

淮安市医疗保障局文件

淮医保发〔2020〕34号

关于印发《淮安市异地就医经办程序细则》 的通知

各县（区）医疗保障局，淮安经济技术开发区人力资源和社会保障局，市医保中心：

为进一步规范我市异地就医经办服务程序，根据国家和省有关规定，现将《淮安市异地就医经办程序细则》印发给你们，请认真贯彻执行。



（此件公开发布）

淮安市异地就医经办程序细则

第一章 总则

第一条 为进一步规范全市异地就医经办服务程序，完善我市异地就医直接结算工作，提升医保服务水平，根据《江苏省医疗保障局关于印发<江苏省异地就医经办服务规程>的通知》（苏医保规〔2019〕1号）等文件要求，制定本细则。

第二条 本细则所称的异地就医是指我市职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险的参保人员（以下简称参保人员），在淮安市外异地定点医疗机构发生的诊疗行为。异地定点医疗机构是指就医地接入跨省异地就医直接结算系统、省内异地就医直接结算系统、长三角门诊异地就医直接结算系统的医疗机构。

第二章 范围对象

第三条 本细则规定的就医范围为异地就医，对象为跨市就医的参保人，包括备案后进行异地就医和未备案进行异地就医的参保人。

第四条 参保人员符合下列情况之一的，可以办理异地就医备案和进行异地联网直接结算。

（一）异地安置退休人员：指退休后在淮安市外定居并且户籍已迁入定居地的参保人员。

（二）异地长期居住人员：指在淮安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：指用人单位派驻淮安市外长期工作的参保人员。

（四）异地转诊人员：指经我市具有转诊资质的医疗机构批准，需要到异地定点医疗机构继续就医的参保人员。

上述（一）、（二）和（三）情形者，简称“长期驻外人员”。

第三章 登记备案

第五条 参保人员进行异地就医直接结算前，应完成异地就医备案手续。参保人员可以通过辖区医保经办机构备案和互联网“不见面”备案等方式进行异地就医备案登记、变更。

（一）经办机构窗口备案：经办省内和跨省异地就医备案服务，需前往我市各医保经办机构窗口办理，经办机构确认信息后现场将备案信息上传至异地就医结算平台。异地安置退休和异地长期居住人员需携带本人身份证、社会保障卡和异地居住证明；常驻异地工作人员须携带本人身份证、社会保障卡、单位外派证明或合同；异地转诊人员需要携带本人身份证、社会保障卡、淮安市有转诊资质医疗机构出具的转外就医证明。

（二）网站备案：经办省内和跨省异地就医备案服务，异地就医人员可以通过市医保中心网站按照网站提示录入信息并传输相关材料。各医保经办机构在下一个工作日内完成审核备案。

（三）微信小程序备案：经办跨省异地就医备案服务，参保人可以通过微信搜索并关注国家异地就医备案小程序，通过

实名验证后异地就医人员按照相关要求录入信息并传输相关材料。各医保经办机构在下一个工作日内完成审核备案。

（四）定点医疗机构备案：经办跨省和省内异地就医备案服务，服务对象为异地转诊人员。我市有异地就医转诊资格的定点医疗机构应及时通过异地转诊系统为满足转诊条件和有转诊意愿的参保人上传异地备案资料，并由经办机构在下一个工作日内完成信息审核并上传。

第六条 在为参保人员办理备案时应直接备案到就医地或省份，不再填写医疗机构信息。不得以任何理由，为异地就医人员就医转诊指定转入医院，不得要求参保人员提供除第五条规定以外的其他任何材料。

第七条 对外出农民工和就业创业人员、随迁老人以及符合备案条件且本人居住证件等材料正在办理过程中的参保人，在备案时可采取“承诺补充制”先行备案，按要求填写《参保人员医保信用承诺书（异地就医版）》（承诺书样本见附件）并承诺在 6 个月内对就医地居住相关材料及时补充。对作出不实承诺和未兑现承诺的申请人，将终止备案，同时失信人相关信息将推送到我市信用信息系统平台，医疗保障部门将按照《淮安市医疗保障信用管理试行办法》有关条款对失信参保人进行处理。各经办机构应妥善保管个人承诺书，三年内不得销毁。

第八条 备案起止时间，原则上备案开始日期不得早于备案申请的当天，“长期驻外人员”备案终止时间以长期驻外相关证件（例如居住证、单位外派证明或合同等）为准；“异地转诊人员”备案时间自申请之日起 12 个月内有效。长期驻外人员备案

后只能在就医地刷卡结算，参保地不能使用。异地转诊人员备案有效期内参保地和就医地可同时使用。

第九条 长期驻外人员备案后 3 个月内不能取消异地备案（急诊、住院除外）。已经办理了异地就医备案手续的长期驻外人员可以通过以下几种方式撤销备案。

（一）经办机构窗口撤销备案：备案人携带身份证或省社会保障卡前往我市各医保经办机构窗口办理。

（二）电话撤销备案：备案人致电我市各医保经办机构窗口，告知身份信息，经工作人员核对确认后方可取消备案。

（三）网站撤销备案：备案人可以通过市医保中心网站按照网站提示录入信息并传输相关材料。各医保经办机构在下一个工作日内完成撤销备案。

第四章 享受待遇

第十条 参保人员在江苏省内异地就医直接结算时发生的门诊、门诊特殊病种、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），医疗保险待遇执行淮安市政策；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，医疗保险待遇执行淮安市政策；参保人员在长三角地区（上海市、浙江省、安徽省）异地就医门诊、门诊特殊病种直接结算时，执行就医地规定的医保目录及范围，医疗保险的门诊、门诊特殊病种基本待遇执行淮安市政策。

