

徐州医保 热点问题80问



XZYB

风雨兼程 医保同行



徐州医保



徐州医疗保险

徐州市医疗保障局

2020年3月

“目录

01 职工医保参保缴费篇 (P1—P6)

1. 职工医保参保范围是哪些？
2. 哪些人员可以以个人身份，按照属地原则参加职工医保？
3. 用人单位未及时、未足额缴纳基本医疗保险费有何后果？
4. 职工基本医疗保险基金如何筹集？
5. 职工医保参保人员1月份还需要缴纳什么费用？
6. 个人账户组成部分有哪些？
7. 划入个人账户的标准是多少？
8. 退休个人账户划入比例是多少？资金补足原则是什么？
9. 个人账户的支付范围？
10. 关于职工医保个人账户有何其他注意事项？
11. 职工首次参保何时能享受待遇？
12. 职工医保中断怎么办？还能补缴吗？
13. 灵活就业人员首次参保何时能享受待遇？
14. 灵活就业人员医保中断怎么办？还能补缴吗？
15. 原参加城乡居民医保，现在想参加灵活就业人员职工医保，如何办理？

02 城乡居民医保参保缴费篇 (P7—P9)

16. 哪些人可以参加城乡居民医保？
17. 城乡居民医保缴费截止时间？半年等待期是怎么回事？
18. 新生儿参保要注意什么？
19. 从单位离职了，现在想参加居民医保，如何办理？
20. 应届毕业生毕业回乡后如何继续参加城乡居民医保？
21. 外地户籍想参加本地城乡居民医保，如何办理？
22. 原县区城乡居民医保参保人员，现户籍迁到市区，医保怎么转移？

03 普通门诊待遇篇 (P10—P12)

- 23. 职工医保普通门诊哪些能报销?能报销多少?
- 24. 城乡居民医保普通门诊哪些能报销?能报销多少?

04 门慢/门特/“两病”篇 (P13—P19)

- 25. 哪些病种可以申请门诊慢性病补助?
- 26. 门诊慢性病补助何时启动?如何进行门慢鉴定标准、限定用药目录等查询?
- 27. 门诊慢性病补助比例是多少?
- 28. 门诊慢性病定点医院怎么选?
- 29. 门特包括哪些病种?起付线是不是有变化?
- 30. 居民患高血压糖尿病有什么待遇?
- 31. 门慢、门特、“两病”如何享受待遇?

05 住院待遇篇 (P20—P22)

- 32. 职工医保住院起付线(即门槛费)是多少?
- 33. 职工医保住院报销比例是多少?
- 34. 职工医保年度最高支付限额是多少?
- 35. 城乡居民医保住院起付标准(即住院门槛费)是多少?
- 36. 城乡居民住院报销比例是多少?

06 “二次补助”篇 (P23—P24)

- 37. 职工补充医疗保险(即二次补助)补助多少?
- 38. 城乡居民大病保险(即二次补助)怎么报销?报销多少?
- 39. 哪些医疗费用不纳入“二次补助”支付范围?

07 异地就医篇 (P25—P32)

- 40. 哪些人可以申请异地就医备案?
- 41. 办理异地就医备案的渠道有哪些?
- 42. 长期驻外人员备案需要哪些材料?
- 43. 关于市外转诊转院备案还有哪些注意事项?
- 44. 异地就医医保待遇如何结算?
- 45. 医保目录和医保政策分别是什么?
- 46. 异地就医医保待遇具体如何?
- 47. 异地就医待遇结算方面还有哪些注意事项?
- 48. 不清楚就医的医院是否是联网直接结算医院怎么办?
- 49. 备案后到联网直接结算医院就医,仍刷不了卡怎么办?
- 50. 异地就医如何快速制卡?
- 51. 异地就医有哪些情况是需要零星报销?
- 52. 零星报销需要哪些材料?
- 53. 如何不见面办理零星报销?
- 54. 零星报销的办理时限是多久?
- 55. 零星报销进度如何查询?

