

各参保对象：

为切实提高医疗保障政策的知晓度和普及率，让医保政策进入千家万户、惠及广大群众，我们梳理汇总了当前全市（全区）执行的最新医保相关政策，包含参保缴费、医保报销、特殊门诊、异地就医、职工门诊统筹、举报奖励等，敬请大家结合自身需要和实际情况通读或选学，以维护自身合法权益。对于其中不能理解或存在疑问的，请致电广元市昭化区医疗保障事务中心，工作人员将给予您耐心细致的解读解释（咨询电话：0839-8723788、0839-8723111）。

祝您健康幸福！

广元市昭化区医疗保障局

2023年10月

广元市医疗保障局

国家税务总局广元市税务局

2024年度城乡居民基本医疗保险参保缴费 通告

为做好2024年度广元市城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）参保缴费工作，现将有关事项通告如下：

一、参保缴费时间

2023年9月1日-2023年12月31日为2024年度居民医保费集中征缴期。在集中征缴期内参保缴费，医保待遇享受时间为2024年1月1日-2024年12月31日。非集中征缴期也可参保缴费，从参保缴费之日起6个月后享受医保待遇。

二、缴费标准

2024年度居民医保个人缴费标准为每人每年380元。

三、缴费方式

- 银行代扣代缴。与税务部门或银行签订代扣代缴协议，通过批扣缴纳。
- 线上缴费渠道。四川省电子税务局、“四川税务”微信公众号、微信、支付宝、云闪付、银行APP等网上渠道缴纳。
- 线下缴费渠道。通过开通医保业务的银行、邮政、大病保险公司服务点、医保税务服务厅等线下渠道缴纳。

四、特殊群体资助

- 特困供养人员、孤儿和1-2级残疾人全额资助，个人不缴费；
- 低保对象、返贫致贫监测人员资助标准为285元/人/年，个人缴纳95元/人/年；
- 稳定脱贫人口资助标准为95元/人/年，个人缴纳285元/人/年；
- 3-4级残疾人员资助标准为100元/人/年，个人缴纳280元/人/年。

五、温馨提示

（一）首次参保人员凭《户口簿》或《居民身份证》或《居住证明》到户籍地或居住地所在乡镇（街道）便民服务中心医保窗口办理参保登记，自行选择缴费方式进行缴费。

（二）为确保及时享受医保待遇，请广大参保人员在集中征缴期内完成参保缴费。

医保部门咨询电话：市本级：5572321 苍溪县：5221781 旺苍县：4222285 剑阁县：6603299

青川县：7208682 利州区：5572965 昭化区：8723111 朝天区：8622543

税务部门咨询电话：3412366



广元市特殊疾病病种及待遇期

序号	病名	待遇期	序号	病名	待遇期
一 类 疾 病					
1	糖尿病（伴有并发症）	长期	2	消化性溃疡	三年
3	甲状腺功能亢进	三年	4	甲状腺功能减退	长期
5	重度骨质疏松	三年	6	结核病	三年
7	支气管哮喘	长期	8	矽肺（非工伤）	长期
9	慢性阻塞性肺疾病	长期	10	慢性肾炎综合征	长期
11	原发性高血压（伴有靶器官损害）	长期	12	肝硬化代偿期	长期
13	慢性乙型病毒性肝炎	长期	14	肺源性心脏病	长期
15	心脏瓣膜病	长期	16	心房颤动（永久性）	长期
17	心肌病	长期	18	冠状动脉粥样硬化性心脏病	长期
19	癫痫	三年	20	脑血管意外后遗症	三年
21	阿尔兹海默病	长期	22	银屑病	三年
二 类 疾 病					
23	耐多药结核病	三年	24	肺纤维化	长期
25	慢性丙型病毒性肝炎	三年	26	慢性骨髓炎	三年
27	视神经脊髓炎	长期	28	重症肌无力	长期
29	肌萎缩性侧索硬化症	长期	30	帕金森病	长期
31	多发性肌炎和皮肌炎	长期	32	干燥综合征	长期
33	系统性硬化症（硬皮病）	长期	34	系统性红斑狼疮	长期
35	强直性脊柱炎	长期	36	原发性血小板减少性紫癜（急重型）	长期
37	类风湿关节炎	长期	38	地中海贫血（重型）	长期
39	血友病	长期	40	再生障碍性贫血	三年
41	白血病	长期	42	慢性骨髓增殖性疾病（包括原发性血小板增多症、骨髓纤维化、真性红细胞增多症）	长期
43	骨髓增生异常综合症	长期	44	慢性肾功能衰竭	长期
45	肝硬化（失代偿期）	长期	46	器官移植术后抗免疫排斥治疗	长期
47	血管支架植入术后	长期	48	艾滋病机会性感染	长期
49	克罗恩病	长期	50	肝豆状核变性	长期
51	普拉德—威利综合征	长期	52	川崎病	三年
53	儿童苯丙酮尿症	14岁内	54	原发性生长激素缺乏症	18岁内
55	恶性肿瘤	长期	56	精神障碍类疾病（重度抑郁发作、复发性抑郁障碍、躁狂症、双相情感障碍、精神分裂症、偏执性精神障碍、分裂情感性精神障碍、癫痫所致精神障碍、脑外伤所致精神障碍、精神发育迟滞、血管性痴呆）	长期

