



高邮市医疗保障局

致全市医疗保险参保人员的一封信

尊敬的医疗保险参保人员：

首先向您及您的家人送上诚挚的慰问和祝福！

为解除广大参保人员异地就医的后顾之忧，让异地就医人员少垫资少跑腿，近年来，根据国家和省统一要求，我市医保部门连续攻关，建成了异地就医直接结算系统，使您可以像在本地定点医院就医一样，通过刷社会保障卡结算异地就医医疗费用。您只需要用个人账户或现金支付个人应该承担的费用，其他的医疗费用由参保地（即您缴纳医保费的地区）经办机构与医院结算。

为使您更好地享受异地就医刷卡结算的便利，现将异地就医相关政策及有关办理事项向您告知如下：

一、如果您已参加我市职工或城乡居民医疗保险，且属于异地退休安置、异地长期居住、常驻异地工作或者符合转诊规定需转外地就医的四种情形中的任一条，均可以成为异

地就医刷卡直接结算人员。

二、目前，我市已实现了省内异地就医门诊和住院费用直接结算、跨省异地就医住院费用直接结算、与上海市异地就医门诊费用直接结算。

三、异地就医刷卡直接结算要“先办理备案、再选择就医地区、后持卡就医”。办理备案，您可以选择以下方式在参保地备案：

1. 在经办窗口备案，需携带本人身份证、社会保障卡和相关材料，相关材料对异地退休安置、异地长期居住、常驻异地工作人员来说是各类有效的居住证明，对转外就医人员是有转诊资质的参保地医疗机构出具的转外就医证明。如果需要委托他人代办时，应提供代办人身份证。

2. 通过我市医保局开通的网络渠道进行“不见面”备案，主要有微信公众号、电话传真等方式，可以根据我市实际开通情况选择其中一种方式进行，按照相应的语音或图表示例完成

备案。如果上述方式都未完成备案，您可以电话联系我市医保经办机构或者市医保中心咨询，咨询电话附后。**选择就医地区：**在办理备案时，您需要填写目前居住的地区或者即将前往就诊的地区。选择成功后，到就医地联网医疗机构就可以刷卡就医。**持卡结算：**到外地异地就医只能使用全省统一的“江苏省社会保障卡”。

四、您进行异地就医直接结算的待遇，按照国家及市有关规定执行。省内异地就医门诊和住院医疗费用结算，执行参保地的医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准（简称“就医地目录”），医疗保险待遇执行参保地的医保起付线、报销比例和最高支付限额政策（简称“参保地政策”）；跨省异地就医住院医疗费用结算，执行就医地的医保目录及范围，医疗保险待遇执行参保地政策规定；与上海门诊费用结算，执行就医地规定的医保目录及范围，门诊相关待遇

执行参保地政策。

五、如果您因各种原因没有能够实现异地就医刷卡直接结算的，也可以在治疗结束后回参保地进行手工报销，具体规定请咨询参保地医保部门。

六、您在异地就医过程中，遇到任何医疗保险政策经办方面的问题，都可以向我市医保经办机构咨询，也可以登录相关政府网站查询（高邮市医保经办机构及异地就医咨询电话附后）。

最后，祝您身体健康，万事如意。

高邮市医疗保障局
2019年8月

高邮市办理异地就医联网结算的医保经办机构、地址和联系电话

高邮市医疗保险基金管理中心，地址：府前街127号一楼，联系电话：0514-84601050。

高邮市异地就医直接结算政策问答

1. 什么是异地就医直接结算？

参保人员在异地（省内或省外）定点医疗机构就医时，按规定应由医保基金支付的费用由就医地经办机构与定点医疗机构直接结算，个人只需支付按政策应由个人自付的费用，称为医疗保险异地就医直接结算。

2. 办理异地就医直接结算有什么好处？

过去	现在
报销周期长	省时
垫付压力大	省钱
个人负担重	省心
往返奔波累	省力
参保人员异地就医自己先垫资，再回参保地报销	只需支付个人负担的医疗费用；医保支付费用，由医保与医院直接结算