08 生育待遇篇 (P33—P37)

- 56. 单位缴纳了生育保险,职工就能够享受生育保险待遇了吗?
- 57. 缴纳社保的职工,生育保险待遇包括哪些内容?
- 58. 不同人群生育享受的待遇包括哪些内容?
- 59. 生育之前门诊做检查的费用还能报销吗?
- 60. 生孩子医疗费用报销多少钱?
- 61. 一次性营养费是多少?怎样领取?
- 62. 生育津贴是直接给职工的吗?
- 63. 生育津贴什么时候能到账?
- 64. 男职工配偶没有参加过任何社会保险,生孩子能报销吗?

- 65.异地生孩子费用可以报销吗?
- 66.生育之前没有领结婚证,可以享受生育保险待遇吗?
- 67.职工如何查询自己的生育待遇?
- 68.生育出现哪些并发症可报销?能报多少?

09 照护保险篇(P38—42)

- 69.为什么要实施基本照护保险制度?
- 70.市区基本照护保险的覆盖范围?
- 71.基本照护保险筹资标准是多少?
- 72.参保人员如何缴费?
- 73.哪些人可以享受基本照护保险待遇?
- 74.如何申请享受基本照护保险待遇?
- 75.哪些情况不予受理徐州市照护保险待遇申请?
- 76.基本照护保险照护服务范围有哪些?
- 77.基本照护保险待遇标准是什么?
- 78.照护保险补助如何发放?
- 79.哪些情况下重度失能人员不享受照护保险待遇?
- 80.照护保险协议服务机构有哪些?哪些机构设有失智专区服务?

职工医保参保缴费篇



1. 职工医保参保范围是哪些？

答：本市所有用人单位，包括企业、机关事业单位、社会团体、民办非企业单位（简称参保单位）及其职工，均应当按照属地原则参加职工医保。全市分设市区（含贾汪区）、丰县、沛县、睢宁县、邳州市、新沂市、铜山区等7个参保经办地区（简称参保地）。

2. 哪些人员可以以个人身份，按照属地原则参加职工医保？

答：（1）具有我市户籍或持我市公安部门发放的《江苏省居住证》、法定退休年龄以内，并已参加我市基本养老保险且正常缴费的无雇工的个体工商户以及非全日制、临时性和弹性工作的人员（以下简称灵活就业人员）。

（2）破产企业领取安置补偿费的人员、与用人单位解除劳动（人事）关系的人员、在再就业服务中心内退人员和协保人员。

3. 用人单位未及时、未足额缴纳基本医疗保险费有何后果？

答：基本医疗保险费非因法定事由不得缓缴、减免。用人单位未按时足额缴纳基本医疗保险费的，由社会保险费征收机构责令限期缴纳或者补足，并自欠缴之日起，按日加收万分之五的滞纳金；逾期仍不缴纳的，由有关行政部门依法处罚。

4. 职工基本医疗保险基金如何筹集？

答：（1）职工基本医疗保险费由参保单位和参保人员双方按规定及时足额缴纳，参保人员应当缴纳的基本医疗保险费由参保单位从其工资收入中代扣代缴。

（2）参保单位按职工缴费基数总额的9%缴纳基本医疗保险费，在职职工按本人缴费基数的2%缴纳基本医疗保险费。

（3）以个人身份参保的人员，以单位和个人合计费率（11%）缴纳基本医疗保险费，享受基本医疗保险待遇；也可以按6%的比例缴纳基本医疗保险费，享受住院（含家庭病床）医疗保险待遇，但不划入个人账户资金，不享受统筹基金支付的门诊待遇。

