

保定市医疗保障局

保定市医疗保障局 关于规范全市定点医药机构医保结算票据 票面信息的通知

各县（市、区）医疗保障局、高新区民生保障局、白沟新城党群工作部，市本级接口直连方式定点医药机构：

按照省局工作要求，为进一步规范统一全市医保结算票据票面信息填列及展示，为我市参保患者直观展示医保支付详细信息以及医保相关待遇政策享受情况，现就规范医保结算票据相关工作通知如下：

一、适用范围

全市使用接口直连方式的定点医药机构为保定统筹区内参保人员进行医保结算时，必须按照本文件要求进行结算票据票面信息接口改造，并在医保结算完成后将结算票据及时提供给我市参保患者。

注：1、使用河北省医保定点业务办理子系统进行医保结算的定点医药机构不在本次规范范围内。

2、省内异地、跨省异地参保人员在我市定点医药机构结算时，票据票面信息不执行本文件要求，【9221】接口返回数据规则与附件4不一致，需要在系统中增加判定区分。

二、做好医保结算票据票面信息接口对接工作

各相关定点医药机构要明确具体责任部门和专门人员负责此项工作，在完成国家医疗信息平台接口直连改造基础上，加快本医药机构HIS系统精准对接【2207】门诊结算（验密）、【2304】住院结算（验密）、【5203】结算信息查询、【9221】查询结算发票信息等直连接口，确保结算票据票面显示信息赋值准确无误。

全市相关定点医药机构在上述适用范围内发生医保门诊结算时，须在完成结算后向参保人提供《保定医保参保人员门诊结算和待遇累计信息》（医保门诊结算单，附件1，加盖单位财务收费章）。

全市相关定点医疗机构在上述适用范围内发生医保住院结算时，须在完成结算后向参保人提供《保定医保参保人员住院结算和待遇累计信息》（医保住院结算单，附件2，加盖单位财务收费章）。

三、考核要求

医保结算票据接口改造对接工作纳入对全市直连方式定点医药机构2024年度线下考核项目，分值1分，要求必须在2025年1月12日之前组织系统厂商技术人员按要求完成医保结算票据接口改造及上线工作，并将正式医保结算的票据样式按医保类别分别提供一个实际票据图片，按照附件3操作说明报送至市局，市局工作人员结合后台结算数据对票据内容进行检查，检查无误后视为通过。

医保结算票据接口改造工作进展纳入对各县（市、区）

第四季度月点评信息化标准化项目考核，要求辖区内使用接口方式的定点医药机构全量完成改造并上线医保结算票据。

四、整体要求

医保结算票据是参保人详细了解所享受医保待遇政策的重要途径，全市各相关定点医药机构要提高政治站位，加强组织领导，层层压实责任，加强调度指导，加快推进HIS系统接口改造，结算票据票面信息赋值，改造过程中的相关技术问题在保定市医保定点直连微信工作群（一）（二）（三）中咨询交流。

接口技术支持：刘志鹏 7590212

附件：1、保定医保门诊结算和待遇累计信息
(保定医保门诊结算单)

2、保定医保住院结算和待遇累计信息
(保定医保住院结算单)

3、定点业务办理子系统邮件报送操作说明

4、接口参数对接详细说明（详见保定市医保定点直连微信工作群公告接口文档-6.18部分，
后续根据实际情况不定期更新）



附件1

保定医保参保人员门诊结算和待遇累计信息

参保医保区划:

结算时间:

打印时间:

定点名称:

定点编码:

就诊流水号:

结算流水号:

经办人:

姓名	性别	身份证号	医保编号	人员类别	医保类别	诊断(病种)名称	就诊时间
费用总金额	符合范围金额	医保统筹支付	统筹报销比例	职工大额保险支付/ 城居大病保险支付	*公务员医疗补助	*医疗救助	基金支付总额
	个人负担:	自付:	自费:	个人账户:	个账共济:	医保钱包:	现金:
医保待遇累计年度		本次结算待遇检查: 基本医保统筹基金-是/否 *职工大额保险基金-是/否 *城居大病保险基金-是/否					
乙类先行自付:	超限价自付:	本次实付/应付起付线:					
个人账户余额:	门诊统筹起付累计:	门诊统筹报销累计:					
医保统筹报销累计:	职工大额保险报销累计/城居大病险报销累计:	*城居大病险起付累计:					
*城居门诊慢性病起付累计:	*职工门诊慢特病起付累计:	*门诊慢性病报销累计:					
*城居门诊特殊病起付累计:	*两病-高血压报销累计:	*两病-糖尿病报销累计:					
*门诊肺结核报销累计:	*双通道二类起付累计:	*双通道二类报销累计:					
*医疗救助人员类别:	*苯丙酮尿症总报销:	*苯丙酮尿症本年报销:					

