

# 目 录

## 一、医疗保险的办理

- 1、如何缴纳基本医疗保险费 ..... 1
- 2、如何缴纳补充医疗保险费 ..... 1
- 3、退休后个人是否还需缴纳基本医疗保险费 ..... 1
- 4、个人账户金是如何构成和划入的 ..... 2
- 5、医疗保险个人账户的支付范围是如何规定的 ..... 2
- 6、基本医疗保险个人账户余额是否可以继承 ..... 2
- 7、如何办理社会保障卡的注销及社会保障卡资金怎样支取  
..... 3
- 8、社会保障卡医疗保险个人账户如何查询 ..... 3

## 二、门诊就医

- 1、参加基本医疗保险人员如何选择定点医疗机构 ..... 3
- 2、如何到定点医院看普通门诊 ..... 4
- 3、医保门诊就医开药量有规定吗 ..... 4
- 4、慢性病患者门诊就医开药量有什么特殊规定吗 ..... 4
- 5、参保人员门诊医疗保险待遇是怎样的 ..... 5
- 6、什么是起付标准、统筹基金最高支付限额 ..... 6
- 7、单位有门诊部的参保人员门诊就医有哪些规定 ..... 6
- 8、门诊就医需要注意哪些问题 ..... 6

## 三、住院就医

- 1、住院定点医院如何选择 ..... 7

2、如何办理入院	7
3、如何办理出院	7
4、住院就医需要注意哪些问题	7
5、医疗机构为参保人员提供医疗保险范围外的药品、诊疗服务时应注意什么	8

6、参保人员住院医疗保险待遇是怎样的	8
--------------------	---

#### **四、门诊大病就医**

1、门诊大病包括哪些	9
------------	---

2、门诊大病如何办理	9
------------	---

3、如何到定点医疗机构看门诊大病	10
------------------	----

4、在非定点医院发生门诊大病时如何处理	10
---------------------	----

5、门诊大病医疗保险待遇是怎样的	10
------------------	----

#### **五、异地就医住院联网直接结算**

1、哪些人可办理异地就医备案	10
----------------	----

2、办理异地就医备案所需材料有哪些	11
-------------------	----

3、办理程序是什么	11
-----------	----

4、异地安置人员（异地长期居住人员）、常驻异地工作人员选择门诊定点医院有哪些规定	12
--	----

5、异地安置人员（异地长期居住人员）、常驻异地工作人员就医需注意哪些问题	13
--------------------------------------	----

#### **六、异地转诊转院**

1、办理异地转诊转院的条件是什么	13
------------------	----

2、办理异地转诊转院应注意的问题有哪些	14
---------------------	----

3、异地转诊转院的医疗费用报销比例	14
-------------------	----

## 七、零星报销

## 八、医保药品费用报销

- 1、基本医疗保险准予结算的药品费用是如何规定的·····15
- 2、大病保险特殊药品费用是如何规定的·····16
- 3、医疗保险不予支付的药品有哪些·····17

## 九、诊疗项目费用报销

- 1、诊疗项目的报销有哪些规定·····17
- 2、医疗保险不予支付的诊疗项目范围是如何规定的·····18

## 十、其他报销规定

- 1、高值医用材料的报销有哪些规定·····20
- 2、一次性医用材料的报销有哪些规定·····20
- 3、医疗保险不予支付医疗服务设施范围包括哪些·····20
- 4、基本医疗保险和巨额医疗费用补助金不予支付的费用有哪些·····21

## 十一、生育医疗费支付

- 1、享受职工生育医疗费用的条件有哪些·····21
- 2、生育医疗费资金支付范围是如何规定的·····21
- 3、生育医疗费用结算需要提供哪些材料·····22



## 一、医疗保险的办理

### 1、如何缴纳基本医疗保险费？

省直基本医疗保险基金是由用人单位和职工共同缴纳，简单地说是由“8+2+20”构成。

“8”是指用人单位按本单位上年度职工月平均工资总额的8%缴纳基本医疗保险费；

“2”是指用人单位职工按上年度本人月平均工资的2%缴纳基本医疗保险费；

“20”是参保职工和退休人员每人每月缴纳20元大额医疗费用补助金（参加补充医疗保险的，从补充医疗保险资金中统一划入10元，另外10元由个人账户划入）。

### 2、如何缴纳补充医疗保险费？

省属驻济机关、事业单位职工及其退休人员按规定可参加补充医疗保险。补充医疗保险费以本单位上年度职工月平均工资总额和退休人员月均退休费总额的3%缴纳补充医疗保险。

### 3、退休后个人是否还需缴纳基本医疗保险费？

（1）启动实施基本医疗保险制度前，已经退休的人员，不缴纳基本医疗保险费（2%），按规定享受基本医疗保险待遇。

（2）启动实施基本医疗保险制度后退休的人员，实行最低缴费年限制度。参保职工累计缴费年限（含视同缴费年限，按国家和省规定计算的工龄视同缴费年限）达到男满30年、女满25年的，退休后不再缴纳基本医疗保险费，按规定享受基本医疗保险待遇。

