

梅州市医疗保障局文件

梅市医保规〔2021〕3号

梅州市医疗保障局关于印发《梅州市基本医疗保险就医管理办法》的通知

各县（市、区）人民政府，市直各单位：

为规范我市基本医疗保险参保人员就医管理，提升服务水平，经市政府同意，现将《梅州市基本医疗保险就医管理办法》印发给你们，请遵照执行。



梅州市基本医疗保险就医管理办法

第一章 总则

第一条 为规范我市基本医疗保险参保人员就医管理，提升服务水平，根据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）、《广东省医疗保障局关于印发〈广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法〉的通知》（粤医保规〔2021〕1号）、《广东省医疗保障局关于印发〈广东省基本医疗保险门诊特定病种管理办法〉的通知》（粤医保规〔2020〕4号）和《广东省医疗保障局 广东省社会保险基金管理局关于进一步规范我省异地就医直接结算备案工作的通知》（粤医保函〔2019〕613号）等文件精神，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于本市基本医疗保险参保人员（以下简称参保人员）的就医管理。

第三条 市医疗保障部门负责本市参保人员的就医管理。各县（市、区）医疗保障行政部门按照有关要求，负责辖区内参保人员的就医管理。

各级医疗保障经办机构负责做好参保人员就医经办管理服务

第四条 坚持精简高效、统一标准、优化流程、动态调整的原则，推进医保公共服务标准化和信息化建设。

第二章 医疗保险凭证

第五条 本市参保人员就医使用医保电子凭证或梅州市社会保障卡（以下简称社保卡）作为全市统一的医疗保险凭证。

因参保人员未申领等特殊原因，或社保卡暂不能制发以及在制发、遗失、重制、未启用医保功能期间，参保人员可使用居民身份证或户口簿等有效身份证件作为临时医疗保险凭证。

第六条 医疗保险凭证具有下列功能：

（一）可作为参保人员按规定在医疗保险定点医疗机构和定点零售药店（以下统称定点医药机构）就医、购买药品等规定用品及医疗费用结算的凭证；

（二）基本医疗保险个人账户资金的划入、使用等凭证；

（三）符合基本医疗保险政策规定给予报销的参保人员零星医疗费用的划入、支取；

（四）根据医疗保险凭证相关主管部门要求设定的其他功能。

第七条 医疗保险凭证不得涂改及伪造，除本人使用外，不能转借他人使用。

第三章 就医管理

第八条 参保人员在就医地定点医疗机构就医时，应主动出示本人医疗保险凭证，医疗机构应当认真核验就医人员身份信息。参保人员不按规定出示医疗保险凭证的，医疗机构不予办理医保记账手续。

第九条 参保人员在定点医药机构发生符合规定的费用，医疗保险基金按规定给予支付；除急诊、抢救等特殊情况下，在非定点医药机构发生的医疗、购买药品等费用，医疗保险基金不予支付。

参保人员在定点医疗机构住院前产生因病情危重的急诊和抢救门诊费用纳入住院报销；在非定点医疗机构产生因病情危重急诊和抢救门诊费用按同等级医疗机构住院报销比例报销。

第十条 定点医疗机构应当根据诊疗规范和诊治指南，制定入、出院工作管理制度，建立各种各类疾病的住院治疗标准和程序，严格按照病情为参保人员办理入、出院手续。不得将不符合住院条件的参保人员收治入院或分解住院、挂床住院，不得以任何理由推诿和拒绝符合住院条件的参保人员住院治疗，不得有违反诊疗规范过度诊疗、过度检查等违法行为。

参保人员符合出院或转院标准，定点医疗机构为参保人员办理出院或转院时，应事先告知参保人员或其近亲属、监护人，做好病情解释，并在病程记录中注明，不得将未达到出院标准的病人催赶出院或者自费住院。

第十一条 参保人员在定点医疗机构接受医疗服务时，定点医疗机构应当因病施治、合理检查、合理诊疗、合理用药、合规收费，并优先使用基本医疗保险范围内的甲类药品、诊疗项目、医疗服务设施。定点医疗机构应当确保医疗保障基金支付的费用

符合规定的支付范围；除急诊、抢救等特殊情形外，提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务的，应当经参保人员或者其近亲属、监护人同意。

