

江苏省医疗保险异地就医经办服务规程解读

目前,我省职工医疗保险和城乡居民医疗保险的参保人员,均已纳入异地就医直接结算范围。那么,哪些参保人员符合要求?如何办理异地就医备案手续?异地就医费用能否直接刷社会保障卡?哪些费用可以零星报销?近期,省医疗保障局印发了《江苏省医疗保险异地就医经办服务规程》,对医疗保险异地就医过程中的一些常见问题做了简明解答。

一、哪些医疗保险参保人员可以办理异地就医备案手续?

(一)异地安置退休人员:指退休后在参保地设区市外定居并且户籍迁入定居地的参保人员。

(二)异地长期居住人员:指在参保地设区市外长期居住且不迁户籍的参保人员。

(三)常驻异地工作人员:指用人单位派驻参保地设区市外长期工作的参保人员。

(四)异地转诊人员:指经具有转诊资质的医疗机构批准,需要到设区市外医疗机构继续就医的参保人员。

二、怎样办理异地就医备案手续?

参保人员可以通过医保经办窗口备案和“不见面”备案、医疗机构备案等方式进行异地就医备案登记、变更、取消。

(一)经办窗口备案:异地就医人员携带本人身份证、社会保障卡和相关材料(居住证明或有转诊资质的参保地医疗机构出具的转外就医证明,只提供其中之一)前往参保地医保经办机构窗口办理。代办时需携带代办人身份证。参保地医保经办机构确认信息后当天将备案信息上传至省异地就医结算平台。

(二)不见面备案:异地就医人员可利用参保地医保部门设置的手机 APP、

市政务网、门户网站、微信公众号、医保经办自助一体机、电话传真等,按提示录入信息并传输相关材料。参保地医保经办机构在一个工作日内完成审核备案。

(三)医疗机构备案:异地转诊人员在具有转诊资质的医疗机构,通过医疗机构信息系统直接办理异地转诊备案手续。

三、参保人员异地就医发生的医疗费用如何直接刷卡结算?

办理了异地就医备案的人员,持江苏省统一社会保障卡(以下简称“社会保障卡”)在异地就医联网医疗机构就医时,可直接结算。医疗费用中应由个人承担的部分,由个人用个人账户支付或现金支付,应由医保统筹基金支付部分,由医保经办机构与医疗机构结算。

四、参保人员异地就医时发生的哪些医疗费用可以零星报销?

符合下列情况之一的参保人员,可以先自己全额垫付医疗费用,再凭零星报销所需的材料回参保地医保经办机构报销:

(一)参保人员办理异地就医备案手续后,在就医地定点医疗机构因未联网结算、未激活社会保障卡等原因而未能刷卡直接结算发生的医疗费用。

(二)参保人员未办理异地就医备案手续,因突发疾病等发生的医疗费用。

(三)参保学生在寒暑假期间回原籍地发生的医药费用。

(四)参保人员异地生育,在就医地医疗保险定点医疗机构发生的生育医药费用。

(五)参保地医保部门规定的其他可以零星报销的情形。

五、参保人员异地就医零星报销时需提供哪些材料?

(一)住院费用:医院收费票据、住院费用清单、诊断证明(或出院小结)。

(二)门诊费用:医院收费票据、门诊费用清单、门诊处方底方(或门诊病历)。

(三)急诊费用:医院收费票据、医药费明细清单、急诊诊断证明(或急诊病历)。

(四)生育费用:生育或产前检查医药费票据、医疗费明细清单、出院小结。

六、参保人员异地就医零星报销的报销时限是多长?

参保地医保经办机构从收齐异地就医医疗费用零星报销材料之日起,完成报销时间一般不超过 10 个工作日,特殊情况不超过 20 个工作日,有条件的医保经办机构应现场核报并结付医药费。

七、办理异地就医手续后,就医有什么规定?

(一)办理了异地就医备案的人员,必须在备案地联网医疗机构,才可以持卡直接结算或报销。

(二)省内异地就医门诊和住院医疗费用都可以刷卡直接结算;跨省异地就医至上海市支持门诊、住院费用直接结算,其他省份目前只支持住院费用直接结算;零售药店暂不能直接结算。

八、参保人员异地就医时,享受什么待遇?

(一)参保人员在省内异地就医直接结算时发生的门诊、住院费用,执行江苏省统一的基本医疗保险药品目录、诊疗项目及耗材和医疗服务设施标准范围(以下简称医保目录及范围),医疗保险待遇执行参保地的政策。

(二)参保人员跨省异地就医直接结算时发生的住院医疗费用,执行就医地规定的医保目录及范围,医疗保险待遇执行参保地政策。

(三)参保人员在长三角地区(上海市)异地就医门诊直接结算时,执行就医地规定的医保目录及范围,医疗保险的门诊基本待遇执行参保地政策。

九、参保人需变更有关信息时,怎么办?

异地就医人员要变更居住地或返回居住地居住的,可以前往参保地医保经办机构或登录参保地手机 APP、政务网、门户网站、微信公众号、医保经办自助一体机、电话传真等办理变更或取消异地就医备案。