

济宁市医疗保险经办工作

服务手册

2024年7月

前言

为便于医疗保险经办人员和参保人员熟悉和掌握我市医疗保险政策规定和相关内容，我们编写了《济宁市医疗保险经办工作服务手册》。本手册内容广泛、通俗易懂、实用性较强，使阅读者易于入门、便于学习。但由于时间仓促，水平有限，不当之处，请批评指正！

垂询电话：0537-2937929

目录

一、参保缴费 3

二、医保待遇及报销 10

三、门诊慢性病待遇 23

四、异地就医 25

五、医保电子凭证 30

六、生育保险 33

七、长期护理保险 35

八、便民服务热线及掌办网办渠道 49

一、参保缴费

（一）职工参保缴费

1、职工医疗保险的参保范围是怎样规定的？

本市行政区域内所有用人单位，包括企业（国有企业、集体企业、外商投资企业、私营企业等）、机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位的在职职工和退休职工。

无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医保的非全日制从业人员、依托新业态平台实现就业且未与新业态平台企业建立劳动关系的新就业形态劳动者以及其他灵活就业人员（以下统称灵活就业人员）可以参加职工医保。

2、如何参加职工医保？

所有用人单位及其职工和退休人员、城镇个体工商户业主及其雇工应当参加职工医疗保险，由用人单位和职工按规定共同缴纳医疗保险费。用人单位在登记管理机关办理登记时同步办理医疗保险参保登记。

灵活就业人员可以向医疗保险经办机构申请办理医疗保险登记，以居民身份证号码作为社会保障号码，由个人按照规定缴纳基本医疗保险费。

3、职工医保的缴费标准是多少？

用人单位以在职职工上年度工资总额为基数，机关事业单位按7.3%缴纳，其他单位按8%缴纳，在职职工以本人上年度工资收入为基数（低于当年保底值的，按保底值作为缴费基数；高于当年封顶值的，按封顶值作为缴费基数），按2%缴纳。灵活就业人员以不低于全省上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资60%的标准为缴费基数，按7%缴纳，不建立个人账户。在职和退休职工的大病保险缴费（大额医疗费用补助）为每人每月10元（其中单位6元，个人4元），在每年年初一次性缴清120元。

4、职工医保个人账户的计入办法是如何规定的？

在职职工个人缴纳的基本医疗保险费全部划入本人医保个人账户，单位缴纳的基本医疗保险费不再划入个人账户，全部计入统筹基金；退休人员个人账户由统筹基金按定额划入，70周岁以下退休人员每月划入额度为100元，70周岁及以上退休人员每月划入额度为125元。

5、什么情况下，职工医保个人账户资金可以进行提取？办理提取需要提供什么材料？

参保人符合以下情况之一：出国定居、关系转移、异地安置、死亡的，可以申请办理医保个人账户一次性支取。

①个人账户未划入社保卡的：提供医保电子凭证或有效身份证或社保卡，银行账户信息。经办人员审核后符合条件的按流程办理医保个人账户结转。

②个人账户已划入社保卡的：持身份证、医保个人账户支取单或社保卡注销单去社保卡所属银行办理。

③非本人办理需提供代办说明(因死亡支取的提供继承人身份证、银行卡账户信息；主动放弃参加职工医疗保险的，需提供主动放弃职工医疗保险承诺书。）

6、职工医保退休、职工医保在职转退休需要达到什么标准可以办理？

按照《山东省职工基本医疗保险省级统筹实施意见》（鲁政字〔2023〕184号）规定，享受退休人员基本医保待遇的最低缴费年限统一为男职工累计30年、女职工累计25年，参保人员在省内不同统筹区缴费年限（含职工医保实际缴费年限和视同缴费年限）互认并累计计算。我市于2026年1月过渡到位，同时做好新老政策平稳衔接。

7、参保职工退休时，医保没交满最低缴费年限怎么办？

达到法定退休年龄、未达到职工医保最低缴费年限的，可按规定一次性缴费后，享受退休人员基本医保待遇；也可继续按月缴费至最低缴费年限，期间按在职人员享受基本医保待遇。

8、如何办理职工基本医疗保险关系转出或转入？

职工在跨区流动转移医保关系时，我市全面取消“基本医保参保凭证”和“基本医保关系转移接续联系函”等材料，参保人仅需要通过“济宁医保”小程序（微信或支付宝均可）、国家医保服务平台APP、济宁医疗保险事业中心网上办事大厅等线上渠道提交医保关系转移接续业务申请，也可以在转入地或转出地任何一方医保经办机构提交申请，实现全程无纸化办理。

9、与用人单位解除劳动关系的参保人员，在办理医保停保手续后，如何以灵活就业人员身份办理续保？

参保人员可携带本人身份证，到医保服务大厅办理参保登记，也可通过“济宁医保”微信、支付宝小程序自行办理参保登记。登记完成后，可至税务部门自主申报缴费。

10、灵活就业人员中断参保如何补缴，能否享受待遇？

首次在我市参加职工医保的灵活就业人员，参保缴费的次月起就可以享受职工医保待遇，且参保不受户籍限制。因故中断缴纳基本医疗保险费的，自中断缴费的次月起暂停支付其职工的基本医疗保险待遇。灵活就业人员补缴中断的职工医保费，补缴欠费后，中断期间只计算缴费年限，发生的医疗费不报销。如果灵活就业人员中断缴费不超过3个月，补缴后次月起就可以享受职工医保待遇；如果中断缴费超过3个月进行补缴，那么缴费3个月后才可以享受职工医保待遇。

11、在外地参加职工医保的缴费年限，转入济宁市参加职工医保后如何计算？

自2022年5月起，参保职工基本医疗保险关系从山东省内其他城市转入济宁市的，医保实际缴费和视同缴费年限互认并累计计算。山东省外城市医保关系转入济宁市的，认定为视同缴费年限，累计计算缴费年限。

1. 参保单位或参保人信息发生变更的，如何办理？

参保单位的性质、银行账户、用工等参保信息发生变化的，应当及时告知医疗保险经办机构，医疗保险经办机构应当对用人单位提供的参保信息进行核实和变更。参保单位申请注销医疗保险登记的，应当先结清欠缴的医疗保险费、滞纳金、罚款。

