昌都市住院费用报销流程图（住院）

不予报销医疗费用：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。

报销时限不超过30个工作日

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%。

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%。

异地就医备案完成后持本人社保卡或医保电子凭证进行结算（异地结算遵循“就医地目录、参保地政策”）

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）。

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）。

需提供报销材料：医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；住院发票；住院费用清单；

诊断或出院证明

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。

异地就医结算

备案平台：微信公众号（昌都市医疗保障微信公众号）；线下服务窗口（全市各级医保局服务窗口）；电话备案（拨打全市各级医保局服务热线）

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。

参保人

手工（零星）报销