第十二条 城乡居民医保参保人员普通门诊就医应当选定1家指定的镇（街道）基层定点医疗机构。参保人员未自行选定医疗机构的，则按参保所在镇（街道）的基层定点医疗机构作为选定机构进行普通门诊就医。选定的镇（街道）基层定点医疗机构一经确定，在一个自然年度内原则上不予变更。

参保人员在选定或参保所在地其中1家镇（街道）的基层定点医疗机构发生的普通门诊费用可纳入医保基金支付。已实现医保普通门诊“镇村一体化”的镇内村级卫生站就医产生的费用按“镇村一体化”门诊统筹规定执行。

第十三条 参保人员申请门诊特定病种（以下简称门特）时，须经过具备相应门特服务资格的定点医疗机构审核确认，急诊留院观察除外。

经审核确认需进行门特治疗的参保人员，须选定1至2家符合条件的定点医疗机构作为本人门特治疗的医疗机构。选定的定点医疗机构一经确定，原则上一年内不予变更。但参保人员确因病情需要、居住地迁移、医疗机构药品供应不足或病情变化等情形需要变更门特定点医疗机构的，应向参保地医保经办机构申请办理变更手续。

参保人员在选定的门特定点医疗机构就医时，发生符合门诊药品目录、诊疗项目和服务设施范围的医疗费用，纳入医保基金支付范围。

第四章 异地就医管理

第十四条 参保人员在本市以外的境内其他地区的定点医疗机构就医行为，统称异地就医。下列参保人员可按规定办理异地就医：

(一)异地安置退休人员:指退休后在异地定居并且户籍迁入定居地的人员。

(二)异地长期居住人员:指近期拟在或已在异地同一地区连续居住生活半年以上的人员。

(三)常驻异地工作人员:指用人单位派驻异地连续工作半年以上的人员。在校学生寒暑假、因病休学期间，回到户籍所在地，以及在异地分校学习、实习期间，比同常驻异地工作人员，且不受半年以上的时间条件限制。

(四)异地转诊人员：是指符合下列转诊转院规定的人员：

1.经本市二级以上（含二级）定点医疗机构确认需要转诊异地治疗的人员。参保人员因病情需要继续在异地进行后续住院治疗或因病情需要转诊至其他统筹区医疗机构继续治疗的人员。

2.已办理异地就医备案的参保人员，因病情需要，经备案地二级以上（含二级）定点医疗机构确认需转往其他统筹区定点医

疗机构住院治疗的人员。

(五)临时异地就医人员:指因紧急救治和抢救需要,在参保地以外医疗机构接受紧急诊疗的人员,以及其他符合参保地规定的异地就医人员。

第十五条 参保人员办理异地就医人员备案手续,可通过线上或线下方式向参保地医疗保障经办机构申办。线下备案应经过医保经办部门办事窗口进行备案;线上备案可选择“国家医保服务”APP、“粤省事”小程序、“粤医保”小程序或电话(传真)等方式进行备案。符合规定的,医疗保障经办机构受理后1个工作日内办结。异地就医备案有效期开始后,可享受异地就医待遇。

参保人员属于异地转诊备案的,可在转入医疗机构接诊5个工作日内,且出院之前向参保地经办机构按转诊规定办理备案登记;属于临时异地就医的,可在入院10日内,且出院之前向参保地经办机构申请补办备案手续。出院结算后不允许补办备案。

异地就医待遇生效后,办理异地安置退休、异地长期居住或常驻异地工作就医备案手续的参保人员,在梅州市内定点医疗机构就医产生的费用按异地就医的有关规定执行。

第十六条 参保人员办理异地就医备案应提供如下资料:

- (一)广东省异地就医备案登记表;
- (二)参保人员医疗保险凭证或有效身份证件;

（三）居住证、工作合同或其他相应材料或个人承诺书。

异地转诊人员还需提供《梅州市基本医疗保险市外转诊申请表》（见附件 3）等转诊相关材料；临时异地就医人员需提供急诊证明或入院记录等相关资料。

第十七条 参保人员已办理异地就医备案的，在异地联网结算医疗机构发生符合规定的住院医疗费用，可按相关规定记账结算。

参保人员已办理异地就医备案，因医保信息系统异常等客观原因未能记账结算的，符合规定的医疗费用，可由参保人员垫付医疗费后，持相关资料向相应医疗保障经办机构办理零星医疗费报销。