参保人发生死亡、参军、服刑等情况时，应及时告知医疗保险经办机构，医保经办机构经核实后及时办理参保终止或暂停。

（二）居民医保缴费

1、居民医疗保险的参保范围是怎样规定的？

我市行政区域内不属于城镇职工基本医疗保险参保范围的城乡居民，包括农村居民、城镇非从业居民、各类全日制高等院校和中等职业学校的学生、国家和省规定的其他人员。

2、哪些人群参加城乡居民医保由财政全额补助，个人不缴费或者少缴费？

对特困人员参加居民基本医疗保险，个人缴费由医疗救助资金给予全额补贴。对低保对象参加居民基本医疗保险，个人缴费由医疗救助资金给予定额补贴，其余由财政负担。低保边缘家庭成员、防止返贫监测帮扶对象等易返贫致贫人口(脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户)、返贫致贫人口参加居民基本医疗保险，个人缴费由医疗救助资金给予定额补贴，上述人员中，不属于政策规定免缴费人群的，除医疗救助资金补贴的个人缴费部分，由参保人自行缴纳。对不属于上述范围的脱贫人口，不再享受医疗救助资助参保政策。

3、新生儿参保有何规定？

(一)新生儿自出生之日起6个月内，不跨年度参保缴费的，按出生当年居民医疗保险个人缴费标准，缴纳出生当年居民医疗保险费，自出生之日起享受出生当年的居民医保待遇。

(二)新生儿出生之日起6个月内，跨年度参保缴费的，可选择以下方式参保缴费，享受居民医保待遇。

1、按出生当年和次年居民医疗保险个人缴费标准，一次性缴纳出生当年和次年的居民医疗保险费，自出生之日起按自然年度分别享受出生当年和次年的居民医保待遇。

2、按出生次年居民医疗保险个人缴费标准，缴纳出生次年居民医疗保险费，自出生次年1月1日起享受居民医保待遇。

(三)新生儿出生6个月后，在出生当年参保的，按出生当年居民医疗保险个人缴费标准，缴纳当年居民医疗保险费，自缴费的次月起享受居民医保待遇。参加出生次年居民医保的，按普通居民缴纳出生次年居民医疗保险费，按规定享受居民医保待遇。

(四)新生儿出生超过12个月参加居民医保的，参保缴费及待遇享受按普通居民医保相应政策执行。

4、如何办理城乡居民医保参保缴费手续？

根据全省统一规定，每年9月1日至12月31日为下一年度城乡居民医保参保缴费期。城乡居民可在参保缴费期内持户口簿(或居住证)、身份证至户籍所在地的镇街医保服务站办理参保登记，也可以通过“济宁医保”微信、支付宝小程序为自己办理或为家人代办参保登记。参保登记完成后，可以通过“山东税务社保费缴纳”微信小程序等税务部门提供的缴费渠道进行缴费。

5、居民医保和职工医保可以同时享受报销待遇吗？

不能同时参加职工医保和居民医保，如果由于系统不联网同时参加了双份医保，且参保人重复享受待遇的话，医保部门保有追究其法律责任的权利，故参保人应该按照自身情况选择一种医保进行参保。

6、未按期缴纳居民医保费可以补缴吗？

可以。城乡居民医保参保人员可直接通过支付宝、微信小程序等进行补缴。参保缴费设有3个月的等待期，等待期过后再按规定享受相应的医疗保险待遇，缴费之前和等待期期间发生的医疗费用医保基金不予支付。对低保对象、特困人员等低收入人口和返贫致贫人口等特殊人员，不设置待遇等待期。

二、医保待遇及报销

1、什么是医保的“三个目录”？

由于医保基金有限，不可能覆盖所有的医疗需求，因此为保障参保人员的基本医疗用药需求，合理控制医疗费用支出，规范基本医疗保险用药、诊疗等方面的管理，保证基本医疗保险制度的健康运行，医疗保障部门规定了基本医疗保险对药品、诊疗项目和医疗服务设施的报销范围，俗称“三个目录”。参保人员使用药品、发生诊疗项目或使用医疗服务设施发生的费用，如果属于“三个目录”内的，可以按规定进行报销；不属于“三个目录”内的，基本医保不予报销。

2、什么是“起付线”、“封顶线”？

起付线指的是医保基金的起付标准。参保人在定点医疗机构发生的政策范围内的医疗费用，自己要先承担起付标准以下的费用，起付标准以上的部分再由医保基金按规定、按比例报销。封顶线指的是医保基金的最高支付限额，也就是参保人在一个年度内累计能从医保基金获得的最高报销金额。封顶线以外的医疗费用，参保人可以通过参加补充医疗保险、商业医疗保险等办法解决。

3、哪些情况属于医保不能报销的范围？

我国《社会保险法》第三十条规定下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围：应当从工伤保险基金中支付的；应当由第三人负担的；应当由公共卫生负担的；在境外就医的。

4、如何计算住院报销金额？

住院报销金额=(政策范围内医药费用—起付线)×报销比例。

5、参保人的医保报销费用，如果超出基本医保封顶线的费用怎么办？

超过基本医保封顶线的部分，可根据实际医疗费用负担情况，纳入职工大额医疗费用补助和城乡居民大病保险范围。大额医疗费用补助和大病保险是基本医疗保障制度的拓展和延伸，主要对大病患者高额医疗费用在基本医保支付基础上再给予进一步支付。

6、同样是参保人员，为什么有时候报销比例不一样？

可能有以下几种情况：

①不同等级的医疗机构，报销比例有所差异。

从效率上讲，有序就医是社会最优选择，国家鼓励患者小病在基层医院看，大病再去大医院看。医保部门为了对患者起到引导作用，设定在基层医院报销比例比在大医院高，基层医院的起付线比大医院低。因此同样类型的参保人在不同等级的医疗机构里产生的医疗费用，报销比例会不同。