广元市医疗保障主要政策一览表

(2023年1月1日起执行)

一、职工医保参保缴费(含大病保险、生育保险)						
缴费类别	人员属性	缴费基数	缴费比例		最低缴费年限	补缴政策
			单位	个人		
统账结合	单位在职	职工本人工资总额(≥上年全省全口径城镇单位就业人员平均工资80%)	全额供养7.5%(基本6.5%+大病0.5%+生育0.5%),其他单位7.8%(基本6.5%+大病0.5%+生育0.8%享受津贴)	2%	累计男不少于25年、女不少于20年,市内不少于15年	连续缴纳职工医保费6个月以上,中断职工医保待遇3个月内可以补缴职工医保费,从中断之日起享受待遇;退休时一次性趸缴不足缴费年限费用和补缴“单建统筹”与“统账结合”差额费用,不划个人账户
	灵活就业	上年全省全口径城镇单位就业人员平均工资80%	/	9%(基本8.5%+大病0.5%)		
单建统筹	单位在职	职工本人工资总额(≥上年全省全口径城镇单位就业人员平均工资80%)	6.3%(基本5%+大病0.5%+生育0.8%)	个人不缴费		
	灵活就业	上年全省全口径城镇单位就业人员平均工资80%	/	5.5%(基本5%+大病0.5%)		

二、住院医疗费基本医疗保险报销标准					
医院	起付标准(元)	报销比例		年度封顶线(元)	
		职工	居民	职工	居民
一级以下	200	95%	90%	上上年度全市职工平均工资7倍,目前执行标准505485元	上上年城乡居民可支配收入7倍,目前执行标准180684元
二级医院	400	88%	80%		
三级医院	1000	84%	60%(未转院50%)		
转市外	与市内相同	比市内同级别下降10个百分点	比市内同级别下降10个百分点		
未转市外住院		比市内同级别下降20个百分点	比市内同级别下降20个百分点		
备案长期异地居住或工作	备案地就医享受与市内同等医保待遇政策				

三、大病保险补偿标准					
补偿范围	起付线(元)		报销比例		封顶线
	职工	居民	职工	居民	
所有医院住院及特殊疾病门诊二类,基本医保支付后合规费用	年度累计:上年度全市城乡居民人均可支配收入的50%,对特困、低保对象再降50%,目前执行标准2715元	年度累计:上年度全市城乡居民人均可支配收入的50%,对特困、低保对象再降50%,目前执行标准13573元	起付线至10万以下70%,10-20万75%,20万以上85%	起付线至10万以下60%,10-20万65%,20万以上75%。特困、低保对象报销比例提高5个百分点	职工居民均无封顶线

