一、异地就医解读：

异地就医为参保人在其参保地区以外发生的就医行为。在医疗保险范畴内，“异地”指参保人在参保地区以外的其他区域，“就医”则是参保人发生的医疗行为。

二、异地就医情形

异地就医主要分类：

1.是一次性的异地医疗，包括出差、旅游时突发急病，需在当地紧急治疗的情况；

2.是中长期流动、工作岗位不在参保地的人员异地医疗，包括单位在各地的派驻人员、派驻机构在当地的聘用人员，需办理异地就医备案业务，长期在驻地享受医疗报销待遇。

三、异地突发疾病医疗费用报销

若参保人在参保地区以外的其他地区发生的紧急医疗行为，住院费用结算时先行自费，出院后携带相关材料至参保地医保局报销费用。

如不属于急诊急救发生的异地就医住院费用，原则上不予报销。确因特殊情况，经市医保经办机构审定后，按降低30%的比例报销且医疗报销时间不得超过一年。

需提供的材料：

1、本人身份证复印件、医保卡复印件各一张；

2、医院结算发票原件及费用清单原件（加盖公章）；

3、住院全套病例（加盖公章及骑缝章）（包括病案首页、入院记录、手术或诊疗记录、化验报告单）；

四、异地就医备案办理

因长期在外地居住、外派外地工作等可办理此业务，办理成功后可在参保地和备案地均享受医疗保险待遇，报销标准按参保地报销范畴为准。

成功备案后直接在就医医院刷卡结算报销，可在备案地及参保地享受医疗保险待遇。异地就医办理完结的45个工作日后医保卡个人账户金额划转至金融账户中。

备案办理材料：

1.医保卡复印件；

2.身份证复印件；

3.备案申请表一式两份。