注: 1、蓝色为固定展示字段, 位置顺序不能变动; 带星号(*)的字段为参保患者在享受对应待遇时, 【9221】接口才会返回对应累计值, 然后再进行展示(不享受待遇, 【9221】接口不返回对应累计值, 不展示), 不带星号的字段在所有情况下均需要展示在结算票据上。

2、医保接口返回需展示字段的数据, 单据排版设计需要由HIS严格按照样式要求自行实现。

3、金额要求全部保留两位小数展示。

4、单据中的字段名称为全市统一规范, 不允许随意变更。

5、保定医保门诊结算单据适用医疗类别(`med_type`)范围: 11-普通门诊, 12-门诊挂号, 13-非急诊留观, 14-门诊慢特病, 51-生育门诊。

6、当且仅当结算参保人员在保定统筹区内参保时(判定条件: 【5203】接口入参传本次就诊ID、结算ID、医保编号, 返回出参

`setlinfo.insu_optins like '1306%' and insutype != '130682'`)时, 才需要按照本文档说明为参保保定医保结算单据。

7、备注内容不展示在票据上。

门诊票据示例1-城居参保人员

保定医保参保人员门诊结算和待遇累计信息

参保医保区划: 莲池区

结算时间: 2024-11-18 15:58:22

打印时间:

定点名称: 保定市第二中心医院 定点编码: H13068100503 就诊流水号: 300269660 结算流水号: 13060620241118000300169896 经办人:

姓名	性别	身份证号	医保编号	人员类别	医保类别	诊断(病种)名称	就诊时间
邹泽宁	男	130636198501145414	1300000000000000005000034229	普通居民(非学生儿童)	居民 重大疾病_非血友病	苯丙酮尿症	2024-10-08 09:00:00
费用总金额	符合范围金额	医保统筹支付	统筹报销比例	城居大病保险支付	医疗救助		基金支付总额
13527.50	13516.40	9461.48	70%	0.00	2838.44		12299.92
	个人负担: 1227.58	自付: 11.10	自费: 1216.48	个人账户: 0.00	个账共济: 1227.58	医保钱包: 0.00	现金: 0.00
医保待遇累计年度	2024	本次结算待遇检查: 基本医保统筹基金-是		城居大病保险基金-是			
乙类先行自付: 0.00	超限价自付: 11.10			本次实付/应付起付线: 0.00/0.00			
个人账户余额: 0.00	门诊统筹起付累计: 50.00/50.00			门诊统筹报销累计: 43.20/200.00			
医保统筹报销累计: 13217.32/200000.00	城居大病险报销累计: 0.00/999999.00			城居大病险起付累计: 7761.20/7966.00			
城居门诊慢性病起付累计: 500.00/500.00	门诊慢性病报销累计: 2752.40/4000.00			城居门诊特殊病起付累计: 1234.56			
两病-高血压报销累计: 91.50/225.00	两病-糖尿病报销累计: 128.00/375.00			门诊肺结核报销累计: 740.74/3000.00			
*医疗救助人员类别: 农村低保人员	*苯丙酮尿症本年报销: 9461.48/14000.00			苯丙酮尿症总报销: 9461.48/190000.00			

注: 可使用票据中的人员信息和结算就诊信息在测试环境调用【5201】、【5203】、【9221】接口查询示例数据。

门诊票据示例2-职工参保人员

保定医保参保人员门诊结算和待遇累计信息

参保医保区划: 市本级

结算时间: 2024-11-19 16:43:21

打印时间:

定点名称: 保定市第二中心医院 定点编码: H13068100503 就诊流水号: 300269897 结算流水号: 13060120241119000300170007 经办人:

