楚雄州医疗保险就医管理规定

第一章 总则

第一条 为规范参保患者就医管理和医保经办服务，保证医疗保险工作有序开展，依据国家、省、州医疗保险相关政策，制定本规定。

第二条 本规定适用于楚雄州城镇职工和城乡居民医疗保险参保人员。

第二章 统筹区域内住院管理

第三条 统筹区域内住院是指参保人员在本人参保的医保经办机构管辖范围内的医保协议定点医疗机构因病住院的行为。

第四条 参保人员需要住院治疗的，凭本人社会保障卡及其他身份证明材料办理入院手续。

第五条 因社会保障卡遗失、损坏等补办尚未领到新卡的参保人员，需要住院治疗的，持医保协议定点医疗机构住院证到医保经办机构备案，经医保经办机构核实，待社会保障卡补办之后住院费用方可按医保方式结算。

第六条 医保协议定点医疗机构负责核实参保住院患者身份，杜绝冒名住院、挂床住院，并按日向住院的参保人员提供医疗费明细清单或费用查询服务。

第七条 医保协议定点医疗机构应当及时为住院患者办理入院登记和出院结算手续，并在24小时内做好入院备案信息上传和出院结算，急诊抢救病人的入院备案登记可延至72小时。

医保协议定点医疗机构必须每日及时、准确上传参保住院患者处方明细，多传、误传或处方明细与医嘱不一致的，相关费用医保基金不予支付。

第八条 医保协议定点医疗机构要加强在院患者管理，参保患者外出须办理请假手续，并经科室负责人许可。医保经办机构现场检查同一次住院期间两次无故不在院的，视为挂床住院，相关医疗费用医保基金不予支付。

第三章 转诊转院管理

第九条 参保人员因所患疾病不能确诊或当地医疗条件限制，需要转往参保地或选定就医医保协议定点医疗机构以外其他医疗机构住院、特殊疾病门诊就医和检查检验等，应按规定办理转诊转院备案手续。

第十条 转诊转院分为统筹区域内转诊转院和统筹区域外转诊转院。

统筹区域内转诊转院是指在楚雄州行政区域内不同等级的医保协议定点医疗机构之间的转入转出，主要包括各县市行政区域内医保协议定点医疗机构的转入转出和各县市间、各县市与州级协议定点医疗机构之间的转入转出。

统筹区域外转诊转院是指转往楚雄州行政区域以外的医保协议定点医疗机构就医，包括转往省级医保定点医疗机构和省外医保定点医疗机构（不包括境外地区）。

第十一条 符合转诊转院条件的，坚持逐级转院的原则，按以下程序办理备案手续：

（一）由就诊医保协议定点医疗机构临床科室医师根据参保患者病情及本级医院医疗条件，经科室负责人或院领导批准，提出转诊转院意见，出具转诊转院证明。

（二）就诊医保协议定点医疗机构医保办公室根据临床科室转诊转院意见，审核无误后，按照参保患者类别及时在本院医保信息系统录入转诊转院信息，开通医保系统即时结算权限，参保人员无须再到医保经办机构审批盖章。

（三）转往州内医保协议定点医疗机构就医的，由下一级接诊医保协议定点医疗机构提出申请，医院医保办公室审核后在医保信息系统办理院内审批备案手续；转往州外或省外医保协议定点医疗机构就医的，由州内三级医院提出转诊转院意见，并在各自医保信息系统为参保人员办理转诊转院手续开通医保异地就医联网结算。各县市根据管理情况，需要开通本县市医保协议二级定点医疗机构直接转往州外就医备案权限的，由各县市提出申请下放，但转外就医费用管控责任由县市承担，发生的医疗费用计入本县市年度支出计划。

（四）参保患者因病情危重先行转往州内医保协议定点医疗机构就医的，可由提出转诊转院的医保协议定点医疗机构按照上述流程，在5日内为患者办理转诊转院备案登记；也可由转入的上一级医保协议定点医疗机构医保办公室，根据接诊医师出具的急诊抢救、病危通知等病情危重证明在院内医保系统为患者直接办理转诊转院备案手续，开通医保系统即时结算权限。