（3）职工符合退休条件办理退休时，达不到最低缴费年限的，须由个人和用人单位按规定的缴费基数和比例一次性补缴基本医疗

保险费。

#### 4、个人账户金是如何构成和划入的？

个人账户金由三部分构成，具体标准：

(1) 职工个人缴纳的基本医疗保险费（上年度本人月平均工资的 2%），全部划入本人个人账户。

(2) 用人单位缴纳的基本医疗保险费的一部分按照不同年龄确定划入个人账户金额：

① 不满 35 周岁的职工，每月划入 50 元；

② 35 周岁以上不满 45 周岁的职工，每月划入 70 元；

③ 45 周岁以上不满 55 周岁的职工，每月划入 90 元；

④ 55 周岁以上的职工，每月划入 110 元；

⑤ 不满 60 周岁的退休人员，每月划入 170 元；

⑥ 60 周岁以上不满 70 周岁的退休人员，每月划入 190 元；

⑦ 70 周岁以上的退休人员，每月划入 220 元

(3) 省属驻济机关、事业单位参加补充医疗保险后，按(2)规定的年龄和标准，由补充医疗保险金划入个人账户。

(4) 职工月缴费基数在省全口径月平均工资 150%-200%（含）的，个人账户每月增加 10 元；200%-250%（含）的，每月增加 20 元；250%以上的，每月增加 30 元。

#### 5、医疗保险个人账户的支付范围是如何规定的？

(1) 用于支付门诊和住院费用中需要个人自负的部分。

(2) 用于支付定点零售药店购药费用。

(3) 其他按规定应支付的费用。

#### 6、基本医疗保险个人账户余额是否可以继承？

个人账户的本金和利息，为个人所有，只能用于基本医疗保险，但可以结转使用和继承。

## **7、如何办理社会保障卡的注销及社会保障卡资金怎样支取？**

(1) 支取个人帐户资金范围：符合下列情况之一的，参保人员可以支取社会保障卡个人帐户资金：

① 参保人员出国定居的；

② 参保人员将医疗保险关系转移至本统筹地区外的；

③ 参保人员死亡后，个人帐户余额由继承人领取的；

④ 参保人员转异地安置或长期驻外（仍属于省直参保范围）等其他符合支取条件的情况。

### **(2) 操作流程**

① 职工本人或者代办人持社保卡、代办人和本人身份证、《省直医疗保险个人帐户销户结清支取代办证明》（代办时使用）到省人力资源市场政务大厅，打印《省直医疗保险个人账户销户结清支取单》；

② 职工本人或者代办人持《省直医疗保险个人账户销户结清支取单》，去指定承办银行办理。

## **8、社会保障卡医疗保险个人账户如何查询？**

(1) 可以通过省人力资源市场政务大厅的医保窗口和触摸屏及定点医疗机构读卡设备及承办银行进行查询。

(2) 可以通过拨打劳动保障 12333 咨询电话进行查询。

## **二、门诊就医**

### **1、参加基本医疗保险人员如何选择定点医疗机构？**

(1) 参保人员可在省直定点医疗机构范围内选择 4 所医疗机构

(不限中医或西医)，并通过医疗保险信息系统自动实现，原则上一年内不变。需要调整门诊定点医疗机构的，原则上在下一年度按照就医顺序重新默认4所医疗机构。

(2) 属于专科疾病的，可到定点专科医院门诊自行选择就医。

(3) 急症就医原则上不受定点范围限制。

## **2、如何到定点医院看普通门诊？**

参保人员在门诊就医时要持《社会保障卡》和定点医疗机构病历到省直医疗保险专用挂号窗口或者其他挂号窗口挂号，到省直医疗保险审核、结算窗口进行费用结算。需要个人负担的，可从个人账户支付或者个人现金自付，需要统筹基金支付的由医院记帐。

## **3、医保门诊就医开药量有规定吗？**

定点医疗机构要严格执行卫生部《处方管理办法》、《抗菌药物临床应用管理办法》及省直医保基本医疗保险用药、诊疗等规定要求，合理施治，严格控制门诊大处方。医师开具西药处方须符合西药疾病诊治原则，开具中成药处方须遵循中医辨证施治原则和理法方药，对于每一最小分类下的同类药品，原则上不叠加使用。要按照先甲类后乙类、先口服制剂后注射制剂、先常释型后缓释型等原则开具使用药品；处方一般不超过7日用量；急诊处方及注射制剂一般不超过3日用量；中医推拿、各种灸疗、理疗等治疗，一次处方不得超过5次。

## **4、慢性病患者门诊就医开药量有什么特殊规定吗？**

(1) 对诊断明确、病情稳定并需长期连续服用相对固定药物(限西药)的慢性病患者，经本人或委托直系亲属提出申请，选定一所定点医疗机构并在医疗机构医保办备案后，根据医疗机构医师确定