②在就诊的医疗机构等级相同的条件下，职工医保和居民医保的报销比例不同。

由于职工医保与居民医保这两个险种在参保和筹资上有差别，职工医疗保险年均缴费要几千元，居民医疗保险年人均缴费只有几百元，因此报销待遇不同。在就诊的医疗机构的等级相同的情况下，报销的比例也不同，职工医保的报销比例要高一些。

③在医疗机构和参保类型都相同的情况下，职工医保的参保人是否在职也会对报销比例有影响。

一般来说，职工医保的参保人，退休人员的报销比例比在职职工的高。在同等级的情况下，公立医院和民营医院报销比例一致。医保政策规定，只要是在定点医疗机构就医，报销比例只与参保人的身份(职工、居民，在职、退休等)和医疗机构的级别有关，与医疗机构的公立、民营属性无关。因此参保人完全不用担心去民营医院看病报销得少，可以根据自己的需要来选择医院。

（一）职工基本医疗保险待遇及报销

1、济宁市参保职工在市内住院的报销比例是多少？

参保人员凭社会保障卡或身份证在本市定点医院住院，纳入医保统筹报销范围的住院费用支付标准如下。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医院级别 | 首次住院起付标准 | 基本医疗保险支付比例 | 职工大额医疗费用补助支付比例 |
| 统筹支付额20万元（含）以下 |
| 在职 | 退休 | 20万-70万元 |
| 一级医院 | 300 | 90% | 95% | 90% |
| 二级医院 | 500 | 85% | 90% |
| 三级医院 | 600 | 85% | 90% |

注：
（1）1个年度内,从第2次住院起付标准减半，自第三次住院起不再设置起付标准；
（2）在定点医疗机构使用中药饮片、中医诊疗技术和经批准的治疗性中药制剂发生的住院费用，医保基金支付比例提高10%。参保人员在中医医疗机构住院治疗，医疗费用住院起付标准降低100元。参保人员住院使用纯中医疗法发生的医疗费用，起付标准降低100元，在职参保职工医保基金支付比例为90%，退休人员在二、三级定点医疗机构住院医保基金支付比例为90%、在基层医疗机构支付比例为95%。
（3）恶性肿瘤患者住院治疗的，每年只收取一次起付标准；精神疾病患者住院治疗的，取消起付标准。

（4）职工医保住院（包括与住院合并计算的门诊慢特病，下同）统筹基金最高支付限额为20万元。对于超出职工医保住院最高支付限额以上符合医保规定的费用，职工大额医疗费用补助一个自然年度内支付限额为50万元，支付比例为90%。

（5）参保人员发生的住院费用，经职工医保基本医疗保险、职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助和企业补充保险报销后，参保职工政策范围内住院个人负担部分（含职工大额医疗费用补助最高支付限额以上的符合医保规定的费用），超过2万元以上的部分，支付比例为80%，一个年度内基金最高支付40万元。

2、济宁市参保职工普通门诊统筹待遇是什么？

扩大职工门诊统筹定点就医购药范围，取消职工门诊统筹就医定点限制，参保职工可以自主选择全市一级及以下、二级、三级定点医疗机构门诊就医。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医院机构级别 | 一级及以下医院 | 二级医院 | 三级医院 |
| 起付标准（元） | 100 | 200 | 300 |
| 支付比例 | 在职 | 80% | 70% | 60% |
| 退休 | 85% | 75% | 65% |
| 支付限额 | 在职 | 基本医疗保险统筹基金自然年度支付限额3500元 | 对超过基本医疗保险统筹自然年度基金支付限额以上的费用，由大额医疗补助资金支付，支付限额为1000元。 |
| 退休 | 基本医疗保险统筹基金自然年度支付限额4500元 |

一个自然年度内，职工医保门诊统筹累计计算起付标准。参保人员在定点医疗机构发生的政策范围内普通门诊医疗费用，一个自然年度内一级及以下、二级、三级医疗机构年度起付标准分别为100元、200元、300元，职工医保普通门诊统筹不同等级医疗机构起付标准实行累计补差计算。

参保人员普通门诊发生的政策范围内医疗费用，在起付标准以上、自然年度支付限额以下政策范围内费用，在职职工在一级及以下、二级、三级医疗机构的基金支付比例分别为80%、70%、60%；退休职工在一级及以下、二级、三级医疗机构的基金支付比例分别为85%、75%、65%。

一个自然年度内，参保人员发生的政策范围内普通门诊医疗费用，在职职工基本医疗保险统筹基金自然年度内支付限额为3500元，退休人员为4500元；对超过基本医疗保险统筹自然年度基金支付限额以上的费用，由大额医疗补助资金支付，自然年度支付限额为1000元。

3、职工普通门诊统筹政策与其他报销政策是如何有效衔接的？

职工普通门诊统筹与门诊慢性病医保待遇按照保障范围可以同时享受，起付标准和最高支付限额分别计算。参保职工享受长期护理保险机构护理、居家护理待遇期间发生的普通门诊医药费用，纳入普通门诊统筹基金支付范围，享受长期护理保险医疗专护待遇期间不享受普通门诊统筹待遇。参保人员住院前三天的门急诊费用纳入本次住院费用合并结算，原则上不再纳入职工医保门诊统筹范围。

4、职工大额医疗费用补助待遇是什么？

将职工大额医疗费用补助、职工大病保险统一为“职工大额医疗费用补助”。凡参加基本医疗保险的在职职工、退休人员和灵活就业人员，应同时参加职工大额医疗费用补助。

职工大额医疗费用补助资金主要用于补助职工住院超出基本医保支付限额以上符合医保规定的费用，经职工医保按规定报销后年度个人累计负担超出一定数额的部分，以及其他符合医保规定的费用。其中，对超出职工医保住院最高支付限额以上符合医保规定的费用，职工大额医疗费用补助一个自然年度内支付限额为50万元，支付比例为90%。根据职工大额医疗费用补助基金支撑能力，将普通门诊超出统筹基金支付限额以上的符合医保规定的费用纳入补助范围。我市职工大病保险待遇政策继续执行。