第十八条 城镇职工医保的参保人员已办理异地安置退休、异地长期居住或常驻异地工作就医备案的，住院起付标准和报销比例参照市内就医标准，职工补充医疗保险报销比例为 90%；已办理异地转诊或临时异地就医备案的，住院起付标准参照市内就医标准，报销比例相应降低 5%，职工补充医疗保险报销比例为 85%；自行前往梅州市外医疗保险定点医疗机构就医，未按本市规定办理备案的，住院起付标准为 1600 元，报销比例相应降低 5%，职工补充医疗保险报销比例为 85%。

城乡居民医保的参保人员已办理异地就医备案的，住院起付标准参照市内同级医院标准，报销比例为 60%，城乡居民大病保

险起付标准与报销比例参照市内就医报销标准；自行前往梅州市外医疗保险定点医疗机构就医，未按本市规定办理备案的，参保人员城乡居民基本医疗保险住院起付标准为 1600 元，报销比例为 45%，城乡居民大病保险普通人群报销比例为 55%。

第十九条 异地就医备案有效期如下：

(一)异地安置退休人员：长期有效。

(二)异地长期居住人员：根据居住证有效期或个人承诺书确定备案有效期。

(三)常驻异地工作人员：根据派出单位开具的常驻异地工作证明或异地工作单位证明或劳动合同或个人承诺书确定有效期；属于学生的，根据学生证等有关材料确定有效期。

(四)异地转诊人员：备案有效期为 60 天。

(五)临时异地就医人员：当次入院有效。

提供个人承诺书作为备案材料的，备案有效期半年。异地就医备案有效期结束后，异地就医备案自动注销。

第二十条 已办理异地就医备案手续的，有效期内原则上不予变更。因病情治疗需要、迁移新居住地等原因需前往异地就医地以外的其他地区就医的，应重新办理异地就医备案手续；因个人联系方式、选定的非联网结算定点医疗机构发生信息变更的，应及时办理变更手续。

属于以下长期异地就医情形之一的，应向本市医疗保障经办

机构办理异地就医注销手续：

- （一）参保人员工作、学习结束返回本市的；
- （二）原用人单位已办理减员并停止为参保人员参保缴费的；
- （三）因情况变化，已不属本市基本医疗保险规定异地就医范围等情形的。

异地就医备案注销后，参保人员在梅州市内定点医疗机构就医可按市内就医政策享受医疗保险待遇。

第二十一条 异地就医参保人员在异地联网医疗机构发生的属于本市医疗保险基金支付的医疗费用，由异地联网医疗机构直接结算后，按省有关规定由本市医疗保障经办机构审核支付；属于参保人员自负的医疗费用，由参保人员与异地医疗机构结算。

参保人员在异地就医直接结算的支付范围及有关规定（基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等的支付范围）按省有关规定执行。待遇标准（起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊特定病种范围等）按本市医疗保险政策规定执行。

第五章 零星医疗费报销管理

第二十二条 零星医疗费报销范围包括以下基本医疗费用：

- （一）因待遇追溯、基本医疗保险系统故障、涉及第三人责任等原因未能在定点医疗机构直接结算的医疗保险费用；
- （二）参保人员在非定点医疗机构产生因病情危重的急诊和

抢救符合基本医疗保险报销的医疗费用；

（三）其他符合基本医疗保险政策规定的医疗费用。

第二十三条 参保人员办理零星医疗费报销时，应当按规定提交医疗保险凭证或有效身份证件、医院医疗费用收费票据、费用清单、银行账号等相应材料。因第三人责任等特殊情形需要提供的其他资料，医疗保障经办机构应当向社会公布。

加快建立零星报销信息协办机制，由定点医疗机构、医疗保障经办机构直接通过国家医疗保障信息平台对零星医疗费进行结算。

第二十四条 参保人员办理定点医疗机构发生的费用报销时，其医疗机构级别以当地医保行政部门确认的级别为准；非定点医疗机构的，以当地卫生健康行政部门确认的级别为准。

第二十五条 参保人员应当自医疗费用票据上显示的诊疗截止日期起 1 年内向参保地医疗保障经办机构办理零星医疗费报销手续，因不可抗力或存在法律纠纷等特殊情况的除外。

第二十六条 医疗保障经办机构对参保人员申报符合规定的医疗费用，按规定审核后，应当由医疗保险基金支付的医疗费用，在 20 个工作日内拨付给参保人员，原则上通过社保卡服务银行拨付到参保人员医疗保险凭证中的个人银行结算账户。需进一步核实的，申报医疗费审核拨付时间可适当延长，但最长不超过 60 个工作日。