的治疗方案，每次可按一个月处方量取药。

## （2）慢性病患者短期外出带药

对患慢性病需要长期服药的参保人员，因各种原因短期外出需带药的，所带药品限本人慢性病日常用药。一次带药量1个月以上3个月以内的，填写《省直医疗保险短期外出带药备案表》，经单位确认后，到定点医院（目前限定山东中医药大学第二附属医院、山东大学第二附属医院两家，这两家医院没有的专科疾病用药可到专科医院取药）审核取药，取药后社保卡暂留医院医保办或通过医保信息系统锁定，期间在定点医院不能刷卡结算。带药涉及的种类、剂型要符合卫生部门临床用药管理的有关规定。

## 5、参保人员门诊医疗保险待遇是怎样的？

门诊（含急诊、急诊留院观察）费用由基本医疗保险、大额医疗费用和补充医疗保险共同负担，按不同费用段，分别给予补助。

（1）参保人员门诊就医发生的符合省直医疗保险规定的医疗费用，基本医疗保险统筹基金支付设立起付标准和最高支付限额。一个医疗年度内起付标准为1500元（含1500元），起付标准以下的费用由个人账户支付或个人自付。起付标准以上至最高支付限额的费用，在三级医疗机构发生的医疗费用职工负担25%，退休人员负担20%，建国前参加工作的老工人负担15%；在二级及以下医疗机构发生的医疗费用个人负担比例分别比三级医疗机构降低5个百分点。一个医疗年度内，统筹基金支付门诊费用最高限额为6000元。超过最高支付限额的费用通过大额医疗费补助资金和补充医疗保险资金解决。

（2）参保人员的门诊医疗费基本医疗保险统筹基金最高支付限

额以上的部分，大额医疗费用补助资金给予 50% 的补助，最高补助 2000 元。

(3) 一个医疗年度内发生的符合基本医疗保险支付范围的医疗费用门诊起付标准以上的个人负担部分，由补充医疗保险资金再给予 70% 补助。

#### **6、什么是起付标准、统筹基金最高支付限额？**

(1) 起付标准是指参保人员每个医疗年度内，先由个人账户或自费支付的费用（住院和门诊起付标准都不包含自费项目和首先自负部分），超出起付标准的医疗费用再由统筹基金和个人分担。

(2) 统筹基金最高支付限额（封顶线）是指在一个医疗年度内统筹基金累计支付的最高限额。

#### **7、单位有门诊部的参保人员门诊就医有哪些规定？**

单位有门诊部的参保人员原则上要首先在本单位门诊部就医。单位门诊部不能进行门诊恶性肿瘤、肾透析、器官移植后抗排异等门诊大病的费用结算（一级以上医疗机构除外）

#### **8、门诊就医需要注意哪些问题？**

(1) 参保人员要持本人门诊病历、社会保障卡进行挂号、就医、刷卡记账结算；

(2) 对年老体弱需要别人代拿药的，须持双方身份证明，经医疗机构审核后予以记账结算；

(3) 杜绝不审核既往就诊取药信息、不写病历、患者不带病历、点名开药做检查等现象发生；

(4) 医保医师是省直医疗保险参保人员的，原则上不能给自己开处方、开检查单、开化验单等。

(5) 人、卡不一致，病历诊断与取药、检查不相符，存在重复取药、超量配药的，定点医疗机构不予记账；

(6) 对于超量取药的，定点医疗机构窗口人员可提出调整药量的意见；

(7) 参保人员不能转借社会保障卡，不能冒用、借用社保卡开药、做检查，经查实的，定点医疗机构要扣其社保卡，记入个人就医信用档案，情节严重的，本年度就医不能再在定点医疗机构记账，改为个人垫付，年终由单位汇总到省医保中心按规定报销。