5、职工大病保险待遇是什么？

①待遇标准。

特药待遇标准：参加基本医疗保险并按规定享受医疗待遇的参保人员，按照每人每年20元标准筹集资金。一个自然年度内，符合政策规定的特药费用，起付标准2万元，支付比例80%，最高支付40万元。

罕见病待遇标准：对治疗戈谢病、庞贝氏病和法布雷病等三种罕见病特殊疗效药品费用制定单独的支付政策，单独列支费用，起付标准为2万元，2万元-40万元以下的部分基金支付80%，40万元（含）以上的部分基金支付85%，一个年度内每人最高支付90万元。

住院待遇标准：参保人员发生的住院费用，经职工医保基本医疗保险、职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助和企业补充保险报销后，参保职工政策范围内住院个人负担部分（含职工大额医疗费用补助最高支付限额以上的符合医保规定的费用），超过2万元以上的部分，支付比例为80%，一个年度内基金最高支付40万元。

②申请条件。

特药：参保人员使用特药凭我市特药定点医疗机构出具的《济宁市省级统筹大病保险特药使用申请及评估表》向参保地医疗保险经办机构申请，并同时提供有效身份证件及相关医疗文书，包括门诊病历、诊断证明、基因检测报告（必要时）、病理诊断、影像报告、免疫组化报告、出院小结等。特药待遇自核准之日起生效，待遇享受期为一年(以自然年度为准)；期满后仍需继续享受特药待遇的，须重新评估确认。

罕见病：患者（或监护人）需持有效期内《山东省戈谢病、庞贝氏病、法布雷病参保患者诊断登记表》、户口本、病历、疾病诊断相关检查等证明材料到医保经办机构或定点医疗机构医保服务站登记备案，备案后至《登记表》有效截止日期前按规定享受医保报销等待遇。济宁市第一人民医院为我市定点罕见病治疗医院。

住院：参保人出院直接结算，不需要单独申请。

（二）城乡居民医保待遇和报销

1、哪些人群属于居民医保个人免缴费人群？

城乡最低生活保障对象、城乡特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童、重度残疾人、70周岁以上老人，其他按规定可免缴的人群，个人缴费部分由县级政府按规定予以全额补助。

2、济宁市居民医保普通门诊统筹待遇是什么？

①待遇标准。一个年度内，参保居民在乡镇（街道）卫生院、社区卫生服务中心（含基层中医药机构）发生的医保统筹支付范围内的普通门诊医疗费用，不设起付标准，每日负担一次。与辖区内家庭团队签约的参保居民发生的范围内普通门诊医疗费用，起付标准以上的部分，由门诊统筹基金支付60%；未签约的，由门诊统筹基金支付50%。一个年度内，居民医疗保险普通门诊统筹基金最高支付限额为300元。

②就医范围。居民门诊统筹不再实行定点签约就医管理，门诊统筹定点医疗机构扩大至市内所有基层定点医疗机构，参保人员在市内门诊就医不受跨乡镇(街道)和县(市、区)限制，可自主选择市内基层定点医疗机构就医。参保人员在基层定点医疗机构就诊发生的普通门诊医疗费用实行即时联网结算。

3、济宁市居民医保“两病”门诊用药保障待遇是什么？

经一级及以上医疗机构诊断，明确患有“两病”（高血压、糖尿病）确需采取药物治疗的患者，其在二级及以下定点基层医疗机构门诊发生的降血压、降血糖药品费用纳入居民医保统筹支付范围，不设起付标准，政策范围内支付比例为70%。一个自然年度内高血压患者、糖尿病患者最高支付限额为300元，合并高血压糖尿病患者以及糖尿病使用胰岛素患者最高支付限额为600元。已纳入门诊慢性病保障范围的“两病”患者的待遇，继续执行现行政策，门诊慢性病与“两病”待遇政策不得重复享受。“两病”发生的药品费用达到医保基金支付限额的，可享受普通门诊统筹医疗待遇。普通门诊统筹待遇、门诊慢性病待遇和“两病”门诊用药待遇年度最高支付限额分别计算、费用单独结算、基金单独支付。

4、济宁市居民医保分娩医疗待遇是什么？

参保人员发生的符合基本医疗保险规定的住院分娩医疗费，基本医疗保险基金由原来顺产定额补助500元、剖宫产定额补助1800元，统一提高到生育一孩定额补助1800元、生育二孩定额补助2000元、生育三孩定额补助3000元。高于定额补助标准的按定额补助标准执行，低于定额补助标准的据实报销。

参保人员在保胎、治疗生育并发症、分娩等期间，同时一并治疗其他疾病的，发生的住院医疗费合并计算，按居民医保住院政策报销。参保人员分娩的同时一并治疗其他疾病的住院医疗费，不再享受住院分娩医疗费定额补助待遇。

5、济宁市居民医保意外伤害医疗待遇是什么？

无责任人的意外伤害发生的住院医疗费用，支付比例按同级医院的60%，一个年度内最高支付限额3万元；学生及其他未成年人发生无责任人的意外伤害事故的门诊医疗费用，基本医疗保险基金支付比例为80%，一个年度内最高支付限额为1500元。

6、济宁市参保居民在市内住院的报销比例是多少？

如下表。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 人员类别 | 起付标准（元） | 报销比例 | 基本医疗报销限额 |
| 一级医院 | 二级医院 | 三级医院 | 一级医院 | 二级医院 | 三级医院 |
| 成年人 | 100 | 400 | 800 | 85% | 75% | 60% | 15万元 |
| 未成年人 | 100 | 400 | 800 | 90% | 80% | 65% |

7、参保居民大病保险待遇是什么？

①我市居民大病保险起付标准为1.2万元，个人负担的合规医疗费用1.2万元（含）以上、10万元以下的部分报销60%，10万元（含）以上、20万元以下的部分报销65%，20万元（含）以上、30万元以下的部分报销70%，30万元（含）以上的部分报销75%。一个医疗年度内，居民大病保险每人报销限额为40万元。