5. 职工医保参保人员1月份还需要缴纳什么费用？

答：根据《徐州市城镇职工医疗保险办法》（徐政规〔2019〕4号）、《关于统一全市城镇职工医疗保险待遇标准的通知》（徐医保待〔2019〕101号）等文件规定：

（1）职工大额医疗费用补助基金筹资标准为每人每年200元，参保单位和个人（含在职职工和退休人员）各缴纳100元。以个人身份参保的由参保人员个人全额缴纳。每年1月底前一次性缴清全年费用。

（2）职工医保每年的补充医疗保险（即“二次补助”）基金，由参保人员个人账户和统筹基金分别按照每人每年36元和48元的标准筹集。个人承担部分每年1月底前一次性缴纳。

（3）根据市政府办公室《关于建立徐州市市区基本照护保险制度的意见（试行）》（徐政办发〔2017〕18号）文件规定，城镇职工基本医疗保险参保人员同时也要参加基本照护保险。照护保险筹集标准为每人每年100元（其中个人每人每年缴纳30元，医保统筹基金筹集每人每年30元，政府补助每人每年40元），参保职工个人缴纳部分为每年每人30元，个人承担部分每年1月底前一次性缴纳。

综上所述，职工医保参保人员每年1月份需从个人账户里支付个人负担的大额医疗费用补助费用、补充医疗保险费用、基本照护保险费用。

参保职工和退休人员支付166元（含大额医疗费用补助费用100元+补充医疗保险费用36元+照护险费用30元）

个人缴费的失业职工和灵活就业人员支付266元（含大额医疗费用补助费用200元+补充医疗保险费36元+照护险费用30元）。

6. 个人账户组成部分有哪些？

答：个人缴纳的基本医疗保险费，全部划入个人账户；用人单位缴费的一部分划入个人账户，其余部分用于建立统筹基金。

7.划入个人账户的标准是多少？

答：个人账户以个人缴费基数的一定比例按月划入。计入标准为：35周岁（含35周岁）以下的划入比例为2.5%；36周岁（含36周岁）以上至45周岁的划入比例为2.8%；46周岁以上（含46周岁）的划入比例为3.7%。

8.退休个人账户划入比例是多少？资金额补足原则是什么？

答：享受退休人员医疗保险待遇的参保人员，69周岁（含69周岁）以下的划入比例为5%；70周岁（含70周岁）以上的划入比例为6%。一个统筹年度内划入个人账户资金额，低于500元者补足到500元；70周岁以上，低于600元者补足到600元；80周岁（含80周岁）以上，低于800元者补足到800元。

9.个人账户的支付范围？

答：（1）支付本人住院、门诊、药店购药、家庭病床等个人自付部分中属于医疗保险范围的费用。

（2）缴纳本人职工大额医疗费用补助、补充医疗保险、基本照护保险等费用和购买符合条件的商业健康保险。

（3）医疗保险药品目录外准字号药品；《江苏省基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施范围及支付标准》《江苏省医疗保险特殊医用材料目录》内丙类项目；副主任医师、主任医师（含享受政府特殊津贴待遇的临床医学专家）门诊诊察费超出普通门诊诊察费的部分，副主任医师、主任医师门诊中医辩证论治费（含享受政府特殊津贴待遇的临床医学专家）超出普通门诊中医辩证论治费的部分；本人家庭医生签约服务费的个人自付部分。

（参保人员就医购药刷卡时，发生的个人自付和自费费用优先使用个人账户资金支持。）

10.关于职工医保个人账户有何其他注意事项？

答：（1）个人账户中的本金和利息为参保人员个人所有，可以结转使用和依法继承，不得挪作他用。参保人员医保关系转移时，其个人账户结余资金转移到新参保地职工医保经办机构。

（2）参保人员死亡、调至未建立基本医疗保险制度的地区、退出职工医保1年后未再继续参加职工医保的，经参保人员或其继承人申请，可一次性现金提取个人账户结余资金。国（境）外定居人员、退休后异地安置人员（非门诊慢性病和门诊特定项目待遇享受人员）在居住地实现异地就医直接联网结算前，可经本人申请，每年提取一次。