### **三、住院就医**

#### **1、住院定点医院如何选择？**

住院不受定点限制。参保人员可在定点范围内所有综合医院、专科医院根据病情需要自主选择就医。

#### **2、如何办理入院？**

参保人员持社会保障卡、定点医疗机构病历等有关凭证办理入院手续。

#### **3、如何办理出院？**

首先到医院医保办进行审核，审核后由医院医保办加盖审核专用章。然后到出院结算窗口，办理出院结算手续，参保人员按规定支付个人应承担的费用。

#### **4、住院就医需要注意哪些问题？**

(1) 患者必须持社保卡办理入院，不能及时出具社保卡的应在办理入院次日进行社保卡补登记。患者在住院期间，不能在门诊就医取药，否则费用自理；

(2) 出院有关规定：患者治愈出院一般不予带药，确需带药

的一般不得超过 7 天量，不得带注射针剂及检查、化验和治疗等项目；

(3) 医疗保险医疗年度为公历自然年度。住院患者需要跨医疗年度治疗、结算的，以入院日期为准计算医疗待遇。

(4) 急诊、急诊留院观察费用属门诊医疗费，不转入住院结算。

### **5、医疗机构为参保人员提供医疗保险范围外的药品、诊疗服务时应注意什么？**

定点医疗机构为参保人员提供医疗保险范围外的药品、诊疗项目和服务设施的，应征得参保人或其家属的同意并签字后，方可提供使用。

### **6、参保人员住院医疗保险待遇是怎样的？**

参保人员住院报销费用由基本医疗保险、大额医疗费用和补充医疗保险共同负担，按不同费用段，分别给予补助：

(1) 参保人员住院发生的医疗费用，基本医疗保险统筹基金支付设立起付标准和最高支付限额。起付标准按医疗机构级别分别确定：一个医疗年度内，参保人员首次住院，三级医疗机构为 1000 元，二级及以下医疗机构为 400 元，第二次住院起付标准减半，自第三次住院起不再设立起付标准。起付标准以下的费用由个人账户支付或个人自付。起付标准以上至基本医疗保险最高支付限额的住院医疗费用，三级医疗机构职工负担 15%，退休人员负担 10%，建国前参加工作的老工人负担 5%；二级及以下医疗机构职工负担 10%，退休人员负担 5%，建国前参加工作的老工人负担 2%。一个医疗年度内，基本统筹基金支付住院费用的最高限额为 24 万元。最高支付

限额以上的费用通过大额医疗费用补助资金和补充医疗保险资金解决。

(2) 参保人员的住院医疗费统筹基金最高支付限额以上的部分，大额医疗费用补助资金给予 95% 的补助，上不封顶。

(3) 住院医疗费用补助。一个医疗年度内发生的符合基本医疗保险支付范围的医疗费用住院起付标准上的个人负担部分，由补充医疗保险资金再给予 90% 补助，享受普通保健人员给予 95% 的补助。享受特字保健和普通保健待遇人员住保健病房按规定标准给予床位费补助。

#### **四、门诊大病就医**

##### **1、门诊大病包括哪些？**

- (1) 尿毒症透析；
- (2) 恶性肿瘤（含白血病）放化疗及相关治疗；
- (3) 器官移植后抗排异治疗；
- (4) 精神病

对使用雷珠单抗、康柏西普眼内注射治疗黄斑病变以及使用重组人干扰素  $\beta$ -1b 治疗多发性硬化症的参保人员，参照门诊大病有关政策进行管理。

##### **2、门诊大病如何办理？**

自 2018 年 8 月起，参保人员在就诊的定点医疗机构医保部门办理门诊大病备案，并领取《省直医疗保险门诊大病专用病历》。医疗机构按照省直医保大病规定的准入条件进行审核确认（病种名称、准入条件及医保支付范围），通过信息平台报省医疗保险事业中心备案。

长期异地居住人员及驻外工作人员无法从医疗机构备案的，仍可按原途经通过单位经办人提交材料，到窗口办理。

### **3、如何到定点医疗机构看门诊大病？**

门诊大病人员就医流程与普通门诊基本一致，不同之处在于：

(1) 使用《省直医疗保险门诊大病专用病历》本开药、结算；

(2) 门诊大病患者原则上固定 1 家综合性定点医疗机构和 1 家专科定点医疗机构就医；

(3) 门诊大病处方原则上控制在两周用量；

(4) 只有属于治疗门诊大病的药品、与门诊大病直接相关的检查、治疗项目才可享受门诊大病待遇；其他与门诊大病无关的药品、与门诊大病非直接相关的检查、治疗项目，按普通门诊待遇处理。