第十二条 参保患者从转出到转入时间超过15日的，该次转诊转院备案失效。仍要继续转往的，须再次按照第十一条规定程序办理，且按再次住院重新计算起付线。

第十三条 转诊转院结合分级诊疗规定，遵循逐级转院的原则。除急危重病人外，按下列规定坚持自下而上逐级转院：

（一）职工医保住院、特殊疾病慢性病门诊和城乡医保特殊疾病。符合分级诊疗规定并按照第十一条规定程序办理转诊转院的职工医保住院、特殊疾病慢性病门诊和城乡医保特殊疾病门诊，统筹区内跨参保地的医疗费用报销比例在相应的标准基础上降低5%，统筹区外医疗费用报销比例在相应的标准基础上降低10%。

（二）职工医保住院、特殊疾病慢性病门诊。不符合分级诊疗规定或未按照第十一条规定程序办理，自行转诊转院的，统筹区内医疗费用报销比例在相应的标准基础上降低10%，统筹区外医疗费用报销比例在相应的标准基础上降低20%。

（三）城乡医保住院。不符合分级诊疗规定或未按照第十一条规定程序办理，自行转诊转院的，统筹区内医疗费用报销比例在相应的标准基础上降低5%，统筹区外医疗费用报销比例在相应的标准基础上降低10%。

（四）城乡医保特殊疾病、慢性病门诊。不符合分级诊疗规定或未按照第十一条规定程序办理，自行转诊转院的，特殊疾病门诊统筹区内医疗费用报销比例在相应的标准基础上降低10%，统筹区外医疗费用报销比例在相应的标准基础上降低15%，慢性病门诊医疗费用报销比例在相应的标准基础上降低10%。

第十四条 经备案批准转外就医期间，需再次转诊转院的，须按照第十一条规定的程序再次办理相关手续。

第十五条 住院期间因住院定点医疗机构条件限制到其他医保协议定点医疗机构进行相关检查检验的，住院医院出具的转诊证明需注明具体转诊项目。统筹区域内转诊后的批准费用并入转诊患者住院费用一并结算；统筹区域外转诊后的批准费用由转诊患者单独向参保地医保经办机构申请报销，申请报销时除医疗费用发票原件外须附相应的检查检验报告单或门诊收费清单。

第十六条 因特殊原因，参保人员未能在医保协议定点医疗机构办理转诊转院手续的，可持转院证明到参保地医保经办机构办理，或将转院证明传真至参保地医保经办机构，电话办理转诊转院备案，开通医保结算。

第十七条 符合规定办理转院住院的，按住院医院级别就高计算住院起付线。由低级别医院转入高级别医院的，按高级别医院的起付线补差。由高级别医院转入低级别医院的，按高级别医院的起付线执行，低级别医院不再重复计算起付线。

第十八条 转院住院的医疗费用可用社会保障卡直接结算的应在就诊医院直接结算，不能直接结算的由参保患者全额垫付后向参保地医保经办机构申请报销。

第十九条 城镇职工医保、城乡居民医保尿毒症及重性精神病患者医疗待遇和报销比例按相关规定执行。

参统离休干部，参加城镇职工基本医疗保险的70岁以上老年人、医疗照顾人员、建国初期参加工作的退休干部医疗保险待遇和医疗费用报销比例不变。

第四章 驻外人员异地就医管理

第二十条 驻外人员是指因退休迁居、派出工作、外出务工等原因，一定期间在参保地以外地区生活居住或工作的参保人员。

异地就医是指，上述人员因疾病在参保地以外（不含境外地区）的医保协议定点医疗机构发生医疗费用的行为。

驻外时间分为长期驻外和短期驻外。长期驻外人员是指在参保地以外居住、工作或学习等6个月以上（不含6个月）的参保人员；短期驻外人员是指因公出差、学习、进修、考察、旅游和探亲等原因在参保地以外暂住6个月以内（含6个月）的参保人员。