11.职工首次参保何时能享受待遇？

答：根据《徐州市城镇职工医疗保险办法》徐政规〔2019〕4号文件规定，职工医疗保险实行预缴费制，先缴费后享受待遇。用人单位和个人应当按照规定，按月及时足额连续缴费。

用人单位及其职工首次参加基本医疗保险，自缴纳基本医疗保险费的次月1日起享受职工医保待遇。

12.职工医保中断怎么办？还能补缴吗？

答：参保单位中断缴纳医保费的，自中断缴费的次月1日起视为欠费开始之日（简称欠费日），停止享受医保待遇。自欠费日起，当月底之前补足欠费和滞纳金，补结算欠费期间的医疗费用，即欠费期间的医保费用还可以享受医保报销待遇。

次月及次月后补缴的，自补缴到账的次日起新发生的医疗费用可以享受医保待遇，欠费期间发生的医疗费用由参保单位按照职工医保规定的待遇标准为参保人员报销，医保基金不予支付。

13.灵活就业人员首次参保何时能享受待遇?

答:灵活就业人员首次参加职工医保,从参保缴费到账之日起计算,连续缴费满6个月后方可享受医保待遇。6个月的待遇等待期内个人账户可以正常使用。

14.灵活就业人员医保中断怎么办?还能补缴吗?

答:以个人身份参保人员,中断缴纳基本医疗保险费,自中断缴费的次月1日起视为欠费开始之日(简称欠费日),自欠费日起,当月底之前补足欠费的,补结算欠费期间的医疗费用;次月及次月后补缴的,自补缴到账的次日起新发生的医疗费用可以享受医保待遇,欠费期间发生的医疗费用医保基金不予支付。中断缴费6个月以上的和中断缴费6个月以内不足额补缴的,自重新缴费到账之日起执行6个月的待遇享受等待期,欠费期间及待遇等待期间发生的医疗费用,医保基金不予支付。且不连续计算缴费年限。

15.原参加城乡居民医保,现在想参加灵活就业人员职工医保,如何办理?

答:个人身份参加职工医保的灵活就业人员,原已参加居民医保,先至居民医保参保社区居委会办理停保手续。后就近至街道办事处办理灵活就业人员新参保手续。从参保缴费到账之日起计算,连续缴费满6个月后方可享受职工医保待遇。

城乡居民医保参保缴费篇



16. 哪些人可以参加城乡居民医保?

答: (1)应参加城镇职工基本医疗保险(以下简称“职工医保”)以外的、具有本统筹区户籍的所有城乡居民。中小学生和幼儿园、托儿所学生在就读地参保不受户籍限制。

(2)居住在本统筹区的《江苏省居住证》持有人。

(3)本统筹区内各类全日制高等学校(含民办高校、独立学院、成人高校)、科研院所中接受普通高等学历教育的全日制本专科生、全日制研究生;全日制职业高中、中专、技校在籍学生。

17. 城乡居民医保缴费截止时间?半年等待期是怎么回事?

答: 参保居民参保费用按年度一次性缴纳, 应于每年9月份至次年2月底前集中缴费期内完成缴费。新参保人员, 可选择缴纳当年或次年参保费用。

3月1日至3月31日缴费的, 自参保缴费到账后方可享受医保待遇, 欠费期间发生的费用无法报销。

符合参保范围尚未参保的以及参保后中断1个月以上(即3月31日后)又重新缴费参保的, 设定6个月的待遇等待期, 期满后方可按照规定享受医保待遇。

18. 新生儿参保要注意什么?

答: 新生儿出生后6个月内持户口本到社区办理参保缴费手续的, 从出生之日起享受医保待遇; 6—12个月内办理参保缴费手续的, 自参保缴费到账后享受医保待遇, 之前发生的费用无法报销; 12个月以后办理参保缴费手续的, 设定6个月的待遇等待期。

19. 从单位离职了, 现在想参加居民医保, 如何办理?

