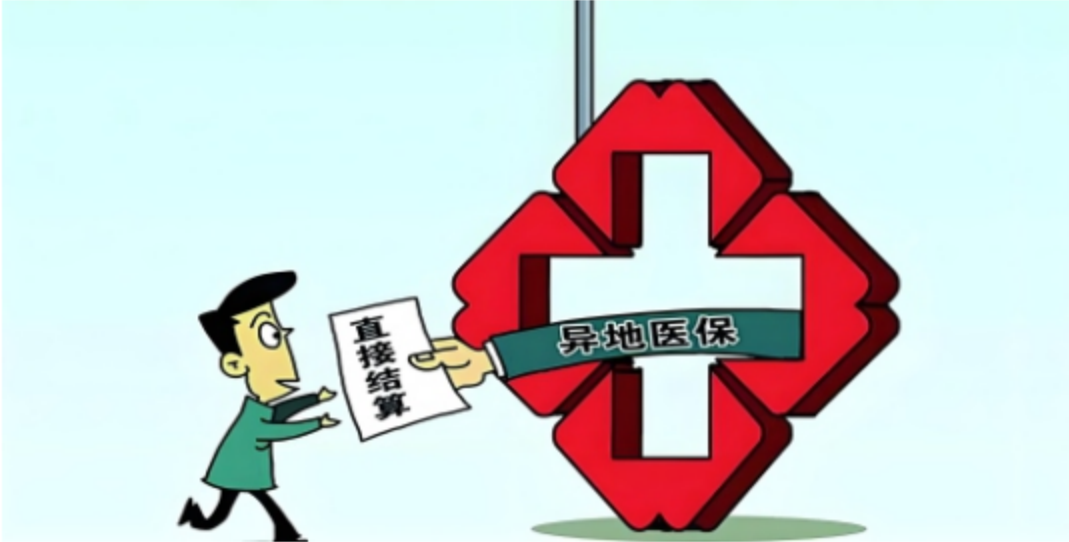


自2023年7月1日起，自治区内实行异地就医购药“免备案”管理服务。广西职工基本医疗保险（含生育保险）和城乡居民基本医疗保险参保人无需办理异地就医备案，可以享受自治区内异地就医直接结算服务，在参保统筹地区外、自治区内定点医药机构发生符合基本医疗保险基金支付范围的门（急）诊、门诊统筹、门诊特殊慢性病、住院医疗费用，执行参保地就医购药报销比例。

跨省异地长期居住或跨省临时外出就医的参保人员办理跨省异地就医备案后，可以享受跨省异地就医直接结算服务。



一、跨省异地就医备案小知识

（一）跨省异地就医备案人员范围

1.跨省异地长期居住人员：包括异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员等长期在参保省、自治区、直辖市（以下统称省）以外工作、居住、生活的人员。

2.跨省临时外出就医人员：包括异地转诊就医人员，因工作、旅游等原因异地急诊抢救人员以及其他跨省临时外出就医人员。

（二）跨省异地就医备案办理方式

1.线上渠道：通过广西医疗保障网上服务大厅、“国家医保服务平台”APP、“国家异地就医备案”微信小程序、“广西医保”微信公众号、“南宁医保”微信公众号或小程序、“爱南宁”APP办理。

2.线下渠道：到南宁市各级医保经办大厅办理。

（三）跨省异地就医备案地选择原则

参保人员异地就医备案地为就医地地级市或直辖市，实行基本医疗保险省级统筹的地区可备案到就医

省（如海南省、西藏藏族自治区等）。

（四）跨省异地就医备案有效期限

跨省异地长期居住人员，未申请变更备案信息或参保状态未发生变更的，备案长期有效。

跨省临时外出就医人员，备案有效期原则上为6个月，有效期内可在就医地多次就诊；备案有效期结束后，参保人员因同种疾病确需在就医地继续治疗或再次转外就医的，可申请将备案有效期延续6个月。

（五）需要办理跨省异地就医备案取消的情况

跨省异地长期居住人员变更跨省异地安置地、居住地或工作地的，需取消原异地就医备案登记。

跨省异地长期居住人员提供户口簿、居住证明、工作证明等证明材料（以下简称“异地就医备案证明材料”）办理备案手续的，可以随时取消备案登记；通过个人承诺书办理备案手续的，原则上6个月内不得取消备案登记，补齐异地就医备案证明材料后可以随时取消备案登记。

（六）跨省异地转诊就医人员备案的特别规定

1.异地转诊就医人员原则上应在转入就医地治疗前办理异地转诊就医人员备案手续，符合转诊条件的，由参保地医保经办机构指定的定点医疗机构出具《广西基本医疗保险转统筹地区外就医证明》并上传医保信息平台，经参保地医保经办机构审核通过后从转出之日起生效。

2.符合转诊条件的人员：指限于技术和设备条件等原因在自治区内定点医疗机构难以确诊和治疗，需转自治区外医疗机构诊治的参保人员。

3.南宁市各级医保经办机构指定的出具《广西基本医疗保险转统筹地区外就医证明》的定点医疗机构为自治区内三级定点医疗机构。

4.已办理跨省异地就医备案的跨省异地长期居住人员符合转诊条件，需转自治区及备案地外医疗机构诊治的，也可由备案地三级定点医疗机构出具《广西基本医疗保险转统筹地区外就医证明》办理。

