

异地就医常见问题解答

1. 什么是异地就医？

答：异地就医是指参保人在其参保统筹地区以外发生的就医行为，简单来说就是参保人的医保“参保地”和实际的“就医地”不一致，分为“省内（跨市）异地”和“跨省异地”两种情况。

2. 进行跨省异地就医，应该先做好哪些准备工作呢？

答：**首先**，需要了解自己是否可以办理异地就医直接结算。**其次**，需要查询就医地的医疗机构是否被纳入异地直接结算范围；**最后**，一定要记得先进行异地就医备案，查询选择好“异地就医地”，出发前带上医保相关证件，再到医院就诊。

3. 异地就医后医疗费用如何结算？

答：有两种结算方式：**一是**直接结算：在医院结算窗口通过信息系统结算，参保人只用结清应由个人承担的费用，属于医保基金支付的费用，由医保经办机构与定点医疗机构按规定支付。异地就医原则上实行直接结算；**二是**手工报销，即：参保人员先行垫付全部的医疗费用，带着医院出具的相关票据回参保地报销。

4. 异地就医为什么要实行直接结算？

答：直接结算**省心、省时、省力、省钱**。

省心：在医院当场报销，不用操心能不能报销，报销多少问题；

省时：不用浪费时间跑回去报销，也不用等待报销费用到账；

省力：不用在参保地和就医地、医院和医保经办机构之间来回奔波；

省钱：不用垫付医疗费用，也不用支付来回奔波的路费。

5. 哪些人可以办理异地就医直接结算？

答：**一是**异地安置退休人员：退休后在异地定居并迁入户籍的人员。比如回原籍居住的退休知青，退休前在工作地参保，现在退休回原籍居住了。

二是异地长期居住人员：在异地居住生活且符合参保地规定的人员。比如到北上广等大城市，随子女居住，帮助带孩子的老年人。

三是常驻异地工作人员：用人单位派驻异地工作的人员。比如有一些驻外地的办事处，这些员工长期在外地工作。

四是异地转诊人员：因当地医疗机构诊断不了或者可以诊断，但是治疗水平有限，需要到外省就医的患者。

提示：为方便外出务工农民和外来就业创业人员就医，这两类人员也可以申请办理跨省异地就医住院费用直接结算。

6. 异地就医，报销范围和比例会有差异吗？

答：办理异地就医备案后，异地就医的医保报销范围、比例确实有所不同！首先，大家要明确异地就医结算遵循原则是：**就医地目录，参保地政策**。

就医地目录：异地就医执行就医地医保药品、诊疗项目和服务设施目录。也就是说，异地就医哪些能报销，哪些不能报销，都是以就医地药品目录为标准。

参保地政策：医保统筹起付标准、报销比例和最高支付限额等执行参保地政策。简单来说就是，异地就医能报多少钱、起付线多少、报销比例多少、最高报销额度为多少……这些都是按照参保地的标准来执行。

下面来给大家举个简单的例子：▼▼

患者张小华是A地人，参保地也是A地，之前一直在A地某医院就医，后因病情加重，医院没有更好的救治方法，其主治医生建议转诊，并出具相应的转诊证明。张小华家属为其办理转诊手续，并进行异地就医备案，然后带着张小华去B地某医院就医看病。

治愈后张小华办理出院，医保直接结算时，判断“哪些能报销、哪些不能报销”，以B地的药品目录为标准；而具体“报销比例多少、能报多少钱”，则是按照张小华参保地，也就是A地参保地政策标准。

总而言之，异地就医报销范围、报销比例到底是多少？是按照就医地标准还是参保地标准？大家只要牢记一

句话：**能不能报，看就医地；报销多少，看参保地。**注意：如果未办理异地就医备案，异地就医后回参保地申请手工报销，那么报销范围、报销比例都是按照参保地的标准。

7. 在异地发生急诊，要怎么报销？

答：异地急诊（未转住院）的费用可以凭急诊病历、发票、用药明细拿回参保地进行手工报销。急诊转住院的，如果办理了异地就医备案，可以直接在联网医院进行报销；如果未备案，急诊的费用出院后凭急诊病历、发票、费用明细、出院结算单回参保地医保经办窗口手工报销，或者在住院期间通过“国家医保服务平台”手机APP或微信小程序云南医保网厅办理备案手续后联网直接结算。