②一个自然年度内，符合政策规定的特药费用，起付标准2万元，支付比例80%，最高支付40万元。

③对将治疗戈谢病、庞贝氏病和法布雷病等三种罕见病特殊疗效药品纳入居民医保省级统筹大病保险保障范围，对三种罕见病必需的特殊疗效药品费用制定单独的支付政策，单独列支费用，起付标准为2万元，2万元-40万元以下的部分基金支付80%，40万元（含）以上的部分基金支付85%，一个年度内每人最高支付90万元。

三、门诊慢特病待遇

1、什么是门诊慢特病？什么是药品单独支付病种？

根据省文件规定，统一称谓门诊慢特病。

①门诊慢特病是医保部门为减轻部分患有慢性疾病且需要长期门诊治疗的参保人员的经济负担而实行的一项门诊报销政策，是除普通门诊统筹、居民医保“两病”门诊用药保障和住院治疗之外的一项医保门诊报销政策。

②药品单独支付病种，对部分门诊治疗费用相对较高、治疗用药单一、诊疗路径明确的病种纳入药品单独支付管理。

2、基本医疗保险参保人员享受门诊慢性病病种待遇认定申请流程是什么？需提供什么材料?

①申办材料。《济宁市基本医疗保险门诊慢性病鉴定申请表》；本人身份证或社保卡的复印件；与申请病种相关的病历及相关材料等。

②办理流程及时限。门诊慢特病鉴定由医保经办机构统一组织，或医保经办机构委托相应资质的医疗机构组织鉴定。甲类疾病随时鉴定，乙类疾病根据申请情况可按月或按季度鉴定。

3、门诊慢特病待遇标准是什么？

①报销范围。纳入门诊慢性病管理范围的参保人员，在定点医药机构发生的、与纳入病种治疗相关的医疗费用，由医保基金按照规定支付。超过核定病种范围的诊疗、药品等费用或在非定点医药机构发生的费用，基金不予支付。参保人员因病情需住院治疗的，住院期间不享受门诊慢性病待遇。

②居民医保待遇标准。

起付标准：一个自然年度内，居民医保基金支付的起付标准500元；在中医医疗机构定点的，起付标准为400元；尿毒症、血友病和重度精神病门诊治疗不设起付标准。门诊慢性病的起付标准与住院起付标准分别计算

支付比例：甲类病种居民基本医疗保险基金支付比例为70%，乙类病种在一、二、三级医疗机构支付比例分别为65%、55%、45%（肺结核、肺外其他部位结核、慢性乙型病毒性肝炎、慢性丙型病毒性肝炎、肝硬化、耐多药结核和广泛耐药结核等病种在一、二、三级医疗机构的支付比例为65%、60%、60%）。

最高支付限额：一个自然年度内，甲类病种基本医疗保险基金最高支付限额为15万元，乙类病种最高支付限额为6000元。同时患甲类和乙类慢特病的，按甲类病种支付比例，一个自然年度内，基本医疗保险基金最高支付限额为15万元。一个自然年度内，耐多药结核和广泛耐药结核门诊慢特病医疗保险基金年度最高支付限额与住院合并计算。

③职工医保待遇标准。

起付标准：一个自然年度内，职工医保基金支付的起付标准为1000元；在中医医疗机构定点的，起付标准为900元；尿毒症、血友病和重度精神病门诊治疗不设起付标准。门诊慢特病的起付标准与住院起付标准分别计算。

支付比例：甲类病种职工医保基金支付比例为85%，乙类病种职工基本医疗保险基金支付比例为75%；进入大额医疗费用补助范围的，支付比例为90%。

最高支付限额：门诊慢特病费用最高支付限额与住院费用合并计算，执行职工医保及大额医疗费用补助支付限额。

4、门诊慢特病病种范围有哪些？

居民和职工医保门诊慢特病具体病种分为甲类病种和乙类病种。详见下方二维码。



四、异地就医

1、什么是异地就医联网结算？

异地就医联网结算是指参保人到参保地以外地区（含省内其他各市及外省市）医保定点医疗机构就医，持医保卡（或医保电子凭证）实现联网结算，无需个人垫付费用后再回参保地报销的情形。

2、哪些异地就医费用可以联网结算？

异地就医联网结算包括3部分：住院费用、普通门诊费用及门诊慢特病费用，其中跨省门诊慢特病联网结算目前仅支持高血压、糖尿病、尿毒症透析、器官移植和恶性肿瘤5个病种。

3、异地就医人员如何分类？

异地就医人员简化为两大类：异地长期居住人员和临时外出就医人员。

4、异地就医备案方式是什么？

①“异地长期居住人员”（个人承诺异地居住、生活、工作6个月以上）

省内跨市“异地长期居住人员”：现场办理需携身份证或社保卡到参保地医保经办机构服务窗口填写《基本医疗保险异地就医备案个人承诺书》办理；线上办理可通过“济宁医保”小程序（在支付宝、微信中搜索）或网上办事大厅（网址）：https://jnybggfw.cn/SmPsc进行线上承诺自助备案。

跨省“异地长期居住人员”：现场办理需携身份证或社保卡到参保地医保经办机构服务窗口填写《基本医疗保险异地就医备案个人承诺书》办理；线上办理可通过“国家医保服务平台”APP、“国家异地就医备案”微信小程序、“济宁医保”小程序或网上办事大厅（网址）：https://jnybggfw.cn/SmPsc进行承诺自助备案。

②“临时外出就医人员”

省内跨市“临时外出就医人员”无需备案。

跨省“临时外出就医人员”：现场办理，携身份证或社保卡到参保地医保经办机构服务窗口办理；线上办理，通过“国家医保服务平台”APP、“国家异地就医备案”微信小程序、“济宁医保”小程序或网上办事大厅（网址）：https://jnybggfw.cn/SmPsc进行自助备案；电话办理，拨打参保地医保经办机构服务电话办理。

5、备案时限、变更或终止

①“临时外出就医人员”备案即时办理即时生效，不设置有效期。

②“异地长期居住人员”备案长期有效，未在备案地发生医疗费用的，可随时变更或取消备案；在备案地发生医疗费用的，变更备案或取消备案时限统一为6个月；备案超过6个月的，可申请终止原长期异地就医备案，返回参保地就医的，可将长期异地就医备案变更回参保地，到市外其他统筹区就医的，可根据实际就医需求重新办理异地就医备案。