答: 因失业等原因退出职工医保的人员, 就近在街道办事处办理停保手续后, 3个月内到现户籍所在社区参加城乡居民医保, 自参保缴费到账日起可享受城乡居民医保待遇。超过3个月参保缴费的, 设定6个月的待遇享受等待期。

20. 应届毕业生毕业回乡后如何继续参加城乡居民医保?

答: 应届毕业大学生、当年度退役士兵、刑满释放人员、在外地正常参加医保且户籍迁入统筹地区的人员, 3个月内到现户籍所在社区居委会参加居民医保, 缴费到账后即可享受医保待遇。超过3个月参保的, 设定6个月的待遇等待期。

21. 外地户籍想参加本地城乡居民医保, 如何办理?

答: 外地户籍持有《江苏省居住证》想从原参保地转移到本地的, 需办理转移接续手续, 并在3个月内到居住地社区居委会参保, 缴费到账后即可享受待遇。

未参加基本医疗保险或未在转移后3个月内参加居住地居民医保的, 设定6个月的待遇等待期。

22. 原县区城乡居民医保参保人员, 现户籍迁到市区, 医保怎么转移?

答: 徐州市、县各统筹区之间, 因户籍迁移或办理了《江苏省居住证》的正常参保人员, 需在每年1月份办理居民医保关系转移。转移手续完成后才可以缴纳当年度医保费用, 2月底前完成缴费, 没有待遇等待期。

转移方法:

(1) 先到原参保地办理医保关系转出手续, 再到现户籍地或现居住地所属社区居委会办理医保关系转入手续。

(2) 未在原户籍地缴纳当年度医保费用的, 可以转移。已缴纳当年度医保费用的, 要等到下一年度1月份未缴纳当年度医保费情况下才能转移。

普通门诊待遇篇



23.职工医保普通门诊哪些能报销?能报销多少?

答:

普通门诊可享受补助情况参照表

类别	甲类药品(含基本药物、中药饮片)	乙类药品	丙类药品	诊疗甲乙类	诊疗丙类
普通门诊	能报销	不能报销	不能报销	能报销	不能报销

在A级定点药店购买甲类药品,可以累计起付线,并可以享受门诊统筹待遇即得到门诊补助;

在B级定点药店购买甲类药品,可以累计起付线,但不能享受门诊统筹待遇,即不能得到门诊补助;

在C级定点药店购药,可以使用个人账户,但不累计门诊统筹起付线;

在定点医院购药和发生的甲乙类诊疗项目,可以累计起付线,也可以享受门诊统筹待遇即得到门诊补助。

职工普通门诊补助比例参照表

类别	起付标准	年度统筹补助上限	补助比例			
			基药医院	一级医院及A级药店	二级医院	三级医院
在职	1500	1200	75%	70%	60%	50%
退休70岁以下	1500	1200	80%	75%	65%	55%
70及70岁以上和建国前	1500	1200	85%	80%	70%	60%

注:低保、特困、重度残疾人员起付标准按750执行。

“徐州医疗保险”微信公众号实时更新定点药店信息,敬请关注。

24.城乡居民医保普通门诊哪些能报销?能报销多少?

答：城乡居民医保门诊统筹基金主要支付在基层医疗机构发生的医保甲类药品（含基本药物）、一般诊疗费和其他符合规定的诊疗费用，以及医疗保险支付范围内的中药饮片费用（单味使用不予支付的中药饮片和颗粒剂除外）。

在基层医疗机构发生的门诊费用（不含一般诊疗费），实行基本药物零差率销售的基层医疗机构不设起付标准，其他基层定点医疗机构每次起付标准30元，统筹基金支付比例为50%。

镇卫生院、社区卫生服务中心一般诊疗费支付比例为60%，村卫生室、社区卫生服务站一般诊疗费支付比例为80%。

一个统筹年度门诊最高补助限额为每人600元。

纳入家庭医生签约服务管理的参保人员，一个统筹年度门诊最高补助限额提高至900元。

门慢/门特/“两病”篇



25.哪些病种可以申请门诊慢性病补助?

