

兰州市城镇基本医疗保险异地就医管理规定

第一章 总则

第一条 为规范兰州市参保城镇职工和城镇居民异地就医管理，根据《兰州市城镇职工基本医疗保险实施方案》（兰政发〔2001〕11号）、《兰州市城镇职工基本医疗保险就医管理办法》（兰劳发〔2001〕165号）、《兰州市城镇居民基本医疗保险实施细则（试行）》（兰政发〔2007〕71号）、《兰州市人民政府关于进一步调整完善我市城镇居民基本医疗保险有关政策的通知》（兰政发〔2009〕140号），制定本规定。

第二章 适用范围

第二条 本规定适用于参保城镇职工和城镇居民因异地安置、转外就医、出差探亲等期间在异地住院治疗。

第三条 异地安置是指参保城镇职工中的在职人员在本市行政区域以外连续工作一年以上或退休人员在异地安家后，办理了异地安置手续，在居住地选定的医疗机构住院治疗。

第四条 转外就医是指参保城镇职工、城镇居民经兰州市医保经办机构确定的医疗机构（见附件1）诊断后，符合下列条件之一，需转往本行政区域外公立医疗机构住院治疗。

（一）多次检查会诊，仍不能明确诊断的疑难病症患者；

（二）因病情需要做某项检查和治疗而兰州市定点医疗机构无此项业务的；

(三) 病情严重有必要转院抢救的患者。

第五条 出差探亲是指参保城镇职工、城镇居民因公外出、探亲、旅游期间等因急诊、急救需住院治疗（急诊、急救病种参考范围见附件 2）。

第三章 申办流程

第六条 参保城镇职工申请异地安置，需填写《兰州市城镇职工基本医疗保险异地安置人员定点医疗机构选定表》（见附件 3），再按《兰州市城镇职工基本医疗保险异地安置申办规程》（见附件 4）中的有关要求办理。

第七条 参保城镇职工和城镇居民原则上不转往本行政区域外公立医疗机构就医，确需转往本行政区域外公立医疗机构就医，由具有转诊资格的医疗机构经办。具体流程：转诊医疗机构检查诊断或治疗后，由经治医师（副高级以上职称）填写《兰州市城镇基本医疗保险参保人员转外就医申请表》（见附件 5），说明转外就医理由，科室主任、分管医保院长逐级审核同意，经该医疗机构医保办登记签章后，患者即可转外就医。

第八条 转外就医审批材料由转诊医疗机构医保办汇总后，携《兰州市城镇基本医疗保险参保人员转外就医申请表》、《兰州市城镇基本医疗保险参保人员*年*月转外就医备案汇总表》（附件 6）及相关检查、诊疗、会诊资料，于每月 25 日至 30 日报市医保经办机构。市医保经办机构组织相关专业医学专家，每月对定点医疗机构上月转外就医情况进行审定，审定结果及时反馈转

诊医疗机构。

第九条 因病情危急等特殊情况未能及时办理转外手续的，须在转外就医后 20 日内按上述程序补办。

第四章 医疗费用审核结算

第十条 参保城镇职工和城镇居民异地住院医疗费用先由本人垫付，治疗结束后凭就诊医疗机构的收费票据、等级证明、费用汇总清单、住院病历复印件（加盖医院公章）、《兰州市基本医疗保险转外就医申请表》（限办理转外就医的参保人员）、《兰州市城镇职工基本医疗保险异地安置人员定点医疗机构选定表》（限办理异地安置人员）以及本人《社会保障卡》到市医保经办机构审核结算。

第十一条 异地住院医疗费用按《甘肃省基本医疗保险工伤保险和生育保险药品目录（2010 年版）》、《甘肃省城镇职工基本医疗保险和生育保险诊疗项目目录（2005 年版）》、《城镇职工基本医疗保险医疗服务设施和支付标准》和《关于城镇居民基本医疗保险儿童用药有关问题的通知》（劳社部发〔2007〕37 号）相关规定审核，符合医保支付范围的医疗费用，按下列类别和比例报销。