四、门诊医疗费报销标准					
类别	职工			居民	
普通门诊	统账结合参保人员,个人账户支付门诊费。个人账户划入标准:在职人员个人缴费全部划入,退休人员按2022年退休人员平均养老金2.8%划入			/	
门诊统筹	起付线	报销比例	封顶线	二级乙等以下医院门诊费报50%,每年110元封顶	
	在职200元,退休150元	三级50%,药店和二级及以下60%,退休人员提高10%	统账结合在职1500元,退休2000元,单建统筹在职退休分别减半		
特殊门诊	一类病种按就诊医院住院报销标准执行,零售药店和未联网结算手工报销的按三级医院住院报销标准执行,一年不超过2000元。二类病种一年扣一个二级医院起付标准,按就诊医院住院报销标准报销,封顶线与住院合并计算			一类病种按就诊医院住院报销标准执行,零售药店和未联网结算手工报销的按三级医院住院报销标准执行,一年不超过600元。二类病种一年扣一个二级医院起付标准,按就诊医院住院报销标准报销,封顶线与住院合并计算	
单行支付药品门诊	报70%,一年不超过15万元			报60%,一年不超过10万元	
糖尿病高血压“两病”门诊	高血压糖尿病门诊用药报销60%,高血压年度封顶线200元,糖尿病年度封顶线300元,同时患两病,封顶线合并计算			高血压糖尿病门诊用药报销50%,高血压年度封顶线200元,糖尿病年度封顶线300元,同时患两病,封顶线合并计算	

五、医疗救助待遇					
类别	对象	起付线(元)	支付比例	年度封顶线(元)	备注
一类门诊特殊疾病门诊医疗费	特困对象、孤儿	0	100%	1000	省内住院、县内门诊和二类特门,救助与基本医保“一单制”联网结算
	低保对象	0	70%	200	
住院医疗费、二类门诊特殊疾病门诊医疗费、单行支付药品费	特困供养人员、孤儿	0	100%	30000	
	低保对象	0	70%	25000	
	防止返贫监测对象	上年全市居民人均可支配收入5%	65%	20000	
	低保边缘家庭成员	上年全市居民人均可支配收入10%	50%	10000	
	因病致贫重病患者	上年全市居民人均可支配收入25%			
	三重保障后的倾斜救助政策	由市乡村振兴局每年公布	50%	10000	

咨询电话: 0839-8723788 0839-8723770 0839-8723111

广元市医疗保障职工医保主要政策一览表

一、职工医保参保缴费（含大病保险、生育保险）

（从2023年6月1日缴费基数为5661元每月，截止下次基数调整。）

单位缴费规则	缴费上下限	单位缴费基数	单位缴费比例	单位缴费金额（因四舍五入原因，以系统核定为准）	个人缴费基数	个人缴费比例	个人缴费金额（因四舍五入原因，以系统核定为准）	缴费合计（因四舍五入原因，以系统核定为准）
普通企业统账结合单位（财政差额拨款单位）	下限	5661	0.078	441.56	5661	0.02	113.22	554.78
	上限	实际申报工资	0.078	—	实际申报工资	0.02	—	—
财政全额拨款单位	下限	5661	0.075	424.58	5661	0.02	113.22	537.80
	上限	实际申报工资	0.075	—	实际申报工资	0.02	—	—
单建统筹单位	下限	5661	0.063	356.64	—	—	—	356.64
	上限	实际申报工资	0.063	—	—	—	—	—
灵活就业人员统账结合	—	—	—	—	5661	0.09	509.49	509.49
灵活就业人员单建统筹	—	—	—	—	5661	0.055	311.36	311.36

二、住院医疗费基本医疗保险报销标准				
医院	起付标准（元）	报销比例		年度封顶线（元）
		职工	职工	
一级以下	200	95%		上年度全市职工平均工资7倍，目前执行标准505485元
二级医院	400	88%		
三级医院	1000	84%		
转市外未转诊市外住院	与市内相同	比市内同级别下降10个百分点		
备案长期异地居住或工作		比市内同级别下降20个百分点		

备注：备案地就医享受与市内同等医保待遇政策

三、大病保险补偿标准

补偿范围	起付线（元）		报销比例		封顶线
	职工	职工	职工	职工	
所有医院住院及特殊疾病门诊二类，基本医疗保险支付后合规费用	年度累计：上年度全市城乡居民可支配收入的10%，目前执行标准2715元		起付线至10万以下70%，10-20万75%，20万以上85%		职工医保无封顶线