③备案变更或撤销途径：通过国家医保服务平台APP或“国家异地就医备案”微信小程序进行的备案，可通过国家医保服务平台APP-首页-异地备案-备案记录-自助开通-信息变更/取消备案功能对备案进行修改或撤销；通过“济宁医保”小程序进行的备案，可通过“济宁医保”小程序-首页-办事大厅-我要办事-就医备案-异地就医备案查询变更/撤销异地备案模块对备案进行修改或撤销。

6、异地就医备案补办流程是什么？

补办异地长期居住备案的，备案起始日期自补办备案之日最多可往前提前5日；补办临时外出就医备案的，备案起始日期不受限制。参保人员异地就医出院结算前完成异地就医备案的，就医地联网定点医疗机构应为参保人员办理医疗费用异地联网结算。异地就医参保人员出院自费结算后按规定补办备案手续的，可以按参保地规定申请手工报销。

7、异地就医待遇标准是什么？

参保职工“临时外出就医人员”在备案地发生的异地住院、门诊慢特病、普通门诊医疗费用，个人先行自付比例为10%；参保居民“临时外出就医人员”在备案地发生的异地住院、门诊慢特病医疗费用，报销比例在同级医疗机构基础上降低10%，异地普通门诊费用执行和本地相同的报销政策，报销比例不降低。医疗费用无法联网结算的，住院、普通门诊医疗费用回参保地医保经办机构报销，门诊慢特病医疗费用回慢特病定点医疗机构报销。

“异地长期居住人员”办理备案后在备案地就医，享受与参保地就医相同的报销比例，一次备案长期有效。在备案有效期内确需回参保地就医的，通过提交备案就医地户籍证明、居住证或单位工作证明等材料，可享受与参保地同等的医保待遇。备案未满6个月且未提供上述有关证明材料、单纯采用个人承诺方式备案的，按“临时外出就医人员”医保待遇政策执行。医疗费用无法联网结算的，住院、普通门诊和门诊慢特病医疗费用回参保地医保经办机构报销。一个年度内，参保人员发生的符合医保支付范围的异地发生医疗费用与本市发生医疗费用累加计算，达到最高支付限额的不再纳入报销。

8、无第三方责任外伤可享直接结算。

符合就医地管理规定的无第三方责任外伤费用可纳入异地就医直接结算范围，就医地经办机构应将相关费用一并纳入核查范围。定点医疗机构要加强外伤人员身份认证，对于符合就医地基本医疗保险支付范围，参保人员主诉无第三方责任的医疗费用，定点医疗机构可结合接诊及参保人员病情等实际情况，由参保人员填写《外伤无第三方责任承诺书》，为参保人员办理异地就医直接结算。定点医疗机构在为参保人员办理入院登记时，应按接口标准规范要求，通过“外伤标志”和“涉及第三方标志”两个接口,如实上传参保人员外伤就医情况。

9、急诊抢救未办理备案可直接结算。

参保人员因急诊抢救就医的，医疗机构在为参保人员办理“门诊结算”或“入院登记”时，应按接口标准规范要求如实上传“门诊急诊转诊标志”或“住院类型”。对于“门诊急诊转诊标志”或“住院类型”为“急诊”的，参保人员未办理异地就医备案的，参保地应视同已备案，允许参保人员按“临时外出就医人员”待遇标准直接结算相关门诊、住院医疗费用。

10、异地就医人员注意事项。

异地就医联网结算须经过先备案、持卡（码）就医两个步骤。除省内跨市临时外出就医免备案可直接就医外，其余情况均要先备案，再就医，参保人员需持医保卡、医保电子凭证就医。参保人员跨省及省内跨市异地就医时，应在就医地的异地就医联网定点医疗机构主动表明参保身份，出示医保电子凭证或社保卡等有效凭证，已在参保地完成门诊慢特病资格认证的参保人应主动表明门慢特资格，并选择正确的就诊类型。

11、异地就医备案直接备案到就医地。

异地就医（包括异地长期居住和临时外出就医人员）直接备案到就医地，不再备案到具体医疗机构，异地就医普通门诊不受签约基层医疗机构范围和等级限制，异地就医门诊慢特病取消定点医疗机构家数限制，参保人员可在备案的就医地所有开通联网的定点医疗机构中自主选择就医并联网结算。

12、异地就医备案渠道。



扫码进入“济宁医保”小程序

安卓iOS

扫码下载“国家医保服务平台”APP

五、医保电子凭证

1、什么是医保电子凭证？

医保电子凭证是由国家医保局统一签发，为全国医保参保人员生成的、唯一的医保身份识别电子介质，是全国医保线上业务唯一身份凭证。具备安全可靠、认证唯一等重要特点。

2、如何领取、激活医保电子凭证？

医保电子凭证依托实体卡存在，但可独立使用，参保人可通过国家医保服务平台APP，微信、支付宝中“济宁医保”小程序等，自动进行人脸识别认证后激活使用。

3、医保电子凭证有哪些用途？与实体卡相比有哪些优势？

医保参保人可以通过医保电子凭证享受各类在线医疗保障服务，包括医保业务办理、医保账户查询、医保就医购药时实现全流程应用，无需再携带其他实体卡，实现“一码在手，医保无忧”。医保电子凭证与实体卡或其他相比有四个突出优点：一是方便快捷。参保人可通过国家医保APP、微信、支付宝等由国家医保局认证授权的第三方渠道激活使用，十分方便。二是应用丰富。医保电子凭证广泛应用于医保查询、参保登记、报销支付等医保各业务场景，一张电子凭证，可以办理所有的医保业务。三是全国通用。医保电子凭证由国家医保信息平台统一生成，标准全国统一，跨区域互认，参保人可以凭证在全国办理有关医保业务。如省内异地就医购药、跨省购药等。四是安全可靠。医保电子凭证通过实名和实人认证，采用国产加密算法，数据加密传输，动态二维码展示，确保了个人信息和医保基金使用安全。