驻外地点分为统筹区内和统筹区外。统筹区内是指楚雄州以内各县市；统筹区外是指楚雄州以外的地区。

第二十一条 长期驻外人员须在发生驻外情形后及时到参保地医保经办机构办理备案登记手续，方能开通异地就医费用联网结算。办理程序为：

（一）符合办理长期驻外异地就医备案登记的，统一填写《楚雄州异地就医登记备案表》，无需就医地审批盖章。

（二）持备案登记表及第二十二条规定的材料到参保地医保经办机构办理备案登记手续。

第二十二条 办理长期驻外异地就医备案手续时，除按要求填写《楚雄州异地就医登记备案表》外，只需提供就医地居住证明或派出单位、务工单位的相关证明。

第二十三条 办理异地就医备案不需选定具体医院，备案表“医疗机构”栏不用填写医疗机构信息。州内异地就医直接备案至就医地县市，州外省内异地就医备案至就医地州市，跨省异地就医备案至就医地省或州市。

第二十四条 外出农民工和外出就业创业人员（以下简称“两类人员”）已在就医地工作或居住的，填写《楚雄州异地就医登记备案表》，提供就医地居住证明或派出单位、务工单位的相关证明办理异地就医备案。拟赴异地工作的两类人员，在办理备案时，改事前审查制为承诺补充制，即允许两类人员先在参保地备案，并承诺在就医地取得相关资料后及时补充，确保两类人员在离开参保地前能及时备案。

第二十五条 长期驻外人员就医备案登记手续一经办理，异地就医联网结算权限开通，参保地内持卡就医结算权限自动暂时关闭。

第二十六条 长期驻外人员自异地就医备案登记生效之日起，无特殊原因6个月内不得注销或变更。

第二十七条 有下列情形之一的，参保人员或用人单位应按第二十一条规定的程序和凭第二十二条规定的资料及时到参保地医保经办机构办理变更手续：

（一）居住地发生变化，超出原备案登记的居住地范围的；

（二）工作或务工地点发生变化，超出原备案登记的工作或务工地点范围的；

（三）其它符合变更条件的。

第二十八条 长期驻外人员有下列情形之一的，个人或用人单位应凭相关证明材料，及时到参保地医保经办机构填写《楚雄州医疗保险异地就医备案注销/变更登记表》，并办理注销手续：

（一）返回参保地长期居住或工作的；

（二）学习结束返回参保地的；

（三）变更参保单位的；

（四）符合其它办理注销手续的。

自注销登记生效之日起，参保人员在参保统筹区内协议定点医疗机构持卡就医结算权限即行恢复。

第二十九条 长期驻外人员需要到备案就医地以外地区或医疗机构就医的，按转诊转院相关规定办理。

第三十条 短期驻外人员需要办理异地就医备案的，不需填写《楚雄州异地就医登记备案表》，向参保地医保经办机构提出书面申请，办理备案登记，开通医保信息系统异地就医联网结算。

第三十一条 需要临时开通异地联网结算的，按转诊转院相关规定办理。病情急危重符合急诊抢救规定的门诊抢救费用和急诊住院费用，按急诊抢救的管理规定办理，报销比例按第十三条第（一）款规定执行。

未办理备案登记手续，或者其他应回统筹区域内医保协议定点医疗机构就医的非急危重症疾病，医疗费用报销比例区分参保人员类别分别按第十三条第（二）、（三）、（四）款相应规定执行。

第五章 非自然疾病住院管理

第三十二条 非自然疾病住院是指参保人员非自身身体原因，由外来因素造成身体损害而发生的住院治疗。

第三十三条 因非自然疾病在统筹区内医保协议定点医疗机构住院的，须如实填写《楚雄州医疗保险非自然疾病住院备案表》，由参保人对非自然疾病发生的时间、地点、原因、事件详细经过等的真实性作出书面承诺，在3个工作日内持《楚雄州医疗保险非自然疾病住院备案表》和个人承诺书到就诊医院医保办备案。

参保人无行为能力的，可由亲属代为履行。

第三十四条 就诊医院负责核实本次非自然疾病发生的详细经过、患者承诺与首诊病历记录是否一致，核实一致的由医院审批备案，并将备案信息及时录入医保系统，本次住院费用方可按医保方式结算。需进一步核查的，医院可向医保经办机构提出核查申请。

第三十五条 《楚雄州医疗保险非自然疾病住院备案表》、医院住院病历必须完整记录非自然疾病发生的时间、地点、事件详细经过，记录不一致的，相关医疗费用医保基金不予支付。