3. 异地就医直接结算是否意味着全国漫游，可以自由就医呢？

答：异地就医不等于“全国漫游”、自由就医。在推进跨省异地就医直接结算工作过程中，为了引导参保人员有序就医，医保部门制定了一些具体规定。比如说，需要参保人员在参保地经办机构进行必要的备案登记，对于无条件进行检查治疗的危重症患者或者是疑难杂症患者，需要转外就医的人员，要按照转诊规定提出转诊申请，由参保地医疗机构按照当地转诊的规定出具意见书等等，这些规定是为了保证在异地就医结算的过程中促进有序就医。

4. 哪些参保人员可以申请办理异地就医直接结算？

答：（1）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人员。（2）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。（3）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。（4）异地转诊人员：指符合参保地转诊规定的人员。

5. 办理异地就医直接结算的流程图

第一步

申领并填写高邮市异地就医联网结算申请表

第二步

审核盖章并登记备案

第三步

持社会保障卡刷卡就医



6. 我市异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员需要办理哪些手续才能享受异地就医医疗费用直接结算？

答：我市异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员向参保地医保经办机构提交居住证或房产证等材料，按规定填写异地就医登记备案表，办理登

记备案手续后，相关备案信息会同步上传至国家异地就医结算系统，参保人即可持社会保障卡在异地就医，并享受医疗费用直接结算。

7. 我市异地转诊人员就医前需要办理哪些手续才能享受异地就医直接结算？

答：参保人员需转诊到统筹区以外定点医院住院治疗，按规定在医院办理转诊手续，并向参保地经办机构申请登记备案后，即可享受异地就医医疗费用直接结算。

对未按规定办理转诊、登记备案手续（急诊除外）到统筹区以外定点医院住院的，不能享受异地就医直接结算，只能向我市经办机构申请手工报销。其医疗费用在正常报销的基础上降点报销。

8. 我市异地就医的参保人员按什么政策报销？

答：我市参保人员在省内异地就医直接结算的住院医疗费用，执行江苏省统一的药品目录、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。

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，基本医疗保险的起付线、报销比例和最高支付限额执行参保地政策。

例如：老张随小张在上海居住，并且老张办理了异地就医备案手续，老张住院直接持社会保障卡结算时，按照上海市的医保目录执行，而住院起付线、报销比例、支付限额等，仍按照我市医保政策执行。

9. 符合异地就医的参保人员住院需要带社会保障卡吗？

答：需要。社会保障卡（二代）是参保人员进行异地就医直接结算的唯一身份识别凭证，办理住院登记、出院结算等手续时，应主动出示，实名制就医。

10. 符合异地就医直接结算的参保人员都能直接结算吗？出院直接结算时是不

是只结算由个人负担的费用？

答：参保人员在备案地区的直接结算定点医院办理出院时，原则上应采取直接结算方式进行费用结算，定点医院将根据参保人员所在参保地系统计算反馈的结果，结清应由个人负担的费用；属于医疗保险基金支付的费用，由定点医院向当地经办机构申报审核结算。因故未能直接结算的，需参保人全额结算住院医疗费用，相关信息由定点医院上传至国家异地就医结算系统，参保人回参保地按规定手工报销。

11. 参保人办理了长期驻外或转诊手续，在就医地定点医院因各类特殊情况，未能联网实时结算的费用可否回参保地报销？

答：参保人员由于种种原因未能在联网医院直接结算的费用可以回参保地申请手工报销。

12. 参保人员未在联网医院实时结算，出院后办理医疗费用报销需要提供什么材料？

答：参保人员需要向经办机构提供医院住院发票原件、住院费用清单、出院记录（诊断证明）、门诊票据原件、门诊处方底方、急诊诊断证明等材料申请医疗费用报销。

13. 参保人员如何变更个人相关信息？

答：若参保人员的异地居住地、联系电话等信息发生变更，或在异地医疗期间如需再次转院或入院，应及时向参保地经办机构申请变更，并经其审核确认。若参保人员的待遇享受状况变更，如暂停、恢复、终止等，请及时与参保地经办机构沟通办理。