姓名	性别	身份证号	医保编号	人员类别	医保类别	诊断(病种)名称	就诊时间
崔敬	女	130636198501145414	130000000000000000541400500034232	在职职工	职工 门诊特殊病	透析	2024-10-08 09:00:00
费用总金额	符合范围金额	医保统筹支付	统筹报销比例	职工大额保险支付	*公务员医疗补助		基金支付总额
1008.92	772.97	695.67	90%	0.00	38.65		734.32
个人负担: 274.60	自付: 235.95	自费: 38.65	个人账户: 274.60 个账共济: 0.00 医保钱包: 0.00 现金: 0.00				
医保待遇累计年度	2024	本次结算待遇检查: 基本医保统筹基金-是 职工大额保险基金-是					
乙类先行自付: 30.45	超限价自付: 205.50	门诊统筹起付累计: 100.00/100.00	本次实付/应付起付线: 0.00/0.00	职工大额保险报销累计: 0.00/510000.00	门诊统筹报销累计: 226.50/2500.00	职工门诊慢特病起付累计: 500.00/500.00	
个人账户余额: 1728.51	医保统筹报销累计: 6457.75/120000.00	门诊慢性病报销累计: 2039.80/3500.00					

注: 可使用票据中的人员信息和结算就诊信息在测试环境调用【5201】、【5203】、【9221】接口查询示例数据。

附件2

保定医保参保人员住院结算和待遇累计信息

参保医保区划:

结算时间:

打印时间:

定点名称:	定点编码:	就诊流水号:	结算流水号:	经办人:				
姓名	性别	身份证号	个人医保编号	人员类别	医保类别	住院主诊断名称	入院时间	出院时间
费用总金额	符合范围金额	医保统筹支付	统筹报销比例	职工大额保险支付/ 城居大病保险支付	*公务员医疗补助	*医疗救助	基金支付总额:	
个人负担:	自付:	自费:	个人账户:	个账共济:	医保钱包:	现金:		
医保待遇累计年度		本次结算待遇检查: 基本医保统筹基金-是/否 职工大额保险基金-是/否 城居大病保险基金-是/否						
乙类先行自付:			超限价自付:			本次住院起付标准:		
本次实付/应付起付线:			个人账户余额:			医保统筹报销累计:		
职工大额保险报销累计/城居大病险报销累计:			本年度医保住院次数:			连续住院: 是/否		
*公务员减免起付线:			*职工多次住院减免起付线:			*连续住院减免起付线:		
*脑瘫住院减免起付线:			*恶性肿瘤住院减免起付线:			*救助人员减免起付线:		
*急诊减免起付线:			*城居大病险起付累计:			*医疗救助人员类别:		
*苯丙酮尿症本年报销:			*苯丙酮尿症总报销:			*脑瘫住院: 是/否		
*恶性肿瘤住院: 是/否								

注: 1、蓝色为固定展示字段, 位置顺序不能变动; 带星号(*)的字段为参保患者在享受对应待遇时, 【9221】接口才会返回对应累计值, 然后再进行展示(不享受待遇, 【9221】接口不返回对应累计值, 不展示), 不带星号的字段在所有情况下均需要展示在结算票据上。

2、医保【9221】接口返回需展示字段的数据, 单据排版设计需要由HIS严格按照样式自行实现。
3、本次应付起付线=本次住院起付标准-公务员减免起付线-职工多次住院减免起付线-连续住院减免起付线-脑瘫住院减免起付线-恶性肿瘤住院减免起付线-贫困救助人员减免起付线-急诊减免起付线。

4、单据中的字段名称为全市统一规范, 不允许随意变更。
5、保定医保住院结算单据适用医疗类别 (med_type) 范围: 21-普通住院, 24-急诊转住院, 52-生育住院、13-急诊留观。
6、当且仅当结算参保人员在保定统筹区内参保时(判定条件: 【5203】接口入参传本次就诊ID、结算ID、医保编号, 返回出参 setinfo.insu_optins like '1306%' and insutype != '130682')时, 才需要按照本文档说明为参保保定医保结算单据。
7、备注内容不展示在票据上。

