超过60天，超过的，参保人或家属应凭收治医疗机构的需继续住院治疗的证明，到参保地社会保险经办机构办理延期手续。

**本人已阅读本表并理解以上内容。**

**（抄录处）**

**参保人（代办人）签名： 日期： 年 月 日**