### **4、在非定点医院发生门诊大病时如何处理？**

与在非定点医院发生普通门（急）诊处理程序一致。

### **5、门诊大病医疗保险待遇是怎样的？**

门诊大病医疗费用报销不设起付标准，一个医疗年度按一次住院管理和结算。

## **五、异地就医住院联网直接结算**

### **1、哪些人可办理异地就医备案？**

(1) 异地安置人员（异地长期居住人员）

异地安置人员（异地长期居住人员）是指参保单位退休人员回原籍或者定居地长期居住（6 个月以上）的人员。

(2) 常驻异地工作人员

常驻异地工作人员是指参保单位派驻异地工作，且工作地点稳定，工作时间在 6 个月以上的人员。

### （3）异地转诊转院人员

异地转诊转院是指因病情需要，参保患者到参保地（长期居住地）以外的医疗机构就治疗，并按规定办理了异地转诊转院手续的。

### （4）急诊急救住院的

参保人员因公出差或休假外出等过程中出现急、危重病时，在异地（参保地或居住地以外）医疗机构进行的急诊住院。

特别提醒：异地就医住院直接结算不是就医漫游，只有符合条件并办理了备案手续的方可联网直接结算。

## 2、办理异地就医备案所需材料有哪些？

（1）异地安置人员（异地长期居住人员）：《省直医疗保险异地人员备案信息汇总表》一份；

（2）常驻异地工作人员：《省直医疗保险异地人员备案信息汇总表》一份、提供异地工作证明一份。

（3）异地转诊人员：提供转诊凭证一份。

（4）异地急诊人员：提供急诊诊断证明一份。

## 3、办理程序是什么？

第一步：先备案。

对属于异地安置（异地长期居住人员）、常驻异地工作人员，由本人向所在用人单位提出申请，符合条件的，参保单位按规定填写、报送《省直医疗保险异地人员备案信息汇总表》，到省医保中心办理备案或网上办理；异地转诊转院人员按规定办理转诊手续后，由转出医院上传转诊信息至省医保中心或直接持转诊凭证到医保中心办理联网备案，一年之内因同一疾病再次转诊的，可由单位经网

上或电话办理备案；参保人员在异地发生急诊急救住院，可将急诊诊断证明发传真至省医保中心，并通过电话、传真或 QQ 群等多种方式告知省医保中心联网备案。

特殊情况下未按规定办理转诊转院手续自行外出就医的，符合基本医疗保险规定的费用，由原先不予报销改为个人首先自付 30%，再按基本医疗保险政策规定报销。入院 24 小时内可办理联网备案，出院时直接结算。

第二步：选定点。

要选择接入国家异地就医结算系统的医院住院就医。按照规定自主选择居住地所在统筹区内异地联网医院住院（门诊继续执行原定点规定）。

第三步：持社保卡住院就医。

特别提醒：跨省异地就医必须使用社保卡方可联网结算，在出省就医前持社会保障卡到省医保中心做卡鉴权，以确保社保卡能正常使用。

#### **4、异地安置人员（异地长期居住人员）、常驻异地工作人员选择门诊定点医院有哪些规定？**

异地安置人员（异地长期居住人员）、常驻异地工作人员可在居住地所在地级市内选择 3 家医疗保险定点医疗机构作为门诊就诊医院（居住地为直辖市的在市内选择 3 家）。发生的门诊医疗费用先自行垫付，治疗结束后将医院收费票据，费用清单交参保单位，由单位统一报送省医保中心审核结算。一个医疗年度内，个人选定的定点医疗机构原则上不得变更。对需要变更的，应在新的医疗年度开始前 1 个月内，由用人单位填报《省直医疗保险异地人员备案

信息汇总表》，统一报省医保中心办理变更手续。

### **5、异地安置人员（异地长期居住人员）、常驻异地工作人员就医需注意哪些问题？**

（1）异地安置人员（异地长期居住人员）、常驻异地工作人员在非本人选定的医疗机构发生的非联网结算费用（急诊除外）不予报销。因出差、探亲、休假等原因发生急诊在非本人选定的医疗机构就医的，治疗结束后，将医院收费票据、费用清单、急诊诊断证明交参保单位，由单位统一报省医保中心审核结算。对符合基本医保规定的费用，在居住地省（市、自治区）内急诊个人首先自付5%，在居住地省（市、自治区）外急诊个人首先自付10%，再按照省直医保有关规定结算。

（2）异地安置人员（异地长期居住人员）、常驻异地工作人员符合办理门诊大病条件的，应按照规定办理。

（3）异地安置人员（异地长期居住人员）、常驻异地工作人员转诊到居住地所在省（市、自治区）以外医院就诊的，参照转诊转院有关规定办理和结算。

（4）异地住院结算执行就医地的目录（基本医疗保险药品目录、诊疗项目、服务设施标准），参保地的支付政策（医保基金的起付线、支付比例、最高支付限额等）。因各地目录差异，联网直接结算与回参保地报销可能存在待遇差，属于正常现象。

（5）省直医保参保人在已实现异地就医联网结算的地区住院就医的，原则上不再接收住院费用零星结算申请。

## **六、异地转诊转院**

### **1、办理异地转诊转院的条件是什么？**

异地转诊转院是指因病情需要，参保患者到省外医疗机构就诊治疗的。

(1) 省直定点医疗机构限于技术或设备条件不能诊治的危重疑难病症；

(2) 经省直三级定点医疗机构或专科医院多次检查、会诊仍未确诊的疑难病症；

(3) 省外接诊医院对相关疾病的诊疗水平应高于转出医院，一般应为当地医疗保险定点医院。

## **2、办理异地转诊转院应注意的问题有哪些？**

(1) 由省直三级定点医疗机构或专科医院主治医师以上的医生，填写《省直医疗保险异地转诊转院审核备案表》，经科主任和医院医保办审核签章后，由医院医保办将转诊信息上传省医保中心备案。未实现医院端上传转诊信息的，需将签章后的《省直医疗保险异地转诊转院审核备案表》报省医保中心备案。