住院票据示例一：城居参保人员

保定医保参保人员住院结算和待遇累计信息

参保医保区划：莲池区

结算时间：2024-11-18 17:20:24

打印时间：

定点名称：保定市第一中心医院 定点编码：H13060601338 就诊流水号：300269722 结算流水号：13060620241118000300169919 经办人：

姓名	性别	身份证号	个人医保编号	人员类别	医保类别	住院主诊断名称	入院时间	出院时间		
邹泽宁	男	1306361985011 45414	1300000000000000 00500034229	普通居民（非 学生儿童）	居民 普通住院	脑瘫	2024-10-11 09:00:00	2024-10-11 09:00:00		
费用总金额	符合范围金额	医保统筹支付	统筹报销比例	城居大病保险支付		*医疗救助	基金支付总额：			
98555.49	93256.72	50799.89	55%	27596.94		4702.16	83098.99			
个人负担：15456.50		自付：10157.73	自费：5298.77	个人账户：0.00	个账共济：7960.03	医保钱包：0.00	现金：7496.47			
医保待遇累计年度	2024	本次结算待遇检查：基本医保统筹基金-是 城居大病保险基金-是								
乙类先行自付：4887.77			超限价自付：411.00			本次住院起付标准：2000.00				
本次实付/应付起付线：893.28/893.28			个人账户余额：0.00			医保统筹报销累计：64017.21/200000.00				
城居大病险报销累计：28183.19/999999.00			本年度医保住院次数：1			连续住院：是				
连续住院减免起付线：1106.72			城居大病险起付累计：7966.00/7966.00			医疗救助人员类别：农村低保人员				
苯丙酮尿症本年报销：9461.48/14000.00			苯丙酮尿症总报销：9461.48/190000.00			脑瘫住院：是				

注：可使用票据中的人员信息和结算就诊信息在测试环境调用【5201】、【5203】、【9221】接口查询示例数据。

住院票据示例二：职工参保人员

保定医保参保人员住院结算和待遇累计信息

参保医保区划：市本级

结算时间：2024-11-19 17:47:43

打印时间：

定点名称：保定市第一中心医院 定点编码：H13060601338 就诊流水号：300269908 结算流水号：13060120241119000300170013 经办人：

姓名	性别	身份证号	个人医保编号	人员类别	医保类别	住院主诊断名称	入院时间	出院时间
崔敬	女	1306361985011 45414	1300000000000000 00500034232	在职职工	职工 急诊转住院	恶性肿瘤术前放射治疗	2024-10-10 08:00:00	2024-10-10 08:00:00
费用总金额	符合范围金额	医保统筹支付	统筹报销比例	职工大额保险支付	*公务员医疗补助		基金支付总额：	
262715.69	245651.41	113542.25	83%	95743.25	41814.95		251100.45	
个人负担：11615.24	自付：6166.2	自费：5449.04	个人账户：951.27 个账共济：0.00 医保钱包：0.00 现金：10663.97					
医保待遇累计年度	2024	本次结算待遇检查：基本医保统筹基金-是 职工大额保险基金-是						
乙类先行自付：12724.28	超限价自付：4340.00	本次住院起付标准：900.00						
本次实付/应付起付线：54.37/54.37	个人账户余额：0.00	医保统筹报销累计：120000.00/120000.00						
职工大额保险报销累计：95743.25/510000.00	本年度医保住院次数：1	连续住院：否						
公务员减免起付线：200.00	职工多次住院减免起付线：0.00	恶性肿瘤住院减免起付线：645.63						
恶性肿瘤住院：是								

注：可使用票据中的人员信息和结算就诊信息在测试环境调用【5201】、【5203】、【9221】接口查询示例数据。

附件3

保定医保结算单上线样例报送操作流程

1、定点业务办理子系统中，打开“统一门户子系统-邮件服务-邮件服务”菜单，点击“写邮件”。



2、在上一步弹出的“写邮件”界面中，点击收件人右侧放大镜，弹出“收件人”查询界面。



3、在“收件人”查询界面中，依次进行如右图中操作，最后点击确定按钮，返回“写邮件”界面。



4、按右图中操作说明填写邮件主题，并上传正式医保结算票据结算单压缩包（压缩包必须为rar格式）。



5、依次确认收件人、邮件主题以及附件上传无误后，点击发送，完成报送。