（一）异地安置医疗费用。办理异地安置的参保城镇职工，住院医疗费用按兰州市参保城镇职工有关规定报销。

（二）转外就医医疗费用。经批准符合转外就医的，参保城镇职工先个人自付 20%，其余 80%按兰州市医保相关规定报销；

参保城镇居民在兰州市原报销比例段内下浮 5%报销。

（三）出差、探亲等医疗费用。符合急诊急救范围的医疗费用，按城镇职工和城镇居民参保身份根据兰州市医保相关规定报销。

（四）不属于上述三种情况而产生的异地住院医疗费用，原则上不予报销。确因特殊情况，经市医保经办机构审定后，先个人自付 50%，剩余部分按照兰州市三级甲等医疗机构医保报销相关标准、比例给予报销。（同一病种参保年度内仅限报销一次）。

第五章 转诊医疗机构管理

第十二条 转诊医疗机构必须严格根据转外就医条件，及时为符合转诊条件的参保城镇职工和城镇居民办理转外就医手续，未及时转诊造成医疗纠纷或医疗事故的，由医疗机构承担相应的责任。

第十三条 市医保经办机构组织专家审定后，若医疗机构将有能力诊治的病人转出治疗，转出后的报销费用，由市医保经办机构从转出医疗机构月结算相关费用（统筹、公务员补助、大病补助基金）中扣除，并扣除相应日常考核分值，同时，分别扣除转诊经治医师和科室主任定岗医师积分 3 分。

第十四条 转外就医原则上只限转一家三级以上综合（或专科）定点医疗机构，如需转往第二家医疗机构的，需有第一家转入医疗机构出具转诊证明。

第十五条 转外就医治疗时限一般为 1 个月，最长不超过 3

个月。因治疗需要，超过 3 个月的，必须有转入医疗机构出具相关证明。

第十六条 转外就医审批通过后，仅限一次异地住院治疗。

第六章 就医人员管理

第十七条 参保城镇职工和城镇居民办理转外就医手续后，1 月内必须前往异地就医，若超过期限须到转诊医疗机构办理延期手续，延期最长不能超过 3 个月，延期满后仍未转外就医的，须重新办理转诊审批手续。

第十八条 参保城镇职工和城镇居民异地住院医疗费用，应在出院之日起 3 个月内（因就医医疗机构未及时提供报销材料等特殊情况下不超过 12 个月）到市医保经办机构审核报销，逾期不予报销。

第十九条 参保城镇职工异地安置期间《社会保障卡》处于冻结状态，不能在本市定点医疗机构、定点零售药店使用。

第二十条 参保城镇职工和城镇居民异地就医，必须严格执行兰州市城镇基本医疗保险和基金支付范围有关规定。

第二十一条 异地就医参保城镇职工和城镇居民须提供真实有效的报销材料，若查实提供虚假材料，将按《社会保险法》相关规定处理。

第七章 争议处理

第二十二条 市医保经办机构成立由分管局长、相关业务科室负责人、相关医学专家（2 名）、转诊医院医保办负责人、转

诊科室主任、转诊医师组成的异地就医复审小组，负责异地就医转诊、急诊急救病种范围界定等方面的争议处理。

第二十三条 转诊医疗机构、异地就医参保城镇职工和城镇居民对市医保经办机构审定结果如有异议，应在1月内向市医保经办机构提出复审申请。市医保经办机构收到复审相关资料后，提交异地就医复审小组研究讨论，在20个工作日内作出答复，复审结论为最终结果。

第八章 附 则

第二十四条 办理了异地安置的参保城镇职工，在安置地外住院就医的，按照本规定有关条款执行。其中，需转往安置地以外住院就医的，由安置地所选定的最高级别医疗机构出具转外就医证明。

第二十五条 参保大中专院校学生，法定不在校期间等在异地住院医疗费用，参照《关于进一步规范兰州市城镇居民基本医疗保险市级统筹门诊统筹业务经办程序的通知》（兰医保[2013]8号）相关规定执行，其它异地住院就医的按照本规定城镇居民有关条款执行。

