附件2

|  |
| --- |
| 青岛市社会医疗保险异地转诊审批表 |
|  |  |  |  |  |  |
| 姓名 | 　 | 性别 | □男 □女 | 个人编号 | 　 |
| 身份证号码 | 　　 | 　　 |
| 转出医院 | 　 | 拟转入就医地(省 市或区) | 　 |
| 联系人 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 病历摘要及转诊理由： |
| 　 |
| 　 |
| 　 |
| 　 |
|  |
|  |
|  主治医师签名：　 年　 月 　日 |
| 科主任意见： |
| 　 |
|  |
|  科主任签名：　 年　 月 　日 |
| 医院医保办审核意见：　　　 （公章） 审核人签名： 年 月 日 |
| 温馨提示 |
| 1.跨省异地就医执行就医地目录、参保地起付线、封顶线及支付比例。因各地目录差异，直 |
| 接结算与回参保地报销可能存在待遇差，属于正常现象。 |
| 2.办理转诊时直接报备到就医地市或省份。北京、天津、上海、重庆、海南、西藏和新疆 |
| 兵团报备到省份。 |
| 3.未按规定办理转诊报备手续，或在就医地非跨省定点医疗机构发生的医疗费用，按参保 |
| 地现有规定办理。 |
| 注：本表一式二份，转出医院、病人各持一份，请注意保存。 |