4、日常生活中，医保电子凭证能为我们提供哪些高效、便捷的服务？

便捷一：无需排队等候，滑动指尖”掌上办”。通过手机激活自己的医保电子凭证，看病、取药过程中只需要扫码或刷脸进行医保身份的确认、医保结算，就可以进入下一个环节，不需要到窗口排队。除此之外，如果只需要购买非处方药，可以到药店通过医保电子凭证扫码或刷脸购药。

便捷二：异地就医备案不用愁，滑动指尖“轻松办”。用手机通过国家医保APP或微信、支付宝等官方授权渠道激活医保电子凭证，确认参保人身份，然后进行异地就医备案。医保电子凭证由国家医保信息平台统一生成，标准全国统一，跨区域互认，参保人可以依此在全国办理有关医保业务。

5、没有申领或激活医保电子凭证，之前办理的社保卡还可以看病买药吗？

可以用社保卡正常就医购药。建议在家人或者医院、药店工作人员帮助下，激活医保电子凭证，以后就不用带社保卡了，避免因丢失社保卡带来的补办手续和额外花费。

6、什么是医保电子凭证全流程应用？

基于全国统一的医保信息平台和医保电子凭证为参保人提供便捷可靠的医保移动支付解决方案，实现地方医保业务、第三方渠道、定点医药机构接入医保移动支付中心，参保人使用国家医保APP或国家局授权第三方渠道无需到缴费窗口即可完成医保基金和个人自付资金线上支付或线下终端支付，同时为参保人或普通用户便民缴费、待遇发放、就医报销提供技术支撑。通过医院和医保信息系统对接、改造，在医院HIS、移动端小程序、第三方渠道等应用端实现医保电子凭证预约挂号、诊疗检查、诊间结算、医保结算、自助机结算、药房取药、报告查询等全流程就医服务应用场景建设。

六、生育保险

1、什么是生育保险？

生育保险是国家通过社会保险立法，对生育职工给予经济、物质等方面帮助的一项社会政策。其宗旨在于通过向生育女职工提供生育津贴以及医疗服务等方面的待遇，保障她们因生育而暂时[丧失劳动能力](https://baike.so.com/doc/6689054-6902958.html%22%20%5Ct%20%22https%3A//baike.so.com/doc/_blank)时的基本经济收入和医疗保健，帮助生育女职工恢复劳动能力，重返工作岗位，从而体现国家和社会对妇女在这一特殊时期给予的支持和爱护。

《中华人民共和国社会保险法》对生育保险有着明确的法律规定：第五十三条职工应当参加生育保险,由用人单位按照国家规定缴纳生育保险费,职工不缴纳生育保险费。用人单位已经缴纳生育保险费的,其职工享受生育保险待遇（包括生育医疗费用和生育津贴）；男职工未就业配偶按照国家规定享受生育医疗费用待遇。所需资金从生育保险基金中支付。

2、如何申领职工生育保险待遇？

目前有三种方式：

一是在定点医疗机构联网报销，即时结算，参保职工仅需支付自付部分医疗费用，企业女职工享受生育津贴的，实行免申即享。

二是线上零跑腿办理生育保险待遇，那就是通过“济宁医保”小程序或“爱山东APP”，上传生育报销材料，由参保地医保经办机构审核通过后，确定报销待遇。

三是现场办理，参保职工或单位医保经办人向参保地医保经办机构提交报销材料，由医疗保险经办机构审核确定生育保险待遇。

3、济宁市参保女职工生育津贴支付标准是多少？

①女职工生育时连续参保缴费满1年的，生育次月即可申请领取生育津贴；生育时连续缴费不满1年的，用人单位连续为职工参保缴费满1年后，再向医疗保险经办机构申报生育材料，由医疗保险基金补支职工生育津贴；

②女职工分娩申领津贴天数：顺产为98天；剖腹产、难产的增加15天；多胞胎生育的，每多生一胎增加15天。

③女职工实施计划生育手术申领津贴天数：怀孕未满4个月流产的15天；怀孕满4个月引、流产的42天。

④女职工生育津贴支付标准：单位上年度月平均缴费工资除以30天乘以津贴天数。

4、济宁市参保女职工生育保险待遇有哪些？

（1）女职工分娩发生范围内医疗费，在协议管理医疗机构实行个人零负担；女职工因保胎或生育引发并发症、各类疾病发生的住院费用，按照基本医疗保险政策规定进行费用结算；

（2）参保人员住院分娩或怀孕16周以上（含16周）住院引（流）产的，产前检查费用定额补助1600元/人次；

（3）符合基本医疗保险规定的计划生育手术费、住院引（流）产发生的医疗费，实行限额结算。高于限额标准的按限额标准执行，低于限额标准的据实结算。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 类别 | 序号 | 病种 | 限额结算标准(元) |
| 引(流）产类 | 1 | <8周妊娠住院流产 | 800 |
| 2 | 8-12周妊娠住院流产 | 1000 |
| 3 | 12-16周妊娠住院引(流)产 | 1200 |
| 4 | 16-37周妊娠住院引(流)产 | 1300 |
| 5 | >37周妊娠住院引产 | 2500 |
| 计划生育手术类 | 1 | 早期妊娠门诊流产 | 550 |
| 2 | 门诊人工流产放置(取出)宫内节育器 | 600 |
| 3 | 放置宫内节育器 | 150 |
| 4 | 取出宫内节育器 | 150 |
| 5 | 避孕药皮下埋植或取出术 | 150 |
| 6 | 宫腔镜下取出宫内节育器 | 600 |
| 7 | 开腹(或经腹腔镜)取环术 | 2000 |
| 8 | 输卵管结扎术 | 1200 |
| 9 | 输精管结扎术 | 600 |