第六章 附则

第二十七条 参保人员委托他人代理本办法规定的各项业务的，需依法办理委托手续。

第二十八条 城镇职工补充医疗保险、城乡居民大病保险和医疗救助的就医管理参照本办法执行。

第二十九条 本办法自 2022 年 2 月 1 日起施行，有效期 3 年。以前规定与本办法不一致的，以本办法为准。执行期间，如遇国家、省政策调整，按国家、省政策执行。

附件：1.广东省异地就医备案登记表

2.个人承诺书

3.梅州市基本医疗保险市外转诊申请表

附件 1

广东省异地就医备案登记表

备案编号:

姓名		性别		险种	1. 职工医保 ☐ 2. 城乡居民医保 ☐ 3. 社会基本医保 ☐
人员类别	1. 异地安置退休人员 ☐ 2. 异地长期居住人员 ☐ 3. 常驻异地工作人员 ☐ 4. 异地转诊人员 ☐ 5. 临时异地就医人员 ☐	登记类别		新增 ☐ 变更 ☐	
社会保障号码		社会保障卡卡号 (可选)			
参保地 家庭住址		异地联系地址			
联系电话 1		联系电话 2			
转往省 (区、市)		地区 (市、州)		县(区)	
温馨提示 1. 省内异地就医执行广东省目录、参保地起付线封顶线及支付比例; 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, 属于正常现象。 2. 办理备案时直接备案到就医地市或省份。参保人员根据病情、居住地、交通等情况, 自主选择就医地开通的省内(跨省)定点医疗机构住院就医。 3. 到北京、天津、上海、重庆、海南、西藏和新疆兵团就医, 备案到就医省份即可。 4. 未按规定办理登记备案手续, 或在就医地非省内(跨省)定点医疗机构发生的医疗费用, 按参保地现有规定办理。					
备注:					
本人 (被委托人) 签名		填表日期			
以下内容由参保地经办机构填写					
异地就医证明 材料类型	☐ 1. 安置地身份证; ☐ 4. 单位提供证明; ☐ 7. 其他。 ☐ 2. 安置地户口簿; ☐ 5. 学生身份证明; ☐ 3. 居住证; ☐ 6. 转诊材料;				
备案有效期	☐ 1. 长期有效 ☐ 2. 参保缴费年度内有效 ☐ 3. 有效起止时间: ----年----月----日至----年----月----日				

经办机构:

联系电话:

经办人:

经办日期:

附件 2

个人承诺书

本人_____（身份证件号码：_____），
办理_____业务。因个人原因无法提供
证明，本人保证符合此业务办理条件，所述信息真实、准确、完
整、有效，由此产生的一切法律责任均由本人承担。

联系电话：

通讯地址：

承诺人（签名、指印）：

年 月 日

附件 3

梅州市基本医疗保险市外转诊申请表

参保人姓名		身份证号码		联系电话		险种	1. 职工医保 ☐
亲属姓名		身份证号码		与参保人关系			2. 居民医保 ☐
转出医院及科室			转入医院名称				
预计市外就医时间	年 月 日 至 年 月 日						
病情摘要:							
转诊原因:							
主治医师签名:		科主任签名:		年 月 日			
参保人(或亲属)意见:		转出医院医务科意见:		医保经办机构意见:			
签名:		签名:		签名:			
年 月 日		(盖章) 年 月 日		(盖章) 年 月 日			

注: 1、此表仅限参保人转出梅州市范围外就医时使用, 需在梅州市二级(含二级)定点医疗机构办理; 如已办理异地就医备案人员转出备案地范围外就医时使用, 需由备案地定点医疗机构填写。

2、转出医院医务科出具意见后, 参保人应及时将此表送交参保地医保中心审核。否则, 会影响费用的结算报销。

3、市外就医时间最长为 60 天, 特殊情况超过 60 天的, 须提供住院病情简介, 向参保地医保中心申请延期。

4、转入异地联网结算医院就医的, 参保人应告知转入医院已办理转诊手续。

5、急危重病人可先行转诊, 但应在 5 个工作日内补办转诊手续。

6、此表一式二份, 医保中心、参保人各一份。

公开方式：主动公开

抄送：省医疗保障局，正勇、王晖、金銮、运全、伶俐，陈亮、黄伟华、黄伟华同志。

梅州市医疗保障局办公室

2021年12月31日印发