第二十六条 本规定执行前符合原政策规定的异地住院医疗费用及其他未尽事宜按原政策执行，符合本规定的异地住院医疗费用结算执行时间以出院日期为准。

第二十七条 本规定自2015年4月1日起执行，有效期为两年。

附件 1

兰州市城镇基本医疗保险转诊医疗机构名单

1. 甘肃省人民医院
2. 兰州大学第一医院
3. 兰州大学第二医院
4. 兰州军区兰州总医院
5. 甘肃省肿瘤医院
6. 甘肃省妇幼保健院
7. 甘肃省中医院
8. 兰州市第一人民医院
9. 兰州市第二人民医院（限肝病）
10. 兰州市第三人民医院（限精神类疾病）
11. 兰州市肺科医院（限传染病）

附件 2

急诊、急救病种参考范围

一、呼吸系统疾病：急性肺炎或急性间质性肺炎、慢性阻塞性肺疾病的急性恶化、张力性气胸、急性哮喘、支气管扩张伴大咯血、肺癌伴大咯血或呼吸困难、肺栓塞；

二、循环系统疾病：急性左心不全、严重心律失常（阵发性室上速、急性房颤及反复发作房颤、心房扑动、完全性房室传导阻滞、室性心动过速、尖端扭转型室速、心室颤动、心脏骤停）、急性心肌梗塞、高血压危象；

三、消化系统疾病：消化道出血（呕血、便血、血便或黑便）、急性阑尾炎、急性胰腺炎、急性腹膜炎、胃十二指肠溃疡急性穿孔、急性肠梗阻、胆囊或胆管穿孔、嵌顿性疝或绞窄性疝、直肠脱垂；

四、代谢疾病：糖尿病酮症酸中毒、低血糖昏迷、高渗性非酮症性昏迷；

五、神经系统疾病：脑出血或蛛网膜下腔出血、急性大面积脑梗塞或脑干梗塞、癫痫（大发作、持续状态）、颅内占位性病变伴发脑疝；

六、泌尿性疾病：急性肾功能衰竭、急性尿潴留；

七、患者生命体征出现危、重、急现象，需急诊抢救治疗的疾病。

附件 3

兰州市城镇职工基本医疗保险 异地安置人员定点医疗机构选定表

姓 名		性 别		年 龄		人 员 类 别		照 片
工作单位								
社会保障卡 号		邮 编		电 话				
安置地详细 地址								医院等级
所 选 定 点 医 疗 机 构 名 称	1							
	2							
	3							
	4							
	5	基层医疗机 构名称						
本人签字： 二〇一 年 月 日				所在单位审核 盖章 经办人： 二〇一 年 月 日				
安置地医疗保险局 审核盖章 经办人： 二〇一 年 月 日				兰州市医保经办机构 审核盖章 经办人： 二〇一 年 月 日				

说明：此表一式三联（单位、参保人员、医保经办机构各一联）

异地安置人员就医告知书

一、参保人员所选定的医疗机构必须是当地医保经办机构确定的定点医疗机构，每位参保人员可选择不同层次的 3—5 家定点医疗机构。异地安置登记从医保经办机构受理申请当日生效（生效之日起 12 个月内不得变更），同时封锁申请人在兰州市的医保待遇。

二、**个人账户：**办理了异地安置的参保人员个人帐户基金于 50 日后自动转入《社会保障卡》的兰州银行帐户，本人持身份证、《社会保障卡》在兰州银行总行激活密码后方可支取。

三、**住院医疗费用结算：**先由本人垫支，治疗结束后携带就诊医疗机构等级证明、住院发票、住院费用汇总清单、住院病历复印件（包括住院病历首页、入院记录、出院记录、手术及麻醉记录、相关检查报告单、长期、临时医嘱单）（以上材料必须加盖医院公章）、《社会保障卡》、本人在建设银行开户的个人储蓄帐户（存折或银行卡）复印件、本人（经办人）身份证复印件、授权委托书，由单位经办人报市医保经办机构按相关规定核报。

四、**因下列情况发生的医疗费用医保基金不予支付。**在所选异地定点医疗机构之外发生的医疗费用；在办理异地安置之前异地发生的医疗费用；不符合入院标准发生的医疗费用；15 日内因同一疾病重复住院的（急诊、急救及特殊情况除外），只核报第一次住院费用；过度治疗、过度检查、不合理用药发生的费用；精神类疾病住院时间原则上最长为 90 天，超过 90 天发生的医疗费用，医保基金不予支付；康复期疾病住院时间原则上最长为 30 天，超过 30 天发生的医疗费用，医保基金不予支付；慢性病后遗症的护理费用；养老性质机构发生的护理及康复费用；出院带药未遵循参保地的相关规定（急性疾病 3—5 天的量，慢性疾病 7—14 天的量），发生的医疗费用；涉嫌造假经查实为伪造病历发生的医疗费用；其他不符合医保政策发生的医疗费用。

