基本医疗保险异地就医政策解读

异地就医，是我县医疗保险参保人员在芮城县域外定点医疗机构就医的行为。通过全国医保信息系统联网，能够解决跨省异地就医费用手工报销“垫资跑腿”负担重、报销周期长等问题，实现跨省异地就医费用“结算即报”。

异地就医备案需要哪些材料？如何办理？费用怎么结算？本报为您解读异地就医相关政策。什么是医疗保险异地就医直接结算？参保人员异地就医住院结算时，只需支付按照参保地政策规定由个人支付的费用，医疗保险支付的费用由就医医院与当地医疗保险经办机构进行结算，称为医疗保险异地就医直接结算。

**哪些参保人员可以享受医保异地就医直接结算？**

异地安置退休人员：指退休后在异地定居并且户籍迁入定居地的参保人员；

异地长期居住人员：指在异地居住生活且符合参保地规定的人员；

常驻异地工作人员：指用人单位派驻异地工作且符合参保地规定的人员；

异地转诊人员：指符合参保地转诊规定的参保人员。

**医保异地就医直接结算的前提条件有哪些？**

参保人员已办理异地就医登记备案（含转诊登记备案）；社保卡在参保地已激活；社保卡在参保地定点医疗机构或定点药店至少使用过1次；社保卡在参保地经办机构进行过出省检测；经办机构将备案信息上传至国家异地就医结算平台；就医医院是异地就医定点医院。

**办理异地就医直接结算程序是什么？**

转诊备案（指异地转诊人员）。到参保地相关定点医院办理转诊审批，通过后，由医院医保科在医保信息系统中进行转诊登记。

异地就医备案（指所有异地就医人员）。到参保地医保经办机构进行窗口备案、电话备案或手机下载安装并登录“国家医保服务平台APP”、搜索微信小程序“国家异地就医备案”进行网上快速备案。

住院就医。持社保卡在备案地区开通的异地定点医疗机构就医。

出院结算。持社保卡在就医医院医保窗口进行直接结算。

注：（1）异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员三类，异地就医直接结算办理程序：参保地经办机构异地就医备案（窗口备案、电话备案、网上备案）——备案地区异地定点医院就医——医院直接结算。

（2）转诊人员异地就医直接结算办理程序：参保地相关医院转诊备案——参保地经办机构异地就医备案（窗口备案、电话备案、网上备案）——备案地区异地定点医院就医——医院直接结算。

**办理异地就医直接结算备案需要准备哪些资料？**

首先要准备参保人员的社保卡；

异地安置退休的参保人员应提供：异地安置证明或退休居住地户籍证明材料；

异地长期居住的参保人员应提供：居住证或异地长期居住的相关材料；

常驻异地工作的参保人员应提供：参保人员与用人单位签订的有效劳动合同及用人单位外派文件等复印件；

异地转诊人员应提供：由参保地最高级别医院（含专科最高级别医院）出具的诊断证明，并填写《转诊、转院申请表》。

**如何获得异地就医的有关信息？**

使用“国家医保服务平台APP”、微信小程序“国家异地就医备案”、微信公众号“山西医保”查询，有以下功能板块：

异地定点医疗机构查询；

参保人员登记备案情况查询；

异地就医经办机构查询；

跨省异地就医费用查询；

统筹区开通信息查询。

**异地就医后因故不能直接结算，手工报销需要哪些材料？**

需要诊断证明、住（出）院证、住院收费票据、医疗费用总清单、住院案例复印件、《异地就医登记备案表》、《转诊、转院申请表》（异地转诊人员提供）等相关材料。

**参保人员住院就医医保报销比例是多少？**

1.住院就医报销比例：

①城镇职工：城镇职工基本医保封顶线为8万元，大病保险封顶线为50万元。三类医疗机构起付线为200元，支付比例为90%；二类医疗机构起付线为400元，支付比例为85%；一类医疗机构（包括省内）起付线为600元，支付比例为80%；省外就医合理费用下浮10%，起付线为600元，支付比例为80%。

②城乡居民：城乡居民基本医保封顶线为7万元，大病保险封顶线为40万元。三类医疗机构起付标准为100元，支付比例为85%；二类医疗机构起付线为400元，支付比例为75%；省、市级医疗机构（指市级11所公立医院）起付标准为500元，支付比例为70%；一类医疗机构中：省、市级起付标准1000元，支付比例为60%，省外医疗机构起付标准为1500元，支付比例为55%。

2.异地（县域外）就医实行分级诊疗政策：

异地就医直接结算时，执行就医地规定的支付范围及其标准《药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围和标准》；执行参保地规定的起付标准、支付比例、最高支付限额等政策。

（1）根据《关于完善基本医疗保险分级诊疗相关问题（试行）的通知》《关于进一步完善基本医疗保险分级诊疗相关问题的通知》文件精神，①参保人员转往县域外（市域内）定点医疗机构就医未履行转诊手续或直接在县域外（市域内）定点医疗机构就医的，报销时医保支付比例降低15%②参保人员转往市域外定点医疗机构就医未履行转诊手续，或直接在市域外定点医疗机构就医的，报销时医保支付比例降低20%。

（2）异地居住、安置人员及外出务工人员持相关手续到参保地医保经办机构备案或网上备案后，在常住（驻）地或务工地定点医疗机构就诊不执行医保支付比例降低的政策。未办理备案手续的，报销时医保支付比例降低20%。

（3）参保人员在出差、旅游、探亲途中突发急、危、重症患者实施急救、抢救的，可以按照“就近、就急”的原则，自主选择定点医疗机构诊治，患者或其家属凭医生开具的诊断建议书、住院通知书，在30个工作日内到参保地医保经办机构办理备案手续，出院后由参保地医保经办机构审核病历后，情况属实的，不执行医保支付比例降低的政策。

**县级具备市域内转诊能力的定点医疗机构——**

芮城县人民医院。

**市级具备市域外转诊能力的定点医疗机构——**

心血管内科、心脏大血管外科、胸外科、肿瘤科：运城市中心医院、运城市第一医院；

传染科：运城市中心医院、运城市第二医院；

血液内科：运城市中心医院、运城市第一医院、运城市第三医院、运城市中医医院；

眼科：运城市中心医院、运城市第一医院、运城市眼科医院；

口腔科：运城市中心医院、运城市口腔医院；

精神科：稷山县精神病医院；

内分泌科：运城市中心医院、运城市第一医院、运城同德医院；

妇产科：运城市中心医院、运城市第一医院、运城市妇幼保健院；

儿科：运城市中心医院、运城市第一医院、运城市妇幼保健院。

其他专业拟出市诊治的疑难重症患者，必须经运城市中心医院同意后，方可转诊。

咨询电话：

城镇职工 0359-6371567

城乡居民 0359-6371678