四、门诊医疗费报销标准

类别	职工		
普通门诊	统账结合参保人员有个人账户划入，标准是：在职人员个人缴费全部划入，退休人员按2022年退休人员平均养老金2.8%划入。		
门诊统筹	起付线/年	报销比例	封顶线
	在职200元，退休150元	三级50%，药店和二级及以下60%，退休人员提高10%	统账结合在职1500元，退休2000元，单建统筹在职750元，退休1000元。
特殊门诊	一类门特按就诊医院住院报销比例执行，定点零售药店药品费用和市外未联网结算（手工报账）的费用按三级医疗机构比例执行，一年不超过2000元。二类疾病一年扣一个二级医院起付标准，按就诊医院住院报销比例报销，封顶线与住院合并计算。		
单行支付药品门诊	报销比例70%，年度不超过15万元		
糖尿病高血压“两病”门诊	高血压糖尿病门诊用药报销60%，高血压顶年封顶线200元，糖尿病年度封顶线300元，同时患两病，封顶线合并计算。		

五、生育保险报销政策

医院	顺产	剖宫产	生育津贴报销标准
一级以下	2000	2500	基数：按单位上年度日平均缴费工资计算，新成立单位按生育前12个月日缴费工资计。计发天数：顺产98天、剖宫产增加15天、多胞胎生育每多生育一胎增加15天。生育津贴发放给参保单位，财政全额供养单位不计发生育津贴。
二级医院	3000	4000	
三级医院	4000	5500	
市外住院分娩	按不超过市内二级医疗机构限额标准报销。		
备注：每多生一胎增加500元			
产前检查：报销比例50%，一个自然年度报销限额不超过400元。			

咨询电话：0839-8723788 0839-8723770 0839-8723111

四川省违法违规使用医疗保障基金 举报奖励办法

第一条【目的依据】为了鼓励举报违法违规使用医疗保障基金的行为,动员社会力量参与医疗保障基金监督,维护医疗保障基金安全和公民医疗保障合法权益,根据《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《医疗保障基金使用监督管理举报处理暂行办法》《违法违规使用医疗保障基金举报奖励办法》等法律、法规、规章,制定本办法。

第二条【适用范围】自然人、法人或者其他组织(以下简称举报人)向医疗保障行政部门反映涉嫌违法违规使用医疗保障基金行为并提供相关线索,经查证属实应予以奖励的,适用本办法。

医疗保障行政部门委托医疗保障经办机构等组织开展举报处理工作的,参照本办法执行。

违法违规使用居民大病保险、生育保险、医疗救助、职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助等医疗保障资金的举报奖励,参照本办法执行。

第三条【奖励原则】举报奖励遵循依法保护举报人合法权益、自愿领取、奖励适当的原则。

第四条【奖励条件】奖励举报人须同时符合下列条件:

- (一)有明确的被举报对象和具体违法违规线索,并提供了有效证据;
- (二)举报的主要事实、证据事先未被医疗保障部门掌握;
- (三)举报事项经查证属实,被举报行为已造成医疗保障基金损失;
- (四)举报人愿意得到举报奖励,并提供可供核查的真实有效身份信息、联系方式等;
- (五)其他依法依规应予以奖励的必备条件。

第五条【不予奖励】有下列情形之一的,不予奖励:

- (一)举报人为医疗保障部门工作人员或者受医疗保障部门委托履行基金监管职责的第三方机构工作人员;
- (二)违法违规使用医疗保障基金行为人为主动供述本人及其同案人员的违法违规事实,或者在被调查处理期间检举揭发其它违法违规行为;
- (三)医疗保障行政部门对举报事项作出处理决定前,举报人主动撤回举报;
- (四)举报人身份无法确认或者无法与举报人取得联系;
- (五)举报前,相关违法违规使用医疗保障基金行为已进入诉讼、仲裁等法定程序;
- (六)其他依法不予奖励的情形。

第六条【奖励标准】医疗保障行政部门对符合奖励条件的举报人按照案值的一定比例给予一次性资金奖励。奖励金额按照案值10万元(含10万元)以下部分奖励2%,10万元至100万元(含100万元)部分奖励1.5%,100万元至1000万元(含1000万元)部分奖励1%,1000万元以上部分奖励0.5%计算,奖励金额最高不超过20万元,最低不少于200元。

