

WHCR-2020-0350001

# 威海市医疗保障局文件

威医保发〔2020〕51号

## 威海市医疗保障局 关于印发《威海市医疗保障异地就医 管理办法》的通知

各区市医疗保障局、国家级开发区人力资源和社会保障局、南海新区党群与人力资源部，各有关医疗机构：

现将《威海市医疗保障异地就医管理办法》印发给你们，请认真遵照执行。



（此件主动公开）

# 威海市医疗保障异地就医管理办法

## 第一章 总 则

**第一条** 为进一步完善医疗保障异地就医管理,方便参保人员异地就医,根据医疗保障相关法律、法规、规章和政策规定,结合我市实际,制定本办法。

**第二条** 我市职工基本医疗保险参保人员与居民基本医疗保险参保人员的异地就医管理和经办服务适用本办法。

**第三条** 异地就医是指我市基本医疗保险参保人员在威海市行政区域以外发生的医疗行为,不含境外医疗。

**第四条** 下列异地就医发生的医疗费用,按规定纳入医疗保险基金支付范围:

(一)参保人员按规定办理异地居住备案手续后,在居住地定点医疗机构发生的符合政策规定的住院医疗费用和门诊慢性病医疗费用。

(二)参保人员按规定办理异地转诊备案手续后,在转入定点医疗机构就医发生的符合政策规定的住院医疗费用,术后门诊放、化疗费用(含相关检查费用)。

(三)参保人员因突发危急症异地就医,经我市医保经办机构审核确认符合急诊范围,发生的符合政策规定的住院医疗费用及住院前门诊抢救医疗费用。

(四) 参保人员其他情况下, 异地就医发生的符合政策规定的住院医疗费用。

## 第二章 备案管理

**第五条** 参保人员因返回原籍、投靠亲属、单位外派、外出务工等原因, 需到威海市行政区域以外连续居住 6 个月以上, 应按规定向我市医保经办机构办理备案手续。

办理异地居住备案的参保人员应选择居住地范围内的全国联网结算医保定点医疗机构就医, 其中需门诊慢性病治疗的, 应在居住地范围内选择 1 家医保定点医疗机构作为本人门诊慢性病定点医疗机构。

办理异地居住备案的参保人员, 由居住地定点医疗机构转诊至居住地外异地就医的, 应由居住地具备转院资格的医保定点医疗机构出具转诊意见, 并报办理异地居住备案手续的医保经办机构备案。

参保人员办理异地居住备案手续, 一年内不得变更或注销。

**第六条** 参保人员因我市医疗机构无法确诊或无条件诊治的, 应遵循逐级转诊原则, 向我市异地转诊定点医疗机构申请备案, 或向我市医保经办机构申请备案。

参保人员办理异地转诊备案后, 一年内可凭首次备案手续, 在同一所定点医疗机构多次治疗同一病种。

参保人员办理异地转诊备案后，需由就诊医保定点医疗机构再次转诊的，应由就诊定点医疗机构出具转诊意见，并报我市医保经办机构备案。

**第七条** 参保人员因突发危急症异地就医，需自住院之日起3个工作日内（节假日顺延），报我市医保经办机构备案并提供急诊诊断证明。

**第八条** 参保人员或单位可通过电话（传真）、电子邮件、移动端应用程序或我市医保经办机构服务窗口等方式向医保经办机构申办异地居住、异地转诊、异地急诊等各项异地就医备案手续。

### 第三章 待遇支付

**第九条** 参保人员办理异地居住备案手续后，可在居住地和参保地同时享受医保待遇，年度费用累计计算。参保人员在居住地就医发生医疗费用，根据参保类型按规定予以报销。

职工基本医疗保险参保人员在居住地就医发生的符合政策规定的医疗费用，按在我市同级别医保定点医疗机构治疗的政策报销；居民基本医疗保险参保人员在居住就医发生的符合政策规定的医疗费用，按在我市三级医保定点医疗机构治疗的政策报销。

**第十条** 参保人员按规定办理异地转诊备案手续或经审核

符合异地急诊的，发生的符合政策规定的住院医疗费用，个人首先负担 10%，剩余部分根据参保类型按规定予以报销。

职工基本医疗保险参保人员异地转诊或异地急诊发生的符合政策规定的医疗费用，按在我市同级别医保定点医疗机构治疗的政策报销；居民基本医疗保险参保人员异地转诊或异地急诊发生的符合政策规定的医疗费用，按在我市三级医保定点医疗机构治疗的政策报销。

**第十一条** 参保人员其他情况下，在医保定点医疗机构异地就医发生的符合政策规定的住院医疗费用，个人首先负担 30%，剩余部分按照在我市三级定点医疗机构治疗的政策报销。

本条规定适用于 2020 年 8 月 1 日后入院的异地就医参保人员。

**第十二条** 除急诊外，在非医保定点医疗机构异地就医发生的医疗费用，基本医疗保险不予支付。

**第十三条** 参保人员符合异地就医规定且在全国联网结算定点医疗机构即时结算的医疗费用，执行就医地的基本医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准，各项报销比例按我市基本医疗保险规定执行。

**第十四条** 异地就医人员符合纳入全国异地就医联网结算信息管理平台的条件的，按规定进行联网结算。

**第十五条** 参保人员异地就医联网结算的医疗费用，统一由市级医保经办机构与山东省异地就医联网结算信息平台结

算，经医疗保险基金先行垫付后，再分别与相关部门、机构进行清算。

**第十六条** 参保人员未通过全国联网结算定点医疗机构即时结算的异地就医医疗费用，需个人全额结算后，持定点医疗机构收费有效票据、费用清单、出院记录（诊断证明）等资料到我市医保经办机构审核报销，其中，属于异地急诊的，须另提供加盖定点医疗机构业务专章的急诊诊断证明。

#### 第四章 附 则

**第十七条** 离休干部异地就医医疗保障待遇按现政策执行。

**第十八条** 异地就医人员使用高值药品发生的符合政策规定的费用，按现政策执行。

**第十九条** 本办法自 2020 年 8 月 10 日起执行，有效期至 2025 年 8 月 9 日。以往规定与本办法不一致的，以本办法为准。