8. 异地就医，需要选择跨省异地就医定点医疗机构吗？

答：不需要。跨省异地就医医保结算可按“三步走”流程办理：先备案、选定点、持医保卡或医保电子凭证就医。其中，选定点是指选择跨省定点医疗机构就医。

随着医保政策的不断变化和发展，参保人在备案的时候不需要再特意提交自己选择的定点医疗机构了，可以在备案的就医地中，所有具有资格进行跨省异地就医直接结算的定点医疗机构就医，实现持卡结算。

注意：如果参保人员在异地就医的医疗机构不是跨省异地就医定点医疗机构，即使已经备案，也不能实现线上直接结算，需要按照参保地政策要求进行报销。

9. 异地就医为啥直接结算和回参保地手工报销医疗费不一样？

答：按照国家现行规定，参保人在异地定点医疗机构就医直接结算时，按照“就医地目录、参保地政策”执行医保报销，即：不论是住院还是门诊，医保药品目录、医疗服务设施和诊疗项目范围均执行就医地的医疗保险政策；医保基金起付标准、支付比例、最高支付限额和结算期等均执行参保地的医疗保险政策。

申请手工报销时，按参保地支付范围及标准进行报销。因执行的报销目录范围不同，导致参保人异地就医联网结算和回参保地手工报销存在待遇差异。

10. 参保人员先就医后办理异地就医备案，是否会影响报销？

答：未办理异地就医备案的参保人员，异地就医发生的医疗费用，医疗保险基金不予支付。但因突发情况不能回所在地治疗，在异地医保定点医院急诊就医发生的医疗费用，可由参保人员先行全额垫付，回到所在地后申请手工报销。

11. 异地就医备案后，本地医保是否能正常使用？

答：全国政策不一，需以参保地医保政策为准。

12. 异地就医结算不成功的常见原因是什么？如何解决？

答：异地就医人员如果在持卡结算时报错要考虑以下两点：

一是本人是否备案；**二是**就医的医院是否是跨省定点医疗机构

解决办法：由医疗机构医保办工作人员，帮助联系定点医疗机构所属的统筹地区医保经办机构，排查解决持卡结算问题。

13. 医保断缴是否会影响参保人员异地就医？

答：基本医疗保险参保人员在缴费当期享受待遇。医保断缴后，①参保人员无法继续享受医保待遇；②异地就医备案无法办理；③异地就医相关费用无法报销。

注意：长期异地居住人员千万别忘了每年回原参保地缴纳医保费用。

14. 寒暑假期间在省医保参保的省属高校大学生急诊需要异地就医住院的，应该怎么办？

答：可以按以下渠道办理：

一是跨省异地就医的，可以下载国家医保服务 APP 和医保助手 APP、一部手机办事通 APP 办理备案后，持社会保障卡或医保电子凭证直接刷卡结算。二是省内异地就医的，可以打备案服务电话：0871-63886166 进行备案。三是急诊抢救未及时办理备案的，或因其他原因不能刷卡直接结算的，假期结束回校后，可以携带相关住院材料，到医保中心进行手工报销。

15. 异地就医备案如何办理？

①关注“中国医保”公众号

点击菜单栏电子凭证→下载国家医保 APP→下载“国家医保服务平台”APP



点击立即下载进行“国家医保服务平台”APP下载安装



②参保人注册登录“国家医保服务平台”APP后，根据提示进行实名和实人认证，激活医保电子凭证。

③打开“国家医保服务平台”APP，在首页点击在线办理下的“异地备案”

