# 昌都市住院报销政策及流程告知书

尊敬的参保人员：

您好！您如需在异地医保定点医疗机构住院，在符合医保规定的情况下，可申请办理异地就医备案。备案成功后，在医疗机构的住院费用可直接结算。为尽可能使您在异地就医便捷顺利，请仔细阅读以下结算政策及备案流程：

一、办理登记备案

（一）办理备案平台

1、微信公众号：昌都市医疗保障微信公众号。

2、手机APP：国家医保服务平台。

3、线下服务窗口（地址）：昌都市卡若区澜沧江8号康巴商贸大厦B座1楼医保服务中心经办大厅窗口；昌都市农业农村局旁三级政务服务大厅2楼医保专区；各县（区）医保局服务窗口（参保人需在参保地医保经办机构进行备案）。

4、电话备案：拨打服务热线。

（二）备案材料

参保人身份证信息。

（三）备案流程

1.微信公众号备案：昌都医疗保障→医保服务→业务办理→异地就医备案。

2.手机APP备案：国家医保服务平台→地方专区→西藏自治区医保公共服务平台→业务办理→我要办→异地就医备案。

3.窗口备案：委托人或参保人员持备案材料即可办理。

4.电话备案（政策咨询）：昌都市：0895-4980183；卡若区：0895-4822778；江达县：0895-4517879；贡觉县：0895-4533312；类乌齐县：0895-4505882；丁青县：0895-4593576；察雅县：0895-4603211；八宿县：0895-4562524；左贡县：0895-4556671；芒康县：0895-4545881；洛隆县：0895-4572451；边坝县：0895-4585300。

（工作日，上午9:30-13:00 下午15:30-18:00）

（四）备案时限、变更或终止

异地出院结算前随时进行备案，可在就医地各级联网医院多次住院。参保人员因就医需要变更备案信息的，可随时打电话或现场进行变更。备案开始日期至少在就医时提前3天。

二、异地就医结算

（一）如何就医

已办理跨省异地就医费用直接结算备案的参保人员，可在备案的就医地选择已开通住院相关治疗费用跨省直接结算的定点医疗机构就诊，并直接刷社保卡或医保电子凭证结算。

（二）就医直接结算待遇（结算报销标准、封顶线）

1、参保职工跨省结算待遇

符合“三个目录”的医疗费用，统筹基金支付比例为93%-98%。城镇职工基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额为60万元（与门诊特殊病医疗费用合并计算）。

2、参保居民跨省结算待遇

符合“三个目录”的医疗费用，统筹基金支付比例为60%-90%（参保人员在统筹区内跨县域之间就医报销比例较县域内报销比例降低5%；参保人员统筹区外就医报销比例较统筹区域内各级定点医疗机构报销比例降低10%）。城乡居民基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额为6万元（与门诊特殊病医疗费用合并计算）。

三、申请手工报销

存在符合医保规定的原因，在异地就诊时，未能直接刷卡结算，可持相关材料，回参保地进行手工报销。

（一）报销时限

不超过30个工作日

（二）报销方式

手工（零星）报销

（三）报销材料

1、医保电子凭证或有效身份证件或社保卡

2、医院收费票据

3、住院费用清单

4、诊断或出院证明

（四）报销标准

1、参保职工报销标准

城镇职工基本医疗保险参保人员住院治疗产生的符合基本医疗保险规定的医疗费用，统筹基金支付比例为93%-98%。

1. 参保居民报销标准

城乡居民基本医疗保险参保人员住院治疗产生的符合基本医疗保险规定的医疗费用，统筹基金支付比例为60%-90%。

四、**温馨提示**

什么情况下医疗费不予报销

1.在非医疗保险定点医疗机构发生的医疗费用；

2.应当从工伤保险基金中支付的；

3.应当由第三人负担的；

4.应当由公共卫生负担的；

5.在境外就医的。

昌都市医疗保障局

2023年1月29日