

# 汶上县参保人员异地就医明白纸

## 一、异地就医人员分为哪几类？

异地就医人员归为两大类:异地长期居住人员和临时外出就医人员。其中异地长期居住人员包括异地安置退休人员、常驻异地工作人员、外出务工农民、外来就业创业人员;临时外出就医人员包括转诊转院人员,自行外出就医人员,因出差、探亲、旅游等临时在外就医人员。

## 二、异地就医备案还需要提供证明材料吗？

异地就医备案不再需要提供证明材料,异地长期居住人员不再提供户籍证明、居住证等证明材料,实行承诺备案制(个人承诺异地居住、生活、工作),临时外出就医人员备案不再提供转诊转院证明或在外就医急诊证明等证明材料。

## 三、省内跨市临时就医人员还需要备案吗？

省内跨市“临时外出就医人员”住院,普通门诊、门诊慢特病就医一律取消备案手续,在就医地市所有开通住院、普通门诊、门诊慢性病联网结算的医疗机构就医费用直接联网结算。

## 四、异地就医人员如何进行备案？

### (一)线上备案

省内跨市“异地长期居住人员”,备案目前可以通过“济宁医保”小程序进行承诺备案,待省内异地就医自助备案在“鲁医保”小程序上线后,省内跨市异地就医可以实现自助备案。

跨省异地长期居住人员和临时外出就医人员,可以通过“国家医保服务平台”APP进行自助备案。通过网办、掌办等渠道办理异地长期居住备案的,在提交时勾选《基本医疗保险异地就医备案个人承诺书》进行签名承诺。

### (二)线下备案

通过窗口等其他途径办理异地长期居住备案的,可在《基本医疗保险长期异地就医备案个人承诺书》上签字,医保经办机构留存。

## 五、异地长期居住人员如何取消备案？

异地长期居住人员办理备案后在长期居住地就医,享受与参保地就医相同的报销比例,一次备案长期有效。在备案的长期居住地以外就医(包括济宁当地),按照临时外出就医政策执行。办理了“异地长期居住人员”备案后,在备案有效期内备案未满6个月,确需回参保地就医的,按以下原则处理:通过提交备案就医地户籍证明、居住证或单位工作证明等材料,申请将长期异地就医备案变更回参保地的,享受与参保地同等的医保待遇;未提供上述有关证明材料,单纯采用个人承诺方式备案的,按“临时外出就医人员”医保待遇政策执行。

## 六、异地就医还受定点医疗机构家数的限制吗？

异地就医(包括异地长期居住和临时外出就医人员)直接备案到就医地,不再备案到具体医疗机构,参保人员可在备案的就医地所有开通联网的住院和普通门诊定点医疗机构中自主选择就医,并实现联网结算。取消参保人门诊慢特病省内跨市异地就医定点医疗机构家数的限制,门诊慢特病跨省联网结算备案的定点医疗机构家数,按国家规定执行。

## 七、临时外出就医人员如何享受待遇？

“临时外出就医人员”发生的异地住院、门诊慢性病医疗费用,普通门诊医疗费用个人先行自负10%之后,异地报销金额与本地报销金额合并计算,异地普通门诊费用执行和本地相同的报销政策,报销比例不降低,一个年度内,参保人员发生的符合医保支付范围的异地普通门诊费用与本市普通门诊医疗费用累加计算,达到最高支付限额的不再纳入报销。医疗费用无法联网结算的,住院、普通门诊医疗费用回参保地医保经办机构报销,门诊慢性病医疗费用回慢性病定点医院报销,医院垫付的异地门诊慢性病医疗费用据实结算。



## 职工医保住院报销政策一览表

医院级别	起付线	政策范围内报销比例		报销限额
		20 万以下	20 万以上	
一级	300 元	90% ( 退休 95% )	90%	20 万元
二级	500 元	85% ( 退休 90% )		超过限额 20 万以上的合规费用,再由大额医疗费用补助 ( 90%得报销比例,每年度最高支付限额 50 万 ) 等制度补充保障
三级	600 元	85% ( 退休 90% )		

注: 1、第二次住院起付标准减半,自第三次住院起取消起付标准。(恶性肿瘤病人收取一次起付标准,精神病人住院无起付标准。)

2、对临时外出就医人员就医地发生的住院医疗费用个人先行自付 10%之后,异地报销金额与本地报销金额合并计算。

## 居民医保住院报销政策一览表

参保人员类型	济宁市内住院			异地就医备案·住院	
	定点医疗机构类别	起付标准	报销比例	长期异地居住人员	临时外出就医人员
成年人	一级医疗机构	100	85%	85%	75%
	二级医疗机构	400	75%	75%	65%
	三级医疗机构	800	60%	60%	50%

未成年人报销比例提高 5%,基本医疗保险待遇最高支付限额为 15 万元

汶上县医疗保障局  
2024 年 3 月