附件1

定点药店对持社保卡结算外配处方费用的参保人员提供的材料

|  |  |
| --- | --- |
| 提供材料 | 要求 |
| 1.收费发票 | 1.必须使用计算机打印的北京市税务局监制的发  票，加盖定点药店发票专用章,并注明费用发生日期。  2.机打票据手写无效。  3.发票上加盖“医保已实时结算”字样的条形章。 |
| 2.北京市医保定点药店费用清单（表样1、2、3） | 1.加盖定点药店收费章(或公章)。  2.费用清单中药品种类打印不全时，应另附纸打  印明细。  若是机打明细，不需加盖收费章(或公章)；若是  手写明细应有填写人签字，并加盖收费章(或公  章)。 |
| 3.外配处方 | 加盖“医保已实时结算”字样的条形章。 |

附件2

定点药店向经办机构申报外配处方费用时提供的材料

|  |  |
| --- | --- |
| 提供材料 | 要求 |
| <<北京市医疗保险外配处方购药费用申报结算明细表>>(表样4、5、6) | 加盖定点药店收费章(或公章) |

附件3

用人单位或社保所向经办机构申报外配处方费用时提供的材料

|  |
| --- |
| 1.社保卡 |
| 2.外配处方、药店费用清单（药品明细） |
| 3.收费发票 |
| 4.报盘文件 |
| 5.《北京市医疗保险手工报销费用审核表》 |
| 6.《北京市医疗保险手工报销医疗费用明细表》 |

附件4

经办机构审核结算外配处方费用后提供的材料

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 提供材料 | 要 求 |
| 或社保所 向用人单位 | 1.北京市医疗保险手工报销医疗费用结算支付明细表 | 加盖区医疗保险经办机构章。 |
| 2.北京市医疗保险手工报销医疗费用审批表 |
| 向定点药店 | 1.北京市基本医疗保险药店费用结算支付明细表（外配处方）（表样10、11、12）  2.北京市基本医疗保险药店费用拒付（追回、补支）明细表（外配处方）（表样13、14、15） | 定点药店可从药店端软件直接下载打印，其中拒付项目及原因应详细描述。 |
| 管理中心 向社会保险基金 | 1.北京市基本医疗保险药店费用支付通知单（外配处方）（表样16、17、18） | 区医疗保险经办机构经办人、负责人签字后加盖医保经办机构章。 |
| 2.北京市医疗保险手工报销医疗费用支付通知单 |

备注：

附件中各项材料，都应符合卫生、税务等行政管理部门的有关规定和要求。

# 表样

# 1北京市定点药店费用清单（外配处方）--城镇职工

北京市医保定点药店费用清单

实时结算：★ 医保已实时结算

交易流水号： 外配处方 发票号：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 姓名： 性别： 医保类型： 社会保障卡号： | | |
| 项目/规格 单价 数量/单位 金额 等级 | 项目/规格 单价 数量/单位 金额 等级 | |
| ┆  ┆  ┆  ┆  ┆  ┆  ┆  ┆  ┆  ┆  ┆  ┆  ┆  ┆  自付一：  门诊大额支付： 本次医保范围内金额： 起付金额：  退休补充支付： 累计医保范围内金额： 超封顶金额：  残军补助支付： 年度门诊大额累计支付： 自付二：  单位补充险[原公疗]支付： 本次支付后个人账户余额： 自费：  基金支付： 个人帐户支付： 个人支付金额： | | |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
| 合计（大写）： | | ￥： |

收款单位（章）： 收款人： 年 月 日

# 2北京市定点药店费用清单（外配处方）--城乡居民【有个人帐户】

北京市医保定点药店费用清单

实时结算：★ 医保已实时结算

交易流水号： **外配处方** 发票号：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 姓名： 性别： 医保类型： 社会保障卡号： | | |
| 项目/规格 单价 数量/单位 金额 等级 | 项目/规格 单价 数量/单位 金额 等级 | |
| ┆  ┆  ┆  ┆  ┆  ┆  ┆  ┆  ┆  ┆  ┆  ┆  ┆  ┆  ┆  自付一：  起付金额：  本次医保范围内金额： **原城镇职工基本医疗保险** 超封顶金额：  年度累计医保范围内金额： 自付二：  年度居民基本医疗保险基金门诊累计支付： 本次支付后个人账户余额： 自费：  基金支付： 个人帐户支付： 个人支付金额： | | |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
| 合计（大写）： | | ￥ |

收款单位（章）： 收款人： 年 月 日

# 3北京市定点药店费用清单（外配处方）--城乡居民【无个人帐户】

北京市医保定点药店费用清单

实时结算：★ 医保已实时结算

交易流水号： **外配处方** 发票号：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 姓名： 性别： 医保类型： 社会保障卡号： | | |
| 项目/规格 单价 数量/单位 金额 等级 | 项目/规格 单价 数量/单位 金额 等级 | |
| ┆  ┆  ┆  ┆  ┆  ┆  ┆  ┆  ┆  ┆  ┆  ┆  ┆  自付一：  起付金额：  本次医保范围内金额： 超封顶金额：  年度累计医保范围内金额： 自付二：  年度居民基本医疗保险基金门诊累计支付： 自费：  基金支付： 个人支付金额： | | |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
| 合计（大写）： | | ￥： |