七、长期护理保险

1. 长期护理保险的作用是什么？

长期护理保险为因年老、疾病、伤残等原因长期处于失能或半失能状态的参保人员提供基本照护服务保障。

2、我市长期护理保险的覆盖范围。

长期护理保险包括职工长期护理保险和居民长期护理保险。参加我市基本医疗保险人员纳入长期护理保险覆盖范围。

3、参加长期护理保险缴费方式。

（1）职工长期护理保险缴费政策。职工长期护理保险基金通过基本医疗保险统筹基金、个人缴费及财政补助、福彩公益金等渠道筹集，并接受企业、单位、慈善机构等社会团体和个人的捐助。职工长期护理保险按每人每年100元筹资。医疗保障经办机构于每年1月底前，从职工基本医疗保险统筹基金中按每人每年60元的标准划拨至职工长期护理保险基金账户；从个人医保账户中按每人每年30元的标准划拨至职工长期护理保险基金账户，个人账户当月不足的，从次月予以划拨。财政和福彩公益金补助资金由同级财政部门各按每人每年5元的标准，于每年1月底前一次性划拨至职工长期护理保险基金账户。

（2）居民长期护理保险缴费政策。居民长期护理保险基金通过基本医疗保险基金、个人缴费、财政补助等渠道筹集。居民长期护理保险按每人每年30元筹资。医疗保障经办机构于每年1月底前，从居民基本医疗保险基金中按每人每年15元的标准划拨至居民长期护理保险基金账户；县级财政部门按每人每年10元的标准，于每年1月底前一次性划拨至居民长期护理保险基金账户；个人每人每年缴费5元，与居民基本医疗保险基金资助参保的人员免缴)。

居民长期护理保险在全市范围内开展试点，试点期从本办法施行之日起至2025年度。试点期间长期护理保险筹资全部从居民基本医疗保险基金中列支；2026年度起，按照前款规定筹集居民长期护理保险基金。

4、参加长期护理保险享受待遇的形式有哪些？

(一)医疗专护，是指定点医疗机构设置医疗专护病房，为参保人员长期提供24小时连续医疗护理服务和基本生活照料服务。

(二)机构护理，是指定点养老机构为参保人员长期提供24小时连续医疗护理服务和基本生活照料服务。

(三)居家护理，是指定点护理服务机构安排医护人员到参保人员家中提供医疗护理服务和基本生活照料服务。

5、享受长期护理保险待遇的条件是什么？

参保人员因年老、疾病、伤残等原因导致失能已达30天以上，且经医疗机构规范治疗，失能状态预期持续6个月以上，生活不能自理，病情基本稳定，可申请长期护理保险待遇。

1. 如何申请享受长期护理保险待遇？

（1）个人申请。参保人员需办理医疗专护、机构护理、居家护理的，由本人或其家属(监护人)携带相关病历材料、社会保障卡或身份证，向定点护理服务机构提出申请，并填写《长期护理失能等级评估申请表》和《长期护理失能等级自评表》

（2）机构初评。定点护理服务机构接到申请后，按规定安排医保医师对申请人的病情和自理情况进行初步审核，初步评估符合条件的，在接到申请后3个工作日内通过医疗保障信息系统向参保所在地医疗保障经办机构进行网上申请。

（3）现场评估。医疗保障经办机构或经医疗保障经办机构委托的第三方机构在接到网上申请后3个工作日内，安排专业人员按照《长期护理失能等级评估表》(附件3)规定的相关项目进行现场评估，并保存现场影像资料。现场评估结束后，按照《长期护理综合失能等级划分表》(附件4)最终判定失能等级，于2个工作日内将评估结论告知申请人，并上传至医疗保障信息系统。

（4）结论公示及下达。评估结论进行社会公示，公示期不少于5天，公示无异议的，公示期满次日为核准建床的起始日期，有效期为2年。定点护理服务机构对申请长期医疗护理的参保人员建床后，要及时进行身份识别、指纹对比和联网登记工作。

7、可选择的长护服务类型有哪些？

不同失能等级，选择相应的服务类型：长期护理失能等级2级(中度失能)的，可申请居家护理，申请机构护理或医疗专护的，按居家护理的标准进行结算；3级(重度失能I级)的，可申请居家护理或机构护理，申请医疗专护的，按机构护理的标准进行结算；4级(重度失能Ⅱ级)、5级(重度失能Ⅲ级)，可申请居家护理、机构护理或医疗专护。

8、长期护理保险待遇标准是如何规定的？

职工医保参保人员发生的符合基本医疗保险规定的医疗护理费和我市长期护理保险护理项目费用，长期护理保险基金支付不设起付线。医疗专护在一、二、三级定点医疗机构的长期护理基金支付比例分别为90%、85%、80%,机构护理的支付比例为85%,居家护理的支付比例为90%。

居民医保参保人员发生的符合基本医疗保险规定的医疗护理费和我市长期护理保险护理项目费用，长期护理保险基金支付不设起付线。医疗专护在一、二、三级定点医疗机构的长期护理基金支付比例分别为75%、70%、65%；机构护理支付比例为70%；居家护理不设支付比例，每日长期护理保险基金支付限额为30元。

9、享受长期护理保险待遇期间，不可以同时享受住院等其他医保待遇。

参保人员享受长期护理保险待遇期间，不得同时享受由医保基金支付的基本医疗保险住院待遇，可以按规定享受门诊慢特病、“两病”门诊和普通门诊统筹待遇。

10、长期护理保险基金不予支付情形有哪些？

对应由法律法规规定享受相关护理待遇，以及应由第三方支付的医疗护理费用，长期护理保险基金不予支付。

八、便民服务热线及掌办网办渠道

1、济宁市医保便民服务联系电话

任城区0537-5660596兖州区0537-3420221

曲阜市0537-4893118泗水县0537-6505577

邹城市0537-5233233微山县0537-8266211

鱼台县0537-6229900金乡县0537-8709238

嘉祥县0537-6851817汶上县0537-7909111

梁山县0537-7309116高新区0537-7812333

太白湖0537-6537218经开区0537-6990753

兖 矿0537-5367606市本级0537-2937536

2、掌办、网办渠道



（“济宁医保”小程序） （“爱山东”APP）

掌上办理↑↑↑

网办网址：https://jnybggfw.cn/SmPsc/#/login