第十一条 办理了异地就医备案的人员，持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，由个人账户支付或现金支付，应由医保基金支付部分，由医保经办机构与医疗机构结算。参保人在备案前已办理入院的，住院期间待遇正常的情况下，应将本次医疗费用完全纳入此次直接结算。如不享受待遇（或有不享受待遇的部分），就医地应对此次费用进行分割结算或回参保地对此次费用分割后按相关政策报销。

第五章 就医管理

第十二条 异地就医人员应遵循就医地定点医疗机构就医流程和服务规范。

第十三条 异地就医定点医疗机构发生中止医保服务、被取消或新增定点资格等情形的，医保经办机构应及时进行信息系统维护，并上报市医保中心备案。

第十四条 医保经办机构对不同投资主体、经营性质的异地就医定点医疗机构应一视同仁、平等对待。

第十五条 异地就医定点医疗机构对异地和本地参保人员提供同等、合规、必要的医疗服务。

第十六条 就医定点医疗机构在接诊异地就医人员时，要认真核对就医人员身份，做到人卡一致，如发现冒名顶替等情况应暂停其就医行为，并及时报告当地（异地就医人员参保地）医保部门。

第六章 零星报销

第十七条 参保人员异地就医符合下列情况之一的，可以按参保地规定办理异地就医医疗费用零星报销：

（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，在外出期间，因突发急、危、重病抢救需立即治疗，就近在非参保地医疗机构发生的急诊医疗费用。

（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）我市医保部门规定的其他可以零星报销的情形。

第十八条 参保人员办理零星报销需提供的材料清单：

（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。

各参保经办机构不得随意增加其他材料，参保人递交上述材料不全的，应一次性告知补齐材料。

第十九条 异地就医零星报销时限，各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。不能在上述期限内完成报销的应提前告知参保人员。

第七章 费用结算与支付

第二十条 异地就医住院人员就医时定点医疗机构提供相应的结算清单。应由个人负担的部分，由个人按规定结清；应由个人帐户及统筹基金等医保基金支付的部分，由就医地经办机构与定点医疗机构按项目进行结算。

第二十一条 市医保经办机构与省平台对账后生成结算数据，由定点医疗机构与县区经办机构协作对市业务数据进行比对。

第二十二条 由就医地经办机构代为结算的异地就医费用，每月由市医保进行清算，省内按实际差额结付，跨省按收支两条线结付。市医保经办机构于次月 15 日前生成上月经办机构间清算汇总统计数据；县区经办机构根据市平台提供的汇总数据，3 个工作日内完成异地就医发生医疗费用的核对工作，确认清算信息；市医保经办机构根据省医保平台数据生成省内和跨省异地就医结算数据后，县区经办机构 5 个工作日内将应付款上解

至市医保账户和财政账户。县区经办机构负责对辖区内各定点医疗机构异地就医费用进行清算。

第八章 稽核管理

第二十三条 异地就医医疗费用稽核实行就医地管理。我市各医保经办机构要将异地就医医疗费用稽核工作纳入定点医疗机构协议管理范围，严格按照协议进行管理，保障异地就医人员权益。各医保经办机构要加强对本地异地定点医疗机构异地就医相关病案资料的稽核并纳入考核管理。

第二十四条 市内各级医保部门应当畅通异地就医人员的投诉渠道，及时受理投诉并将投诉处理结果告知投诉人。对查实的重大违法违规行为按相关规定处理,并逐级上报市医疗保障局。

第二十五条 各经办机构对定点医疗机构违规行为涉及的医疗费用不予支付，已支付的违规费用予以追回。定点医疗机构违反服务协议规定的，由各医疗保险经办机构按规定处理。

第二十六条 各经办机构要严格按照要求做好异地就医结算、稽核等数据统计工作，确保相关统计数据准确、有效。

第九章 附则

第二十七条 省内、跨省、长三角地区异地就医预付金的拨付及医疗费用的清算、结算管理按照有关规定执行。

第二十八条 异地就医业务档案由参保地经办机构和就医

地经办机构按其办理的业务分别保管。

第二十九条 本经办规程由市医疗保障局负责解释。

第三十条 本细则自 2020 年 4 月 1 日起施行。原市异地就医有关规定与本细则相抵触的，按本细则执行。

附件：参保人员医保信用承诺书（异地就医版）

附件：

参保人员医保信用承诺书（异地就医版）

经办机构：_____ 编号：_____

姓名：_____, 性别：_____, 身份证号码：_____, 住址：_____。

为进一步规范就医购药行为，树立诚实守信的良好形象，本人郑重作出以下承诺：

1. 严格遵守医保法律法规、政策和制度，全面履行应尽的责任和义务。
2. 不出借本人社保卡等凭证给他人或定点医药机构，不持他人社保卡等凭证冒名就医。
3. 不提供虚假书面承诺骗取不应由医保基金支付的医疗费用。
4. 不伪造社保卡等凭证或就医病历、医疗费用票据等。
5. 不转卖或出卖由医保基金支付的药品耗材等牟取利益。
6. 全面配合医保监督检查，向医保部门及医保经办机构报告信息真实、准确、完整。

本人本次医保备案信息如下：

1. 本次备案人员类别：
☐ 异地安置退休人员 ☐ 异地长期居住人员
☐ 常驻异地工作人员 ☐ 异地转诊人员 ☐ 其他人员
2. 本次备案城市（就医地）：_____。
3. 本次备案缺少的材料：_____，承诺在 6 个月内对就医地居住相关材料及时补充。

本人（代理人）将严格履行以上承诺，如有违反，愿意接受医保部门给予的处理、惩戒，并依法承担相应的法律责任。

备案人本人（代理人）签字：_____

备案时间：_____年____月____日

代理人身份证：_____

联系电话：_____

备注：经办机构应妥善保管个人承诺书，三年内不得销毁。