第三十六条 因非自然疾病在统筹区外医保协议定点医疗机构住院的，住院终结后由个人全额垫付医疗费用，持承诺书和本次加盖医院印章的住院病历复印件及其他资料到参保地申请报销。

第三十七条 因非自然疾病在异地医保协议定点医疗机构发生的医疗费用，符合急诊抢救或转诊转院的，按相关规定办理。

第六章 零星报销管理

第三十八条 未能实现在医保协议定点医疗机构直接用社会保障卡结算的医疗费用，符合楚雄州医疗保险相关规定的，可到参保地医保经办机构申请零星报销。

第三十九条 申请零星报销应当提供以下材料原件：

（一）医疗费用发票；

（二）出院证明或死亡证明（出院证明遗失的可提供医院盖章的住院病案首页复印件）；

（三）住院费用汇总清单或门诊处方、检查化验报告单和治疗费用明细。

如已先在其他保险或第三方报销过医疗费用的，到医保经办机构报销时，上述资料可提供原件留存部门加盖印章的复印件。如因参保人个人原因造成医疗费用发票遗失或损毁无法提供原件的，可提供由加盖医院印章或医院财务章的医疗费用发票存根联复印件，同时由本人做出本次无法提供发票原件的医疗费用未在其他保险和第三方报销过的书面承诺。

第四十条 视费用审核需提供的其它资料：

（一）住院病历首页复印件；

（二）交通事故认定、调解、法院判决等法律文书；

（三）第三方报销支付的相关凭证；

（四）工伤鉴定或伤残等级鉴定；

（五）病情诊断证明书或病历本等有病情记录的相关资料；

（六）急诊抢救记录或病危通知书；

（七）身份证复印件。

以上资料提供复印件的，除身份证复印件外，须由原件留存部门在每页复印件上加盖印章。部分可实行参保人员承诺制的证明资料，由参保人或受托人对应确认事项的真实性做出书面承诺，经办机构不再索要相关部门的证明资料。

第四十一条 零星报销时，医用耗材在医疗费用清单和处方中未标明国产或进口（合资）类别的，一律按进口（合资）材料处理。

第四十二条 长期驻省外的城镇职工医保参保人员，在医保协议定点医药机构门诊就诊或购药未实现持卡联网结算，且符合楚雄州医疗保险个人账户支付范围的费用，可凭发票原件到参保地医保经办机构申请用本人个人账户基金抵扣报销。

第四十三条 自收到完整齐全的零星报销资料之日起，30日内完成费用审核拨付。需进一步核查的，可延期30日。

第七章 附则

第四十四条 符合楚雄州重大疾病医疗待遇保障政策规定的病种，可持社会保障卡按相关政策在医保协议定点医疗机构直接结算；因特殊原因未能在医保协议定点医疗机构直接结算的，先按普通规定报销比例结算，符合规定的再回参保地医保经办机构申请二次报销相应待遇。

第四十五条 参保人员原则上不得重复参加城镇职工医疗保险或城乡居民医疗保险。如有重复参保或医疗保险待遇保障期重合的，一个自然年度内只能享受一种医疗保险待遇。

第四十六条 在云南省行政区域外的医保定点医疗机构发生的医疗费用，符合楚雄州城镇职工、城乡居民医疗保险支付范围的，按楚雄州医疗保险相关规定审核支付。

第四十七条 城镇职工医疗保险、城乡居民医疗保险参保人员急诊抢救医疗费用按原规定执行。

第四十八条 一个自然年度内住院和特殊疾病、慢性病医疗费用原则上在当年内申请报销，无特殊原因次年3月31日后申请报销的，医保经办机构不再受理。

第四十九条 相关单位、组织或参保个人在就医登记、费用结算报销、备案审批等过程中，捏造事实、弄虚作假、隐瞒真实情况等骗取相关医疗保险待遇或造成医疗保险基金损失的，除追索不应由医疗保险基金支付的费用外，依法追究当事人相关法律责任。

第五十条 本通知自2020年8月1日起施行。原相关规定与本通知不一致的，按本通知规定执行。