第七条【奖励资金】举报奖励所需资金纳入省、市、县级医疗保障行政部门预算。

第八条【奖励发放】举报奖励由处理举报的医疗保障行政部门负责发放。

负责发放举报奖励的医疗保障行政部门应当在案件结案或者依法移送司法机关完成刑事责任追究后的15个工作日内,以适当方式告知举报人享有获得举报奖励的权利。电话通知等方式告知的应当做好相应记录。

举报人应当自被告知享有举报奖励权利之日起10个工作日内填写《举报违法违规使用医疗保障基金行为奖励申请表》,向负责发放举报奖励的医疗保障行政部门提出书面的奖励申请,逾期未申请的,视为主动放弃。

第九条【发放程序】举报奖励的发放程序为:

(一)负责发放举报奖励的医疗保障行政部门应当在接到举报人奖励申请后,填写《举报违法违规使用医疗保障基金行为奖励审批表》,列明举报内容、案值金额、奖励标准,提出奖励金额的建议,经办案机构负责人、财务机构负责人审核后,连同相关案件材料,报送分管基金监管和财务的医疗保障行政部门负责人审批。

(二)举报奖励金额一经审定,负责发放举报奖励的医疗保障行政部门应当在10个工作日内采取适当方式通知举报人领取奖励并告知奖励金额。

举报人对奖励金额有异议的,可以在被通知领取奖励之日起10个工作日内,向实施举报奖励的医疗保障行政部门提出复核申请。负责发放举报奖励的医疗保障行政部门应当在30个工作日内告知奖励金额复核结果。

第十条【奖励领取】举报人应当在接到领取奖励或复核结果通知之日起60日内,凭本人有效身份证明领取奖励。委托他人代领的,受托人须同时持有举报人授权委托书、举报人和受托人的有效身份证明。

举报人逾期未领取奖励的,视为主动放弃。

联名举报的举报人应当推举一名代表领取奖励,自行内部分配。

第十一条【多人多次举报奖励】多人、多次举报的,奖励按照以下规则发放:

(一)举报人就同一涉及违法违规使用医疗保障基金的行为多处、多次举报的,奖励不重复发放;

(二)两名以上(含两名)举报人分别举报同一违法违规使用医疗保障基金行为,举报内容、提供的线索基本相同的,按照登记的举报时间奖励最先举报人;举报内容、提供的线索不同的,按照其各自提供线索对查实案件、追回或者避免医疗保障基金损失所起作用在总奖励额度内进行分配;

(三)两名以上(含两名)举报人联名举报的,按一个举报人奖励额度进行奖励。

第十二条【奖励兑付】医疗保障行政部门应当开辟便捷的兑付渠道,便于举报人领取举报奖励奖金。

举报奖励奖金原则上应当使用非现金的方式兑付,按国库集中支付规定办理。

第十三条【奖励收回】各地医疗保障行政部门发放举报奖励奖金时,应当严格审核。具有下列情形之一的,由发放举报奖励的医疗保障行政部门收回举报奖励;举报人行为违法的,依法追究责任人。

(一)举报人通过伪造材料、隐瞒事实等方式骗取举报奖励;

(二)医疗保障行政部门对被举报行为作出的处理决定被依法撤销、变更、确认违法等情形;

(三)经查实存在其他不符合奖励条件的情形。

第十四条【保密要求】各地医疗保障行政部门应当依法保护举报人合法权益,不得泄露举报人相关信息,泄露举报人相关信息的,按照相关规定处理。

昭化区举报电话:0839-8722077

按照国务院、省政府关于改革城镇职工基本医疗保险（以下简称：职工医保）个人账户建立门诊共济保障机制的部署，2023年1月1日起，广元市职工医保门诊统筹制度正式启动实施。现就参保人员咨询最多的问题进行解答。



1.问 为什么要进行职工医保门诊共济保障改革？

答：自建立职工医保制度以来，职工门诊医疗费主要通过个人账户支付，统筹基金主要支付住院费。随着经济社会的发展，个人账户弊端日显。主要是个人账户属个人所有，参保人员之间不能共济使用，病少的人结余多，资金长期闲置；病多的人又不够，医疗费负担过重。这种结构性矛盾，不仅影响个人账户资金使用效率，也使部分本来可以在门诊治疗的小病



