

江苏省医疗保障局文件

苏医保规〔2019〕1号

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

各设区市医疗保障局，昆山市、泰兴市、沭阳县医疗保障局：

为方便广大参保人员异地就医，提高异地就医直接结算效率，进一步完善我省异地就医经办工作，提高经办服务水平，根据国家有关规定，结合我省实际，制定了《江苏省异地就医经办服务规程》，现印发给你们，请遵照执行。

附件：江苏省异地就医经办服务规程

（此件公开发布）



江苏省异地就医经办服务规程

第一章 总则

第一条 为方便广大参保人员异地就医，完善我省异地就医直接结算工作，进一步加强异地就医经办管理，提高服务水平，根据《人力资源社会保障部财政部关于做好基本医疗保险跨省异地就医住院医疗费用直接结算工作的通知》（人社部发〔2016〕120号）、《人力资源社会保障部办公厅财政部办公厅关于规范跨省异地就医住院费用直接结算有关事项的通知》（人社厅发〔2017〕162号）、《国家医保局财政部关于切实做好2019年跨省异地就医住院费用直接结算工作的通知》（医保发〔2019〕33号）、《长三角地区跨省异地就医门诊费用直接结算合作协议》（沪人社医〔2018〕349号）等要求，制定本规程。

第二条 本规程所称异地就医是指参加我省基本医疗保险的职工、城乡居民参保人员（以下简称参保人员），在省内跨设区市及跨省定点医疗机构发生的诊疗行为。定点医疗机构是指与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联网的医疗机构。

第三条 异地就医分为通过异地就医信息系统直接结算医疗费用（以下简称直接结算）和参保人先行全额垫付医疗费，再回

参保地医保经办机构零星报销（以下简称零星报销）两种。

第四条 异地就医工作实行统一管理、分级负责。省医保局负责制定全省异地就医经办规程和服务标准，省医保中心负责统一组织协调并实施全省异地就医经办管理服务工作，各设区市医保局及医疗保险经办机构(以下简称经办机构)按本规程做好本地区异地就医管理及经办服务工作。

第五条 各级医保部门应优化服务流程，实现门慢、门特、门统、大病保险及补充医疗保险等“一单制”结算。

第二章 范围对象

第六条 参保人员符合下列情况之一的，可以办理异地就医直接结算。

（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。

第三章 登记备案

第七条 我省参保人员异地就医前，应向参保地经办机构登记备案。

第八条 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。

第九条 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，不得要求提供任何就医地审批盖章材料。

第十条 对外出农民工和外来就业创业人员（以下简称两类人员），在备案时可采取“承诺补充制”先行备案，并承诺在就医地取得相关材料后及时补充，确保两类人员离开参保地前及时备案。

第四章 享受待遇

第十一条 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；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；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。

第十二条 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。

第五章 就医管理

第十三条 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。

第十四条 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，并上报省医保中心备案。

第十五条 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。

第十六条 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。

第十七条 异地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，并及时报告当地医保部门。

第六章 零星报销

第十八条 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，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。

第十九条 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。

除上述材料外，参保地经办机构需要增加其他材料必须事前公示，并报省医保中心备案。参保人递交上述材料不全的，应一次性告知补齐材料。

第二十条 异地就医零星报销时限

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。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 稽核管理

第二十一条 异地就医医疗费用稽核实行就医地管理。就医地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，细化和完善协议条款，保障异地就医人员权益。

第二十二条 就医地医保部门应当建立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,并逐级上报省医疗保障局。

第二十三条 就医地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。对定点医疗机构违反服务协议规定并处以违约金的，由就医地医疗保险经办机构按规定处理。

第八章 附则

第二十四条 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。

第二十五条 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。

第二十六条 本经办规程由省医疗保障局负责解释。

第二十七条 本经办规程自印发之日起实施，原《江苏省医疗保险异地就医省内联网结算经办服务规程》即行废止。

抄送：各设区市医保经办机构

江苏省医疗保障局办公室

2019年9月2日印发