(2) 如遇特殊情况，确需紧急转诊的，定点医疗机构和参保人应在 5 个工作日内补办相关手续。

(3) 对符合条件并办理了转诊转院手续的，同一疾病的治疗原则上有效期一年，对癌症、器官移植或其他重大疾病确需延长转院治疗期限的，用人单位于有效期截止前 1 个月向省医保中心提出延长申请，经审核符合条件的可适当延长。

## **3、异地转诊转院的医疗费用报销比例？**

参保人员因病情需要在居住地所在省（市、自治区）内转诊的，对符合基本医保规定的费用，个人首先自付 5%，再按照省直医保有关规定结算。转诊转院到居住地所在省（市、自治区）外医疗机构

就医的，个人首先自付 10%，再按照省直医保有关规定结算。特殊情况下未按规定办理转诊转院手续自行外出就医的，符合基本医疗保险规定的费用，由原先不予报销改为个人首先自付 30%，再按基本医疗保险政策规定报销。

## 七、零星报销

异地安置人员（异地长期居住人员）、常驻异地工作人员在选定的定点医疗机构发生的门急诊、门诊大病及因急诊在非联网医院发生的住院费用可申请零星报销。办理流程如下：

1. 单位经办人持医院收费票据、费用清单、出院记录（诊断证明）、急诊提供急诊诊断证明进行申报（现场提供或网上填报）；

2. 省医保中心受理审核，材料齐全的 15 个工作日内办理完结。对材料不全的，一次性告知需补齐的材料；

3. 通过网上系统提交的材料的，经审核后，符合条件的，通过网上系统告知审核结果。对材料不全的，通过网上系统告知所需补齐的材料。

4. 省医保中心按规定审核结算后，将报销医疗费用拨付至参保人员社保卡金融区。

## 八、医保药品费用报销

### 1、基本医疗保险准予结算的药品费用是如何规定的？

基本医疗保险用药范围按《山东省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》（2017年版）（简称《药品目录》）进行管理。

《药品目录》所列药品共 2819 个（含国家谈判药品 36 个），包括西药 1456 个，中成药 1363 个（含民族药 91 个）。《药品目录》收录的西药甲类药品 402 个，中成药甲类药品 192 个，其余为乙类药

品。基本医疗保险基金支付药品费用时，区分甲类、乙类。

属于《药品目录》范围内的药品，所发生的费用按以下原则支付：

（1）使用甲类药品发生的费用，按基本医疗保险的规定支付。

（2）使用乙类药品发生的费用，先由参保人员个人自付 5%，其中部分限定适用范围的药品个人负担 10%后，再按照基本医疗保险的有关规定支付。医院自制西药制剂个人先自付费用的 5%、中药制剂个人先自付 10%后，再按照基本医疗保险有关规定执行。

（3）系统内第四代头孢菌素、 $\beta$  内酰胺酶抑制药物及复方青霉素制剂、三唑类抗菌药物、营养治疗药物、生物反应调节药物、中成药中的肿瘤辅助药物等个人自付比例为 15%。

（4）药品目录中备注标有“ $\Delta$ ”的药品，门诊就医使用时个人先自付 20%后，再按省级直管单位基本医疗保险的规定支付。

（5）药品目录中符合基本医疗保险支付范围的中药免煎颗粒，门诊和住院就医使用时个人先自付 15%后，再按省级直管单位基本医疗保险的规定支付。中药膏方制剂不纳入基本医疗保险支付范围。

（6）定点医疗机构应按照中药方剂配伍组成开具中草药处方，单味中药处方不予结算。对于中医外治（贴敷、熏蒸治疗等），推拿治疗，中医特殊疗法（刮痧、烫熨治疗等），各种理疗项目等，对符合基本医保规定的费用个人首先自付 20%，再按照省直医保有关规定结算。此类治疗项目不纳入门诊大病结算支付范围，统一按普通门诊政策结算。

## **2、大病保险特殊药品费用是如何规定的？**

注射用依那西普、磷酸芦可替尼片、盐酸沙丙蝶呤片、盐酸达

拉他韦片、注射用紫杉醇（白蛋白结合型）、盐酸多柔比星脂质体注射液、波生坦片 7 种药品属于省直职工大病保险支付范围，医保支付标准、限定支付条件按照省有关规定执行。以上药品，一个医疗年度内个人起付线 2 万元，起付线以上的部分报销 60%，最高支付 20 万元。

### **3、医疗保险不予支付的药品有哪些？**

（1）参保人员使用超出《药品目录》范围外的西药和中成药所发生的费用，基本医疗保险基金不予支付。

（2）《药品目录》中所列基本医疗保险基金不予支付的中药饮片目录，药品目录内规定自费的中药饮片所发生的费用，基本医疗保险基金不予支付；使用符合基本医疗保险用药范围的其它中药饮片，按基本医疗保险的规定支付。