【温馨提示】

享受门诊特殊慢性病待遇的跨省异地长期居住人员，在办理跨省异地就医备案后可在参保地及就医地选定三家以内定点医疗机构作为本人门诊特殊慢性病定点治疗机构。

参保人员在非本人选定的门诊特殊慢性病定点医疗机构就医，不享受门诊特殊慢性病待遇。

二、异地就医医疗费用的结算和报销

（一）联网直接结算。异地就医医疗费用实行联网直接结算，参保人员持医保电子凭证、社会保障卡等医疗保障凭证就医，并在就医地联网定点医药机构享受门诊、住院医疗费用等直接结算服务。

1.已实现联网直接结算的医疗费用包括：

（1）参保统筹地区外、自治区内：在就医地定点医疗机构发生的普通门诊、门诊特殊慢性病、单列门诊统筹支付的特殊药品、急诊留观、住院和生育医疗费用，以及定点零售药店购药费用。

（2）自治区外：在本人备案的就医地定点医疗机构发生的普通门诊、住院和5种门诊特殊慢性病（包括高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊治疗、慢性肾功能不全的肾透析、器官移植抗排斥治疗）医疗费用，以及定点零售药店购药费用。

2.联网直接结算注意事项：

（1）参保人员办理跨省异地就医备案后，在就医地开通异地就医联网的定点医药机构可进行联网直接结算。除异地转诊就医人员外，跨省异地就医人员在出院结算前完成异地就医备案的，也可进行联网直接结算。参保人员因急诊或抢救异地住院，未办理异地急诊备案，就医地定点医疗机构在入院登记时上传急诊标志的，视同已办理急诊备案。

（2）参保人员因意外伤害在自治区内定点医疗



机构就医的，向定点医疗机构提供交警事故认定书、法院判决书、调解协议书等公检法部门出具的相关证明材料；无法提供证明材料，其主诉无第三方责任且符合基本医疗保险支付范围的，应填写《外伤无第三方责任承诺书》，定点医疗机构可结合接诊及参保人员病情等实际情况，为参保人员提供医疗费用直接结算服务。

参保人员因意外伤害在自治区外定点医疗机构就医的，符合就医地管理规定的无第三方责任外伤费用可纳入跨省异地就医直接结算范围，由就医地经办机构将相关费用一并纳入核查范围。

（3）参保人员异地就医住院期间因病情需要到其他定点医机构治疗或定点零售药店购药的，需提供《住院期间外院检查治疗或定点药店购药单》，加盖定点医疗机构医疗保险办公室章，相关费用纳入本次住院费用直接结算。

（二）手工报销。因特殊情况异地就医医疗费用未直接结算的，参保人员可垫付医疗费用后，持相关材料回参保地医保经办机构办理手工报销。

推荐方式：联网直接结算，不需“垫资跑腿”办报销。

三、异地就医直接结算的基金支付政策和手工报销政策？

（一）联网直接结算。参保人员异地就医直接结算的医疗费用，按照“就医地目录，参保地政策”执行，即原则上执行就医地规定的基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围及有关规定，执行参保地规定的基本医疗保险基金起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊特殊慢性病病种范围等有关政策。

（二）手工报销。手工报销的异地就医医疗费用按照参保地目录和待遇政策执行。

【温馨提示】

跨省异地就医直接结算的住院医疗费用，执行就医地目录，因各地医保目录差异，直接结算与回参保地报销可能存在待遇差，属于正常现象。

四、跨省异地就医人员待遇标准

（一）跨省异地长期居住人员：参保人员提供异地就医备案证明材料办理跨省异地长期居住人员备案手续的，在备案地和参保地双向享受同等医保待遇。参保人员以个人承诺方式办理跨省异地长期居住人员备案手续的，应履行承诺事项，在备案有效期内回参保地住院治疗的，医保基金报销比例在参保地住院治疗报销比例的基础上降低20%；在入院前补齐异地就医备案证明材料的，医保基金报销比例按参保地就医的报销比例执行。

（二）异地急诊就医人员：医保基金报销比例按参保地就医的报销比例执行。

（三）异地转诊就医人员：在转入就医地治疗前办理异地转诊就医人员备案的，医保基金报销比例在参保地就医报销比例的基础上降低10%；在转入就医地治疗后办理异地转诊就医人员备案的，医保基金报销比例在参保地就医报销比例的基础上降低20%。

（四）其他跨省临时外出就医人员：跨省临时就医备案是为跨省异地就医提供直接结算的便利服务，以解决非急诊且未转诊、因本人原因需要临时在外省就医人员跑腿报销和垫支的问题，医保基金报销比例在参保地就医报销比例的基础上降低20%。

（五）未办理跨省异地就医备案且不符合补办备案手续条件的在外省就医人员：医保基金报销比例在参保地就医报销比例的基础上降低20%。



南宁市基本医疗保险

政策问答

异地就医篇



扫一扫
关注更多医保资讯



南宁市医疗保障事业管理中心