**成都市劳动和社会保障局关于印发 《成都市基本医疗保险**

**异地就医管理办法》的通知**

成劳社办〔2008〕479号

各区（市）县劳动和社会保障（人事和劳动社会保障）局，市级各有关单位：

现将《成都市基本医疗保险异地就医管理办法》印发给你们，请遵照执行。

附件：成都市基本医疗保险异地就医管理办法

二OO八年十二月二十六日

成都市基本医疗保险异地就医管理办法

第一条 为保障参保人员基本医疗，规范异地就医管理，根据《成都市城镇职工基本医疗保险办法》（以下简称《办法》）和《成都市城乡居民基本医疗保险暂行办法》（以下简称《暂行办法》）的规定，制定本办法。

第二条 异地就医按驻外时间的不同分为长期和短期驻外的本市基本医疗保险参保人员。长期驻外人员是指在异地居住、工作或学习6个月以上（不含本数，下同）的参保人员。短期驻外人员是指因公出差、学习、进修、考察和探亲等原因在异地暂住6个月以内（含本数，下同）的参保人员。

第三条 成都市基本医疗保险统筹基金支付的异地就医费用包括：

（一）长期驻外人员在异地就医登记有效期内因病在本市行政区域以外（不含国外和港、澳、台地区，下同）医疗机构的住院医疗费用、门诊特殊疾病、门诊抢救无效死亡的医疗费用；

（二）短期驻外人员因突发疾病进行急救或抢救发生的在本市行政区域以外医疗机构的住院医疗费用、在门诊抢救无效死亡发生的门诊费用。

第四条 异地就医的审核及医疗费结算，按《办法》和《暂行办法》规定的支付范围、支付标准和目录执行。

第五条 用人单位为长期驻外参保人员申报异地就医，应在基本医疗保险关系所属医疗保险经办机构办理事前核准登记手续。办理时，单位应提供下列材料：

（一）《成都市基本医疗保险参保人员异地就医申报表》；

（二）驻外分支机构的单位组织机构代码证或税务登记证复印件（须加盖单位公章）；无驻外分支机构组织机构代码证和税务登记证的单位应提供书面情况说明和异地购房合同、租房、租柜协议复印件（须加盖单位公章）等辅助证明材料;属劳务派遣性质的单位，派遣方与用工方签订的派遣协议中明确了工作地点的，应提供派遣协议复印件（须加盖单位公章），没有明确工作地点的，应由用工方出具异地工作的书面证明（须加盖单位公章）。

第六条 长期异地居住的退休人员申报异地就医，应在基本医疗保险关系所属医疗保险经办机构办理事前核准登记手续。办理时，个人或单位应提供下列材料：

（一）《成都市基本医疗保险参保人员异地就医申报表》;

（二）非本市户籍退休人员，应提供下列任一证明材料：异地的户籍复印件、当地公安机关出具的长住证明原件、暂住证复印件；本市户籍退休人员，应提供当地公安机关出具的长住证明原件或暂住证复印件；

（三）申请人身份证复印件，委托他人办理的还应出具受委托人身份证复印件。

第七条 长期驻外工程施工、工作流动性强的大、中型企业为职工申报异地就医，应在基本医疗保险关系所属医疗保险经办机构办理事前核准登记手续。办理时，单位应提供下列材料：

（一）《基本医疗保险参保人员异地就医申报名册表》（须加盖单位公章）；

（二）单位驻外工程施工情况说明或其他有效证明材料复印件（须加盖单位公章）。

第八条 长期在本市行政区域外务工或经商的城乡居民异地就医实行事后审核的管理方式。在个人结算医疗费用时须提供劳动合同复印件（加盖单位公章）或个体经商的经营许可证复印件（加盖单位公章）等就业证明材料。

第九条 参加城乡居民基本医疗保险的原户籍不在成都市的在校大学生，在国家规定的寒、暑假期间在原户籍所属市、州行政区域内基本医疗保险定点医疗机构发生的住院医疗费用基本医疗保险统筹基金予以支付，其异地就医实行事后审核的管理方式。在结算医疗费用时应提供寒、暑假开始和结束时间证明（加盖学校公章）、原户籍复印件等资料。

第十条 办理异地就医核准登记手续后，自生效之日起至注销之日期间，异地就医发生的医疗费用按相关规定予以报销，在本市定点医疗机构持卡就医即行中止，医疗费用不予报销。但因突发疾病在本市定点医疗机构进行急救或抢救发生的住院医疗费用、抢救无效死亡的门诊医疗费用，由参保人员垫付后可到基本医疗保险关系所属医疗保险经办机构报销。异地就医登记生效开始时间为医疗保险经办机构受理申请后核准登记当日，异地就医结束时间为医疗保险经办机构受理申请后核准注销当日。

第十一条 长期驻外人员自核准登记生效之日起6个月以内不得注销异地就医登记。但长期驻外的在职职工在异地就医登记有效期内，因工作调动，单位出具有效证明材料并重新填报《成都市基本医疗保险参保人员异地就医申报表》或《基本医疗保险参保人员异地就医申报名册表》后，可变更异地工作地。

第十二条 长期驻外人员返回本市长期工作或居住的，应按规定注销异地就医登记，自注销登记生效之日起，在本市定点医疗机构持卡就医即行恢复。办理异地就医注销手续，须填写《成都市基本医疗保险参保人员注销异地就医申报表》，送医疗保险经办机构核准注销。

第十三条 长期驻外人员异地就医应选择工作地或居住地所属市、州行政区域内的基本医疗保险定点医疗机构治疗。确因技术或设备条件限制，工作地或居住地的定点医疗机构不能诊治的疑难病症人员，经县级及县级以上定点医疗机构提出市外转诊证明或建议后，可在工作地或居住地市、州以外选择一所定点医疗机构治疗。在报销异地发生的医疗费用时，应出具有效的市外转诊证明，统筹基金起付标准按我市《办法》和《暂行办法》中市外转诊的规定执行。

第十四条 异地就医发生的医疗费由个人全额垫付，自出院之日起3个月以内（特殊情况不超过12个月），单位参保人员由单位经办人、个体参保人员由个人与其参保关系所属医疗保险经办机构按照相关规定办理费用结算。

第十五条 长期驻外人员中的特殊疾病患者可在工作地或 居住地基本医疗保险定点医疗机构中确定一所进行门诊特殊疾病治疗。门诊特殊疾病实行事后审核和结算医疗费用。申请病种、审核期的起止时间、诊疗项目和药品范围、费用结算由基本医疗保险关系所属的医疗保险经办机构按照《成都市基本医疗保险门诊特殊疾病管理办法》规定执行。

第十六条 医疗保险经办机构在办理驻外人员医疗费用结算时，应对提供资料的真实性进行核实，发现疑问时，参保人员应积极配合医疗保险经办机构调查核实。

第十七条 本办法自2009年1月1日起施行，原《成都市劳动和社会保障局关于成都市基本医疗保险参保人员异地就医有关问题的通知》（成劳社发〔2007〕5号）同时废止。本市过去制定的相关规定与本办法不一致的，以本办法为准。施行过程中的有关问题由市劳动和社会保障局负责解释。