不能纳入基本医疗保险用药范围的药品：①主要起营养滋补作用的药品；②部分可以入药的动物及动物脏器，干（水）果类；③用中药材和中药饮片泡制的各类酒制剂；④各类药品中果味制剂、口服泡腾剂；⑤血液制品、蛋白类制品（特殊适应与急救、抢救除外）；⑥国家和省规定的基本医疗保险基金不予支付的其他药品。

## **九、诊疗项目费用报销**

### **1、诊疗项目的报销有哪些规定？**

（1）对目录范围内单价在 200 元以内的诊疗项目，按基本医疗保险政策有关规定执行，超过 200 元以上的，个人先负担 10%后再按照基本医疗保险规定支付。

（2）在符合转诊条件下，采用网络远程会诊发生的费用，个人先负担 20%，再按基本医疗保险规定进行支付。

(3) 普通病房床位费和门急诊简易床位费,按物价部门规定的收费标准进行支付;监护病房(CCU、ICU)和层流病房床位费个人先负担20%,再按基本医疗保险规定进行支付。

(4) 采用微创技术治疗、细胞免疫技术治疗、干细胞移植技术治疗、氩氦靶向治疗、立体定向放射治疗( $\gamma$ -刀、X-刀、质子刀)、人工肝支持系统治疗的项目及其他新技术、新方法等治疗项目,单次治疗费超过5000元的,个人先自付20%治疗费后,再按省级直管单位基本医疗保险的规定支付。

## 2、医疗保险不予支付的诊疗项目范围是如何规定的?

医疗保险不予支付的诊疗项目范围包括:

### (1) 服务项目类:

挂号费、院外会诊费、会诊医务人员的差旅费、病历工本费,复印费;出诊费、检查治疗加急费、点名手术附加费、优质优价费、自请特别护士费、特约上门服务费、请专家诊治费等特需医疗服务费。

### (2) 非疾病治疗项目类:

各类美容、健美项目以及非功能性整容、矫形手术及生理缺陷的检查治疗的医药费用以及个人使用矫形、健美器具的费用。①治疗粉刺,雀斑,痤疮疤痕,色素沉着,黑斑;②口吃,打鼾;③兔唇,鞍鼻;④对眼,斜视矫治,单眼皮改双眼皮;⑤脱痣,穿耳,平疣,腋臭;⑥护肤,面膜,倒膜;⑦冷烫睫毛,纹眉,纹眼线,洗眉,修眉,祛黑头,脱毛,植发,染发;⑧洁牙,牙列不齐矫治,义齿修复(包括桩冠、套冠、全口义齿、局部义齿),种植牙,色斑牙治疗,镶牙;⑨验光配眼镜,装配假眼,假发,假肢,助听器,

助行器，各种治疗鞋；⑩各种家用治疗仪器的费用。各种减肥、增胖、增高项目的一切费用。

预防、保健项目：①各种健康体检、婚前检查、出境体检等费用；②各类预防的费用。包括预防服药、预防注射、疾病普查普治、社会调查、疾病跟踪、随访的各种费用。

各种非治疗性咨询、鉴定费用：①心理咨询（精神病医疗咨询除外）费、营养咨询费、婚育咨询费、性咨询费、健康咨询费；②气功费、食疗费、体疗费、各种保健按摩费；③中风预测、健康预测、疾病预测等各种预测费；④人体信息诊断仪检查费、药浴费；⑤司法医疗鉴定、医疗事故鉴定、劳动医疗鉴定费用。

### （3）诊疗设备及医用材料类：

应用正电子发射断层扫描装置（PET）、超高速 CT、眼科准分子激光治疗仪。

各种自用的保健、按摩、检查和治疗器械。①磁疗胸罩、磁疗裤、磁疗褥、磁疗背心、磁疗鞋、磁疗项链等；②降压手表、药枕、药垫等；③各种牵引带、拐杖等；④皮钢背心、腰围、钢头颈等；⑤胃托、护膝带、提睾带等；⑥肾托、子宫托、阴囊托、人工肛袋。

本省物价部门规定不可单独收费的一次性医用材料。

### （4）治疗项目类：

①各类器官或组织移植的器官源或组织源。

②除心脏、肝脏、肺、肾脏、角膜、皮肤、血管、骨、骨髓移植外的其他器官或组织移植。

参保人员为亲属或他人无偿提供组织器官供体者，其发生的手术、检查治疗等符合医保支付范围的费用（不含器官组织源费用、

器官组织源贮存费用)纳入基本医疗保险支付范围。

③近视眼矫形术。

④音乐疗法,保健性的营养疗法。

⑤戒烟、戒毒治疗,各种教学科研和临床验证的一切费用。

(5)其他:

①各种不育(孕)症、性功能障碍的检查、治疗费用,避孕药器及用具费用。②为各类会议提供医疗服务的医药费。③用于环境卫生、防暑降温、预防保健的药品费用。④不属于《山东省医疗机构收费项目及收费标准》范围内的诊疗项目。