收款单位（章）： 收款人： 年 月 日

# 4北京市城镇职工基本医疗保险外配处方购药费用申报结算明细表

北京市城镇职工基本医疗保险外配处方购药费用申报结算明细表

定点药店名称： 定点药店编码： 申报区：

申报时间段： 至 申报批号： 单位：元(保留两位小数)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 上传批号 | 总费用 | 交易  笔数 | 申报支付金额 | | | | | | 个人现金支付 |
| 小计 | 大额互助资金（门诊）支付 | 单位补充医疗保险（原公疗）支付 | 退休人员补充医疗保险支付 | 残疾军人医疗补助支付 | 个人帐户支付 |
|  | （1） | （2） | （3） | （4） | （5） | （6） | （7） | （8） | （9） | （10） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 本页合计 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 本次合计 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

说明：

1. 交易笔数：申报时段内入库成功数据
2. (4)=(5)+(6)+(7)+(8)+(9)

(2)=(4)+(10)

联系电话 经手人 年 月 日

定点零售药店收费签章：第 页 ,共 页

北京市医疗保险事务管理中心监制

# 

# 5北京市城乡居民基本医疗保险外配处方购药费用申报结算明细表

定点药店名称： 定点药店编码： 申报区：

申报时间段： 至 申报批号： 单位：元(保留两位小数)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 上传批号 | 总费用 | 交易笔数 | 居民基本医疗保险基金（门诊）支付 | 个人帐户支付 | 个人现金支付 |
|  | （1） | （2） | （3） | （4） | （5） | （6） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 本页合计 | |  |  |  |  |  |
| 本次合计 | |  |  |  |  |  |

说明：

1. 交易笔数：申报时段内入库成功数据
2. (2)=(4)+(5) +(6)

联系电话 经手人 年 月 日

定点零售药店收费签章：第 页 ,共 页

北京市医疗保险事务管理中心

# 6北京市超转人员医疗保险外配处方购药费用申报结算明细表

北京市超转人员医疗保险外配处方购药费用申报结算明细表

定点药店名称： 定点药店编码 申报区：

申报时间段： 至 申报批号： 单位：元(保留两位小数)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 上传批号 | 总费用 | 交易  笔数 | 申报支付金额 | | | | | | 个人现金支付 |
| 小计 | 大额互助资金（门诊）支付 | 单位补充医疗保险（原公疗）支付 | 退休人员补充医疗保险支付 | 残疾军人医疗补助支付 | 个人帐户支付 |
|  | （1） | （2） | （3） | （4） | （5） | （6） | （7） | （8） | （9） | （10） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 本页合计 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 本次合计 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

说明：

1. 交易笔数：申报时段内入库成功数据
2. (4)=(5)+(6)+(7)+(8)+(9)

(2)=(4)+(10)

联系电话 经手人 年 月 日

定点零售药店收费签章：第 页 ,共 页

北京市医疗保险事务管理中心监制

# 7北京市基本医疗保险药店费用审核表（外配处方）

北京市基本医疗保险药店费用审核表（外配处方）

定点药店编码： 定点药店名称：

审核区： 申报批号： 单位：元（保留两位小数）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 总费用 | 交易笔数 | 基金申报支付 | | | | | | 拒付金额 |
| 申报支付合计 | 大额互助资金（门诊）支付金额 | 单位补充医疗保险（原公疗）补助支付金额 | 退休人员补充医疗保险支付金额 | 残疾军人医疗补助支付金额 | 个人账户支付金额 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

初审人： 复审人： 结算人： 支付人： 打印日期：

# 8北京市城乡居民医疗保险药店费用审核表（外配处方）

北京市城乡居民医疗保险药店费用审核表（外配处方）

定点药店编码： 定点药店名称：

审核区： 申报批号： 单位：元（保留两位小数）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 总费用 | 交易笔数 | 申报支付合计 | 基金申报支付金额 | 个人账户申报支付金额 | 拒付金额 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

初审人： 复审人： 结算人：

打印日期：

# 9北京市超转人员医疗保险药店费用审核表（外配处方）

北京市超转人员医疗保险药店费用审核表（外配处方）

定点药店编码： 定点药店名称：

审核区： 申报批号： 单位：元（保留两位小数）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 总费用 | 交易笔数 | 基金申报支付 | | | | | | 拒付金额 |
| 申报支付合计 | 大额互助资金（门诊）  支付金额 | 退休人员补充医疗保险  支付金额 | 单位补充医疗保险（原公疗）补助支付金额 | 残疾军人医疗补助  支付金额 | 个人账户支付金额 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

初审人： 复审人： 结算人： 打印日期：

# 10北京市基本医疗保险药店费用结算支付明细表（外配处方）

北京市基本医疗保险药店费用结算支付明细表（外配处方）

定点药店编码： 定点药店名称：

审核区： 单位：元（保留两位小数）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 申报批号 | 申报日期 | 交易笔数 | 申报总金额 | 支付医疗费用 | | | | | | 拒付（追回、补支）金额 |
| 支付金额小计 | 大额互助资金（门诊）支付 | 单位补充医疗保险（原公疗） | 退休人员补充医疗保险补助支付 | 残疾军人医疗补助支付 | 个人账户支付金额 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 总 计 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