本人（经办人）签字：

年 月 日

兰州市城镇职工基本医疗保险异地安置 申办规程

一、申办

（一）申办条件

1. 凡参加我市城镇职工基本医疗保险且需在异地（不含境外及港澳台地区）居住一年以上的退休人员；
2. 在职职工随工作单位需常驻异地工作一年以上。

（二）申办材料

1. 退休职工

（1）《兰州市城镇职工基本医疗保险异地安置人员定点医疗机构选定表》；

（2）安置地户口簿原件及复印件，或安置地派出所出具的居住证明原件及复印件（居住证、暂住证）。

2. 在职职工

（1）参保单位在外地的分支机构营业执照副本复印件。

（2）单位证明。证明中应明确申请人在异地工作岗位、办公地址及联系方式。

（三）申办程序

申请材料齐全后交由参保人员所在单位办理。单位经办人员提供办理异地安置人员的电子数据（报盘）、《兰州市城镇职工基本医疗保险异地安置人员定点医疗机构选定表》于

每月 1-10 日上报医保经办机构审核，审核通过后由医保经办机构将异地相关信息录入系统。异地待遇生效以审批日期为准，同时封锁申请人在兰州市内的医保待遇。

（四）安置地变更

1. 在职职工办理异地安置一年以上，因工作地变动，可以申请取消或变更安置地，由单位经办人员凭相关证明材料办理。

2. 退休人员办理异地安置一年以上迁移新居住地的，参照初次申办的条件和程序办理。

（五）异地安置注销

已申办异地安置人员（一年以上）返回本市行政区域内长期居住和工作的，个人提交书面申请交由单位经办人员到医疗保险经办机构按规定办理注销异地手续，《社会保障卡》次日解封。

二、异地安置参保人员因下列情况发生的医疗费用医保基金不予支付

1. 在安置地非选定的医疗机构发生的医疗费用（急诊、急救除外）。

2. 在办理异地安置手续之前异地发生的医疗费用。

3. 不符合入院标准发生的医疗费用。

4. 过度治疗、过度检查、不合理用药发生的费用。

5. 15 日内因同一疾病重复住院的（急诊、急救及特殊情况除外），只核报第一次住院费用。

6. 精神类疾病住院时间原则上最长为 90 天，超过 90

天发生的医疗费用，医保基金不予支付。

7. 康复期疾病住院时间原则上最长为 30 天，超过 30 天发生的医疗费用，医保基金不予支付。

8. 慢性病后遗症的护理费用。

9. 养老性质机构发生的护理及康复费用。

10. 出院带药未遵循参保地的相关规定（急性疾病 3-5 天的量，慢性疾病 7-14 天的量），发生的医疗费用。

11. 涉嫌造假经查实为伪造病历发生的医疗费用。

12. 其他不符合医保政策发生的医疗费用。

13. 上述情况有争议时，按本办法第七章相关规定处理。

附件5

兰州市城镇基本医疗保险参保人员转外就医申请表

患者姓名		性别		身份证号		职工 ☐ 居民 ☐
患者(代理人) 签名				社会保障卡号	联系电话	
转出医院		转出方式	☐ 住院 ☐ 门诊	住院号		拟转入医院
疾病诊断						
诊疗情况						
转院(诊)理由						
经治医生签名				转出医院意见	医保办签章 年 月 日	
科主任签名						
分管医保院长签名						
市医保经办机构审定意见	签 章 年 月 日			转入医院意见	经审查，确系该患者本人在我院住院治疗。 签 章 年 月 日	

注：1. 诊疗情况必须附相关检查、诊疗、会诊资料等依据；

2. 此表一式三联，转出医疗机构、市医保经办机构和参保人员各一联；

3. 治疗结束后报销时，参保人员一联需有转入医院意见签章。