打开国家医保服务平台APP，依次点击首页【异地备案】-【异地就医备案申请】按钮，进入异地就医备案页面。



大家可以按照以下步骤，帮自己或家人朋友完成跨省异地就医的备案申请，并实时查看备案的进度。

为自己备案

01 选择备案信息

根据自己的实际情况，选择“参保地”、“就医地”、“参保险种”、“备案类型”后，点击【**开始备案**】按钮。

9:41 AM 100%

异地就医备案申请

为自己备案 为他人备案

参保地 就医地

天津市 厦门市

参保险种 ① 城镇职工 城乡居民

自动审核

即时生效

备案类型

跨省异地长期居住人员 ①

跨省临时外出就医人员 ①

开始备案

02 提交备案告知书

仔细阅读备案告知书，选中【**本人已仔细阅读备案告知书**】后，点击【**我已阅读，开始备案**】按钮。

9:41 AM 100%

异地就医自助开通

1 — 2 — 3 — 4

备案方式 备案告知书 备案材料 查看结果

自助开通告知书

根据国家医疗保障局办公室关于开展自助开通异地就医直接结算服务试点工作的通知（医保办发〔2020〕34号）及本市相关文件要求，自2021年4月1日起，启动自助开通跨省异地就医服务。自助开通服务需提供满足办理该业务的准确的经办信息，所填写的信息及承诺的内容，均准确、真实、合法、有效。能够主动接受有关监管部门的监督和管理。对于自助开通服务后，如特殊原因不能跨省联网结算，可以按照本市政策回参保地垫付报销。对填报信息不准确的行为或超出公共服务事项办理范围的行为，与经办机构无关。参保人员因违反相关法律法规及承诺，被撤销相关经办业务所造成的经济和法律后果，需自行承担。未涉及的相关问题按照本市基本医疗保险有关规定执行。如国家及本市遇新政策，同期调整。特

本人已仔细阅读备案告知书

我已阅读，开始备案

03 填写备案材料

填写备案信息、联系人信息并上传相关材料。确认无误后，点击【提交备案】按钮。

04 查看备案结果

备案信息提交后，可以看到备案人的基本信息。点击【查看备案记录】按钮，可查询异地就医备案状态。

*温馨提示:

若参保地的备案方式为“自助开通”，备案提交后，无需审核即可查看备案结果。

若参保地的备案方式为“快速备案”，备案提交后，需要等待审核，预计2-3个工作日。

为他人备案

01 选择备案信息

根据您需要帮助的备案人实际情况，选择“参保地”、“就医地”、“参保险种”、“备案类型”、“备案人”后，点击【**开始备案**】按钮。

*温馨提示：您只能为亲情账户成员进行备案。

02 提交备案告知书

仔细阅读备案告知书，选中【**本人已仔细阅读备案告知书**】后，点击【**我已阅读，开始备案**】按钮。

备案告知书

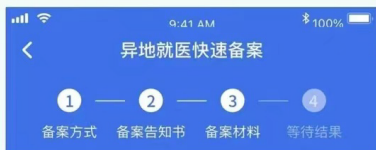
- 1、厦门市转外就医手续暂不挂网需至厦门市定点三级医院医保办公室或医保服务站进行线下登记审批办理。
- 2、跨省异地就医执行就医地目录、参保地起付线、封顶线及支付比例。因各地目录差异，直接结算与回参保地报销可能存在待遇差异，属于正常现象。参保人在异地定点医疗机构持社保卡直接结算医疗费用的，无法因待遇差异等原因予以补差报销。
- 3、异地安置退休人员、异地长期居住人员及常驻异地工作人员原则上自异地就医备案生效之日起3个月内不得注销登记或变更。
- 4、住院期间不可同时去门诊就诊，否则产生的门诊医疗费用无法报销。
- 5、持第三代社保卡（市民卡）的参保人，因各地市医疗机构读卡器尚未全部升级为支持第三代社保卡，如无法异地住院刷卡结算的，可携带相关材料至厦门市线下各医疗保障经办机构办理报销手续。厦门市手工报销受理时间截止至下一个基本医疗保险年度（基本医保年度为7月1日至次年6月30日）开始后的3个月内（即9月30日前）结算完毕。
- 6、此备案提交后，需等待至少2个小时以上的时间，由工作人员在2个工作日后完成审核。