患者，为报销医疗费用住院治疗，既挤占医疗资源，又浪费医保基金。改革个人账户，建立门诊统筹，把更多的门诊费纳入统筹报销，可以有效弥补当前医保制度的短板。

2.问 改革前后个人账户有什么变化？

答：改革前，个人账户划入标准：45岁以下按缴费基数3%划入、45岁至退休按缴费基数3.5%划入、退休后按本人养老金的4%划入。

改革后，在职人员单位缴费不再划入个人账户，只将个人缴费部分即缴费基数的2%划入个人账户；退休人员按2022年全市退休人员平均养老金的2.8%划入个人账户。

在职人员个人账户划入金额减少了1-1.5个百分点。退休人员虽然划入比例减少了1.2个百分点，但以平均养老金为基数，养老金高的减少多，养老金低的有所增加。虽然大多数人划入金额减少，但门诊费每年最高可以报销2000元，对医疗需求大的人员是利好。



3.问 门诊统筹的具体政策和标准是什么？

答：本次改革，两项门诊费纳入了统筹基金报销。

一是普通门诊统筹。一个自然年度政策范围内医疗费超过起付标准的费用纳入医保报销范围。起付标准：在职人员200元、退休人员150元。报销比例：三级医疗机构零售药店50%、二级及以下医疗机构60%，退休人员报销比例提高10个百分点。支付限额：按“统账结合”参保的，在职人员不超过1500元、退休人员不超过2000元；按“单建统筹”参保的，报销限额标准减半。

二是“两病”门诊用药。未享受特殊疾病门诊医保待遇的高血压、糖尿病“两病”患者，降血压、降血糖门诊药品费纳入医保报销范围。不设起付标准，报销比例60%。一个自然年度内，高血压报销额不超过200元，糖尿病报销额不超过300元，同时患有“两病”的报销限额合并计算，不超过500元。



广元市城镇职工基本医疗保险 改革个人账户建立门诊统筹共济制度

政策问答

广元市昭化区医疗保障局 宣

4.问 普通门诊费如何报销?

答：在门诊统筹定点的医院、诊所、药店等医药机构，符合政策范围内的普通门诊费用，持医保电子凭证或社保卡结算，其费用自动累计。当超过年度起付标准后，应当报销的费用自动报销，不需垫资、跑路另外报账，也不必担心该报的没报。



6.问 市外是否可以报销?

答：市外就医发生的普通门诊费用可以报销。在开通异地就医联网直接结算定点医药机构发生的费用，可直接在就医地医疗机构联网结算。如因其他原因未能联网结算的，也可携带收费票据、门诊急诊费用清单和处方等资料回参保地医保经办机构报销。



5.问 哪些医药机构可以实现联网结算?

答：目前，我市定点医疗机构（医院、诊所）均已纳入门诊统筹定点，开通门诊统筹报账功能。药店将根据自愿申请情况，对符合条件的逐步开通。开通的定点机构将在“广元



市医疗保障局门户网站”公示，参保人员可提前在网上或医保电子凭证中查询。



中国医疗保障
CHINA HEALTHCARE SECURITY



政策咨询电话：
0839-8722077
0839-8733256

广元市异地就医常见政策问答

一、什么是异地就医？

参加我市基本医疗保险的人员，到广元市外医保定点医药机构就医购药，就属于异地就医。

二、异地就医人员备案类型有哪些？

异地就医备案分长期异地就医和临时异地就医两大类。

●长期异地居住人员包括异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员等长期在参保地以外工作、居住、生活的人员。

●临时外出就医人员包括异地转诊就医人员、因工作、旅游等原因异地急诊抢救人员以及其他临时外出就医人员。

三、异地就医怎么备案？

●异地安置人员需提供备案地户籍。

●异地长期居住人员需提供长期居住认定材料。

●常驻异地工作人员需提供异地工作证明材料。

●转诊转院人员需提供本市二级甲等及以上定点医院的转诊转院证明材料。

●急诊抢救住院不需要备案，由就医医院选择急诊住院医疗类别，视同备案。

●其他临时就医不需要备案。

温馨提示：长期异地居住人员“一次备案，长期有效”，登记备案生效后，原则上6个月内不得申请变更。因退休安置地、工作单位发生变化等情况的，凭有关资料可实时申请变更。临时异地就医人员“一次备案，6个月有效”，有效期内可在就医地可以多次就诊并享受直接结算服务。

