附件

内蒙古自治区基本医疗保险跨省异地就医转诊单

 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 险种类型 | □城镇职工医保□城乡居民医保 |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 转诊医院 |  | 就诊科室 |  |
| 诊断名称 |  |
| 转诊原因及意见： |
|
| 转诊日期 |  | 就医地（填写转诊的城市） |  |
| 转往医院名称 |  | 主任医师签字 |  |
| 政策告知书转诊医院检查会诊后不能明确诊断或受限于转诊医院医疗技术和设备条件不能诊治的疑难重症，确需转往区外就医的参保人员可申请《转诊单》。《转诊单》为办理“异地转诊就医人员”备案的必备材料，3个月内有效。凭《转诊单》办理“异地转诊就医人员”备案的参保人员，提高其跨省就医医保支付比例，与“异地急诊抢救人员”一致。 |
| 参保人或其代办人签字： | 医院会诊转诊服务中心审核意见(章)： 年 月 日 |