医保支付日期：

# 11 北京市城乡居民医疗保险药店费用结算支付明细表（外配处方）

北京市城乡居民医疗保险药店费用结算支付明细表（外配处方）

定点药店编码： 定点药店名称：

审核区： 单位：元（保留两位小数）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 申报批号 | 申报日期 | 交易笔数 | 申报支付总金额 | 基金实际支付总金额 | 个人账户实际支付总金额 | 拒付（追回、补支）金额 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 总计 | | |  |  |  |  |  |

医保支付日期：

# 12 北京市超转人员医疗保险药店费用结算支付明细表（外配处方）

北京市超转人员医疗保险药店费用结算支付明细表（外配处方）

定点药店编码： 定点药店名称：

审核区： 单位：元（保留两位小数）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 申报批号 | 申报日期 | 交易笔数 | 申报总金额 | 支付医疗费用 | | | | | | 拒付（追回、补支）金额 |
| 支付金额小计 | 大额互助资金（门诊）支付 | 单位补充医疗保险（原公疗） | 退休人员医疗保险补助支付 | 残疾军人医疗补助支付 | 个人账户支付金额 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 总 计 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

医保支付日期：

# 13 北京市基本医疗保险药店费用拒付（追回、补支）明细表（外配处方）

北京市基本医疗保险药店费用拒付（追回、补支）明细表（外配处方）

定点药店编码： 定点药店名称：

审核区： 单位：元（保留四位小数）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 申报批号 | 姓名 | 交易流水号 | 费用总金额 | 项目名称 | 拒付（追回、补支）金额 | 拒付（追回、补支）原因 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 总 计 | | | |  |  |  |  |

医保支付日期：

# 14 北京市城乡居民医疗保险药店费用拒付（追回、补支）明细表（外配处方）

北京市城乡居民医疗保险药店费用拒付（追回、补支）明细表（外配处方）

定点药店编码： 定点药店名称：

审核区： 单位：元（保留四位小数）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 申报批号 | 姓名 | 交易流水号 | 费用总金额 | 项目名称 | 拒付（追回、补支）金额 | 拒付（追回、补支）原因 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 总 计 | | | |  |  |  |  |

医保支付日期：

# 15 北京市超转人员医疗保险药店费用拒付（追回、补支）明细表（外配处方）

北京市超转人员医疗保险药店费用拒付（追回、补支）明细表（外配处方）

定点药店编码： 定点药店名称：

审核区： 单位：元（保留四位小数）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 申报批号 | 姓名 | 交易流水号 | 费用总金额 | 项目名称 | 拒付（追回、补支）金额 | 拒付（追回、补支）原因 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 总 计 | | | |  |  |  |  |

医保支付日期：

# 16 北京市基本医疗保险药店费用支付通知单（外配处方）

北京市基本医疗保险药店费用支付通知单（外配处方）

医保经办机构（盖章）： 医保支付日期： 单位：元（保留两位小数）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 定点药店编码 | 定点药店名称 | 支付金额合计 | 个人账户支付 | 大额互助资金  (门诊)支付金额 | 单位补充医疗保险  (原公疗)支付金额 | | | 退休人员补充医疗保险支付金额 | 残疾军人医疗补助支付金额 |
| 中央 | 市属 | 区属 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 总 计 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |

医保经办机构经办人： 医保经办机构负责人： 信息传递时间： 年 月 日

社保经办机构经办人： 社保经办机构负责人： 信息接收时间： 年 月 日

北京市医疗保险事务管理中心监制

# 17 北京市城乡居民医疗保险药店费用支付通知单（外配处方）

北京市城乡居民医疗保险药店费用支付通知单（外配处方）

医保经办机构（盖章）： 医保支付日期： 单位：元（保留两位小数）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 定点药店编码 | 定点药店名称 | 支付金额合计 | 城乡居民医疗保险支付金额 | 个人账户支付金额 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 总 计 | | |  |  |  |

医保经办机构经办人： 医保经办机构负责人： 信息传递时间： 年 月 日

社保经办机构经办人： 社保经办机构负责人： 信息接收时间： 年 月 日 北京市医疗保险事务管理中心监制

# 18 北京市超转人员医疗保险药店费用支付通知单（外配处方）

北京市超转人员医疗保险药店费用支付通知单（外配处方）

医保经办机构（盖章）： 医保支付日期： 单位：元（保留两位小数）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 定点药店编码 | 定点药店名称 | 支付金额合计 | 区属基金支付金额 | 市属基金支付金额 | 区属个人账户支付金额 | 市属个人账户支付金额 |
|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 总 计 | | |  |  |  |  |  |

医保经办机构经办人： 医保经办机构负责人： 信息传递时间： 年 月 日

社保经办机构经办人： 社保经办机构负责人： 信息接收时间： 年 月 日

北京市医疗保险事务管理中心监制