

临沂市医疗保障局 临沂市财政局文件 临沂市卫生健康委员会

临医保发〔2020〕49号

临沂市医疗保障局 临沂市财政局 临沂市卫生健康委员会关于做好我市 新冠病毒核酸检测费用结算的通知

各县区医保局、财政局、卫健局，市级定点医疗机构：

按照《关于转发鲁医保发〔2020〕41号文做好新冠病毒核酸检测费用保障工作的通知》（临医保发〔2020〕44号）要求，现就新冠病毒核酸检测费用医保结算有关事宜通知如下：

一、医保定点医疗机构中新住院参保患者，发生的新冠病毒核酸检测费用纳入医保支付范围，支付标准目前按照前期政府制定的150元每人最高限价执行，每次就诊住院限支付1次。在

本市发热门诊核酸检测费用，由就诊医疗机构同级财政给予补助。

二、市内新住院患者核酸检测费用按职工医保 80%、居民医保 60%比例报销，不设起付线，医保支付后的个人自付部分由医疗机构同级财政部门给予补助。市内新住院参保患者的核酸检测项目由定点医疗机构实行单独收费，单独使用医疗门诊收费票据，不录入也不上传医保联网结算系统。定点医疗机构要认真核对参保人社保卡或医保电子凭证，做到人证相符，做好个人负担费用的直接减免，不得门诊和住院重复收费，不得分解住院、虚假住院和违规报销，并按要求如实填写、准确报送医保基金结算汇总表和明细表（见附件 1、2），按月向所属医保经办机构申请医保基金结算拨付。所属医保经办机构依据定点医疗机构上报的汇总表和明细表，对核酸检测项目费用实行单独手工结报，按月抽查核对并及时结算拨付医保基金，一经发现虚假检测、虚假住院、违规报销行为严肃处理。

三、对符合规定的省内跨市异地参保新住院患者的核酸检测费用，执行全省统一报销比例，职工医保按 80%、居民医保按 60%比例报销，不纳入异地就医结算系统，由接诊定点医疗机构负责如实填写费用结算汇总表和明细表（见附件 3、4），按月分别向参保患者所在市级医保经办机构和就诊医疗机构同级财政部门申请结算。省内跨市就医发热门诊核酸检测费用医保不报销，由就诊医疗机构同级财政补助。

四、我市参保人员跨省异地就医参保患者的核酸检测费用，按照就医地（外省）医保目录、我市支付比例执行，纳入跨省异

地就医联网结算系统与其他费用一并结算，医保支付后个人负担部分我省财政不予补助。

五、外省参保人员在我市住院发生的核酸检测费用，执行我市医保目录，纳入异地就医联网结算系统，与其他医疗费用一并直接结算拨付。外省参保人员在我市发热门诊核酸检测费用由个人自负，回参保地按当地规定处理。

六、各级医保经办机构、定点医疗机构要严格执行医保结算有关规定，不得把政策范围外人员费用纳入医保基金结算，及时向参保患者做好政策解释和宣传工作，合理引导社会舆论和群众预期。各县区医保部门负责通知辖区内医保定点医疗机构，确保符合条件的参保患者核酸检测医疗保障待遇按规定要求落地。

自2020年5月29日省指挥部449号文件下发之日起执行医保支付政策。如省市有新规定或调整，从其规定。

联系人：市医保局医保待遇科，翟潘华，7357911；
市财政局社会保障科，高源，8113201；
市卫健委规划财务科，李旭东，8313084。

附件：1.临沂市参保人员市内住院新冠病毒核酸检测费用
结算汇总表
2.临沂市参保人员市内住院新冠病毒核酸检测费用
结算明细表
3.山东省异地就医新冠病毒核酸检测费用结算汇总表

4.山东省异地就医新冠病毒核酸检测费用结算明细表



(此件主动公开)

(联系科室: 市医疗保障局待遇保障科)

附件 1

临沂市参保人员市内住院新冠病毒核酸检测费用结算汇总表

医院名称（章）:

医院编号:

医保经办机构:

费用结算时间: 年 月 日— 年 月 日

就诊类别	核酸检测人次	检测单价（元）	核酸检测费（元）	医保支付金额（元）	财政补助金额（元）
合计					
住院（职工）					
住院（居民）					

单位负责人:

复核人:

制表人:

制表时间:

说明：本表一式三份，医保经办机构、财政部门、医疗机构各存一份。

临沂市参保人员市内住院新冠病毒核酸检测费用结算明细表

医院名称 (章):

医院编号:

医保经办机构:

费用结算时间: 年 月 日— 年 月 日

类别	姓名	身份证号	门诊发票号	住院号	核酸检测费 (元)	发生日期

单位负责人:

复核人:

制表人:

制表时间:

说明: 本表一式三份, 医保经办机构、财政部门、医疗机构各存一份。(就诊类别指职工医保、居民医保)

附件 3

山东省异地就医新冠病毒核酸检测费用结算汇总表

医院名称 (章):

医院编号:

医保经办机构:

费用结算时间: 年 月 日— 年 月 日

就诊类别	核酸检测人次	检测单价 (元)	核酸检测费 (元)	医保支付金额 (元)	财政补助金额 (元)
合计					
住院 (职工)					
住院 (居民)					

单位负责人:

复核人:

制表人:

制表时间:

说明: 本表一式三份, 医保经办机构、财政部门、医疗机构各存一份。

附件 4

山东省异地就医新冠病毒核酸检测费用结算明细表

医院名称（章）:

医院编号:

医保经办机构:

费用结算时间: 年 月 日— 年 月 日

就诊类别	姓名	身份证号	参保地统筹区	核酸检测费（元）	发生日期

单位负责人:

复核人:

制表人:

制表时间:

说明：本表一式三份，医保经办机构、财政部门、医疗机构各存一份。（就诊类别指职工、居民医保）

临沂市医疗保障局办公室

2020年6月24日印发

校核人：夏培喜