异地普通门诊就医及药店购药无需办理异地就医备案手续。

四、异地就医备案途径有哪些？

参保人员可通过线上、线下多种渠道申请办理登记备案手续。

●线上办理

◇四川医保公共服务网上服务大厅或四川省政务服务网

◇跨省异地就医备案还可以通过“国家医保服务平台”APP或“国家异地就医备案”微信小程序进行线上办理。

●线下办理

◇参保地经办机构窗口

◇各乡镇（街道）便民服务中心医保窗口

◇各医保经办机构公布的异地就医备案邮箱、微信、备案电话等

温馨提示：通过线下办理方式即时办结；通过线上办理方式，可在2个工作日后通过线上办理渠道查询办理结果。在线上办理备案地变更，需要先取消当前备案记录，同时需确认本人在历史备案地的医疗费用已完成医保报销。

五、异地就医怎么结算？

●直接结算：就医地目录、参保地政策、就医地管理

参保人员在异地联网定点医药机构就医购药时，通过出示医保电子凭证或社保卡进行费用直接结算，只需支付个人负担的医药费用，医保支付费用由医保部门与医药机构结算。

就医地目录：指执行就医地规定的支付范围及有关规定（基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围）

参保地政策：指执行参保地规定的基本医疗保险待遇支付政策（起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊慢特病种范围等有关政策）。

●手工结算：参保地目录、参保地政策、就医地管理

因未联网或网络故障等特殊原因异地就医未能联网即时结算的，现金全额垫付后，住院持出院证明材料、住院费用明细清单、住院发票，门诊

持门诊发票、门诊处方、门诊费用明细清单等资料，6个月内在参保地医保经办机构手工报销。

手工报销执行参保地规定的支付范围及医保待遇支付政策。就医地医疗服务项目实际收费高于参保地同级公立医疗机构收费标准的，超过部分个人自费；就医地医疗服务项目实际收费低于参保地同级公立医疗机构收费标准的，据实结算。

温馨提示：符合就医地管理规定的无第三方责任外伤费用纳入异地就医直接结算范围。

六、哪些费用可以在异地直接结算？

●省内：住院、普通门诊（含门诊统筹）、药店购药、药店职工门诊统筹、门诊慢特病、特药单行支付、特药高值支付

●跨省：住院、普通门诊（含门诊统筹）、药店购药、门诊慢特病

跨省异地门诊慢特病相关治疗费用直接结算在试点阶段，目前可以结算五个病种：高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗。

温馨提示：在国家医保服务平台 APP “异地备案”栏目中，可以查询到全国各个统筹区联网定点医药机构开通住院、普通门诊和门诊慢特病跨省直接结算情况。

七、异地就医报销政策

●普通门诊、门诊统筹、门诊慢特病按本地政策报销，享受本地就医相同报销待遇。

●住院报销政策

◇异地长期居住备案人员，备案地和参保地双向享受本地医保待遇，其中以个人承诺方式办理异地长期居住备案的，应履行承诺事项，在补齐相关备案材料后双向享受本地医保待遇。

◇异地转诊和异地急诊抢救人员在备案地住院的，医疗费用报销比例比本市同级别医疗机构报销比例降低 10 个百分点。

◇非急诊且未转诊的其他临时外出就医人员，医疗费用报销比例比本市同级别医疗机构报销比例降低 20 个百分点。

八、异地就医咨询电话

市本级 0839-5572059 利州区 0839-6183575

旺苍县 0839-4310006 青川县 0839-7205796

昭化区 0839-8723788 朝天区 0839-8622524

剑阁县 0839-6600112 苍溪县 0839-5233052

温馨提示：在国家医保服务平台 APP “异地备案”栏目中，可以查询全国医保经办机构联系方式。

常用医保二维码



国家医保服务平台手机 APP



国家异地就医备案小程序



四川医保服务平台手机 APP



医保电子凭证