

# 《北京医保在津冀报销比例不变 门诊慢特病就医仍需备案》

(来源：北京晚报)

京津冀三地就医4月1日起全面取消异地就医备案。市医保局解释，本市参保人员在津冀两地发生费用的报销比例不变，门诊慢特病就医仍需办理备案。

4月1日起，北京市、天津市、河北省各统筹区参保人员，在京津冀区域内就医，不论住院还是门诊，医保药品目录、医疗服务设施和诊疗项目范围均执行就医地的医疗保险政策。起付线、报销比例、封顶线等均执行参保地的医疗保险政策。本市参保人员在津冀两地发生费用的报销待遇不变，执行北京相关政策。

本市城镇职工基本医疗保险参保人员、城乡居民基本医疗保险参保人员、超转人员、离休统筹人员、医疗照顾人员在津冀就医，可视同已做异地就医备案。本市城镇职工参保人员，由单位相关经办人员到单位参保区医保经办机构办理手工报销。本市城乡居民参保人员，由其参保地（或居住地）社保所到所属区医保经办机构办理手工报销。

京津冀参保人员在区域内门诊慢特病就医，需按参保地规定办理资格认定或登记（备案）手续。门诊特殊病备案办理流程为：参保人持定点医院出具的特殊病种诊断证明及《北京市医疗保险特殊病种备案申报表》，到参保区经办机构办理特殊病备案手续，每个病种可在同一个统筹地区内选定1至2家定点医院。

市医保局提醒：京津冀参保人所在参保地如支持其参保人员在异地直接结算相关医疗费用，参保人员在区域内开通直接结算业务的定点医院、药店就医购药，持社保卡按规定就医，可直接结算相关的医疗费用。参保人员可登录“国家医保服务平台”，查询已开通直接结算业务的统筹地区、定点医院信息。■