本人已仔细阅读备案告知书

我已阅读，开始备案

03 填写备案材料

填写备案信息、联系人信息并上传相关材料。确认无误后，点击【提交备案】按钮。



备案信息

姓名	医小胞	
身份证号	110102201905316666	
参保地	厦门市	
就医地	天津市	
参保险种	城镇职工	
备案类型	异地长期居住人员	

* 申请备案开始日期 ① 2021-10-12 >

联系人信息

* 联系人 国医保

* 联系电话 ① 18800000000

* 联系人地址 国家医保服务平台

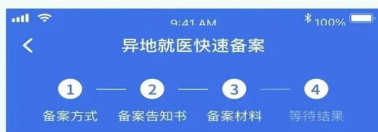
材料上传

请认真阅读个人承诺书并完成签名

提交备案

04 查看备案结果

备案信息提交后，可以看到备案人的基本信息。点击【查看备案记录】按钮，可查询异地就医备案状态。



提交成功

预计两个工作日内完成审核，请耐心等待

备案流水号：B0032021293018

备案人 医小胞

身份证号 110102201905316666

备案类型 异地长期居住人员

参保地 厦门市

就医地 天津市

查看备案记录

*温馨提示：

若参保地的备案方式为“自助开通”，备案提交后，无需审核即可查看备案结果。

若参保地的备案方式为“快速备案”，备案提交后，需要等待审核，预计2-3个工作日。

④ 备案记录查询

申请跨省异地就医备案后，可在“异地就医”页面下方找到备案记录，点击“异地就医备案记录查询”，可查询备案结果及详情。



⑤查询定点

参保人在“异地就医”页面，可查询全国范围内已开通跨省住院费用直接结算的定点医疗机构和已开通跨省门诊费用直接结算的定点医药机构。



⑥前往就医

备案成功的参保人员，前往本人备案的就医地已开通跨省异地就医直接结算功能的医保定点医院就医，可凭医保电子凭证或持实体卡直接结算医疗费用。异地就医直接结算按照“就医地目录，参保地政策，就医地管理”执行。

在医保 APP “异地就医” 页面下方，找到并点击“异地就医直接结算费用查询”可查询异地就医费用明细。



温馨提示：未按规定办理登记备案手续，或在就医地非跨省定点医疗机构发生的医疗费用，按参保地现有的规定办理；在非定点医疗机构发生的医疗费用一律不予报销。

16. 门诊慢特病跨省直接结算流程如何办理？

(1) 在参保地进行资格认定

在参保地或定点医疗机构完成病种待遇资格认定。

(2) 参保地办理备案

按参保地规定办理跨省异地就医备案手续（具体备案流程需咨询参保地）。

(3) 就医地试点医院就医

参保人员在就医地已开通门诊慢特病直接结算服务的试点医院进行就医。

(4) 享受门诊慢特病直接结算服务

门诊慢特病直接结算执行“就医地目录，参保地政策”。

注：全国各统筹地区门诊慢特病范围存在差异，参保人员所患疾病是否属于门诊慢特病需依据参保地医保规定确定。

17. 试点门诊慢特病包含哪些？

高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊治疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗五个病种。

鉴于各地门诊慢特病政策不尽相同和门诊慢特病就医结算的复杂性，为有效解决门诊慢特病直接结算政策、经办管理和信息化等方面堵点、难点问题，形成可复制可推广的经验，稳妥推进门诊慢特病直接结算工作。本次试点只纳入了部分门诊慢特病病种。

18. 试点人群范围是什么？

在参保地已完成试点病种待遇资格认定，并按参保地规定办理了门诊慢特病异地直接结算备案手续的参保人员。

19. 门诊慢特病直接结算的报销政策是什么？

门诊慢特病直接结算待遇支付政策执行“就医地目录，参保地政策”。即医保药品目录、医疗服务项目和医用耗材等执行就医地政策；医保基金起付标准、支付比例、最高支付限额等执行参保地政策。

20. 开通门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算试点城市有哪些？

截止 2022 年 4 月，全国共有 74 个统筹地区实现以上 5 种门诊慢特病跨省直接结算。开通门诊慢特病直接结算试点地区和定点医疗机构等信息实时更新，可到“国家医保服务平台”APP 进行线上查询。