## 十、其他报销规定

### 1、高值医用材料的报销有哪些规定?

(1)对纳入一次性高值医用材料(含人工器官)管理的,采取按费用分段累加报销的支付办法。总费用低于1000元的,按基本医疗保险政策规定支付;总费用在1000元(含1000元)以上低于5000元的部分,个人先自付10%,总费用在5000元(含5000元)至2万元的部分,个人先自付20%,总费用在2万元(含2万元)以上的部分,个人先负担30%,再按基本医疗保险规定支付。

(2)因病情需要,使用可植入神经刺激系统(脑起搏器)的,包括植入刺激器、电极、导线等,对符合基本医疗保险规定的费用个人首先自付30%,再按照省直医保有关规定结算。

### 2、一次性医用材料的报销有哪些规定?

对部分经物价部门批准可单独收费的一次性医用材料,个人先行自负15%后,再纳入医疗保险统筹基金支付。

### 3、医疗保险不予支付医疗服务设施范围包括哪些?

- (1) 就（转）诊交通费、急救车费；
- (2) 空调费、电视费、取暖费、电话费、食品保温箱费、产妇卫生费、电炉费、微波炉费、电冰箱费及损坏公物赔偿费等；
- (3) 陪护费、护工费、洗理费、门诊煎药费、药引子费、中药材加工费、尸体存放费；
- (4) 膳食费、营养费；
- (5) 书刊、报纸费、文娱活动费以及其他特需生活服务费用。

#### **4、基本医疗保险和大额医疗费用补助金不予支付的费用有哪些？**

- (1) 应当从工伤保险基金中支付的；
- (2) 应当由第三人负担的；
- (3) 应当由公共卫生负担的；
- (4) 在境外就医的；
- (5) 在非本人定点医疗机构就医（急诊除外）所发生的医疗费用；
- (6) 不符合基本医疗保险用药范围、诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准的医疗费用；
- (7) 其他按照国家 and 省规定不属于支付范围的费用。

### **十一、生育医疗费支付**

#### **1、享受职工生育医疗费用的条件有哪些？**

参加省级直管单位职工基本医疗保险并按规定缴纳生育医疗费费的省属驻济机关事业单位，职工生育医疗费用由省属驻济机关事业单位生育医疗费资金按规定支付。

#### **2、生育医疗费资金支付范围是如何规定的？**

(1) 符合国家计划生育政策的生育医疗费用。包括女职工因怀孕、生育发生的医疗检查费、接生费、手术费、住院医疗费等；因计划生育实施放置（取出）宫内节育器、流产术、引产术、绝育及复通手术所发生的医疗费用。生育医疗费用和计划生育手术费实行定额结算，具体标准是：产前检查 1200 元，超过 35 周岁（含）怀孕的增加 600 元；怀孕 10 周以内（含）的引流产 700 元；10 周以上引流产 2100 元；顺产 2700 元；阴式手术产 3100 元；剖宫产 5500 元；放置或取出宫内节育器 350 元；绝育手术费 1200 元；复通手术费 1800 元。

(2) 男职工无工作的配偶生育医疗费补助。单位缴纳了生育医疗费费的男职工，其无工作的配偶符合计划生育政策生育的，按女职工因怀孕、生育发生的医疗检查费、接生费、手术费、住院医疗费费的 50% 支付生育医疗费补助。

(3) 生育并发症医疗费用。根据有关规定，对参加省属驻济机关事业单位生育医疗费统筹发生的生育并发症费用，按照不同病种，分别实行按定额结算和按服务项目结算的办法。实行按病种结算，实际发生费用低于定额标准的据实结算，超过定额的按照定额结算。实行按服务项目付费结算，符合基本医疗保险和生育保险支付范围内的药品、诊疗项目和服务设施费用，据实结算。

### **3、生育医疗费用结算需要提供哪些材料？**

符合生育医疗费资金支付范围的费用，先由参保单位或个人垫付，治疗结束后，由用人单位经办人员持以下材料到省医保中心办理生育医疗费结算业务。

(1) 《生育医疗费用结算申请表》1 份；

(2) 医院收费有效票据,住院、门诊费用清单,出院记录(诊断证明),门诊病历原件或复印件;

(3) 医疗保障经办业务平台无“两证”(生育服务手册和出生医学证明)信息的职工提供个人承诺书1份。

**山东省医疗保险事业中心经办大厅地址：**

济南市历下区解放东路 16 号山东省人力资源市场

**窗口业务电话：**

**个人账户及关系转移业务：**

81286773、81286763

**本地医院刷卡联网结算业务：**

81286771、81286775

**异地就医备案业务：**

81286762

**零星报销业务：**

81286729

**离休干部、军休干部零星报销业务；1-6 级残疾军人医疗补助业务：**

81286772

**生育医疗费报销业务：**

81286772

**社会保障卡挂失、政策咨询业务电话：**

山东省人力资源和社会保障厅咨询热线：12333

山东省人力资源和社会保障厅社保卡窗口：81286761