答：我市可以享受门诊补助的慢性病（以下简称“门慢”）共有37种，在补助待遇上分为三类。其中一类门诊慢性病补助额度最高，二类居中，三类次之。具体如下：

一类门诊慢性病：

1.慢性活动性肝炎；2.肝硬化失代偿；3.慢性肾功能不全（非透析治疗）；4.肾病综合征；5.再生障碍性贫血；6.系统性红斑狼疮；7.肝豆状核变性

二类门诊慢性病：

8.结核病（活动期）；9.糖尿病（合并感染或有心、肾、眼、神经并发症之一的）；10.慢性心功能不全；11.病态窦房结综合征；12.冠心病（心肌梗塞）；13.高血压病（Ⅲ期）；14.慢性肺源性心脏病；15.多发性大动脉炎；16.慢性支气管炎伴肺气肿；17.支气管哮喘；18.支气管扩张症；19.消化性溃疡；20.溃疡性结肠炎；21.慢性肾小球肾炎；22.类风湿关节炎；23.皮炎和/或多发性肌炎；24.系统性硬皮病；25.帕金森病；26.重症肌无力；27.抑郁症（中度）、躁狂症（中度）、强迫症、偏执性精神病、精神发育迟缓伴发精神障碍

三类门诊慢性病：

28.糖尿病；29.冠心病（心绞痛）；30.高血压病（Ⅱ期）；31.甲状腺功能亢进症；32.白塞病；33.骨关节炎；34.脑梗塞、脑出血、蛛网膜下腔出血恢复期及后遗症期；35.癫痫；36.前列腺增生；37.强直性脊柱炎。

26.门诊慢性病补助何时启动?如何进行门慢鉴定标准、限定用药目录等查询?

答：门诊慢性病申请评估且评估通过后，即可享受门慢待遇。是否启动补助，则要看是否达到待遇起付标准。

门诊慢性病起付标准为1000元。低保、特困、重残、70周岁以上（含70周岁）退休人员起付标准为500元。69周岁以下（含69周岁）退休参保人员起付标准为650元。

参保人员可通过徐州市医疗保障局网站（<http://ybj.xz.gov.cn/>）、“徐州人社”APP的门特门慢评估结果查询栏目，查询门诊起付标准累计、门诊统筹支付累计、门诊统筹限额、门诊还可享受金额等信息。据此可以判断自己的门慢待遇是否已经启动补助，以及可享受补助的金额还剩多少。

可以通过“徐州医疗保险”微信公众号查询门慢门特鉴定标准、门慢限定用药目录。还可以持社保卡到社区服务中心或医保中心大厅自助查询机、咨询台查询门慢累计、是否启动门慢补助。

27.门诊慢性病补助比例是多少?

答：除普通门诊统筹基金支付范围外，符合治疗该种慢性病的乙类药品也纳入门慢慢性病基金支付范围。补助比例如下表：

	补助比例			
	基药医院、 爱心医院	一级医院、 A级药店	二级 医院	三级 医院
在职职工	75%	70%	60%	50%
退休人员（70岁以下）	80%	75%	65%	55%
退休人员（70岁以上）、 低保、特困、重残	85%	80%	70%	60%

28.门诊慢性病定点医院怎么选?

答：门慢门特人员选择或变更定点医院药店可以通过“徐州医疗保险”微信公众号办理，或持社保卡或身份证到社区居委会、医保中心大厅（王陵路72号，云龙公园北门对面）办理。

29. 门特包括哪些病种?起付线是不是有变化?

答: (1) 职工医保门特待遇

门特病种	起付标准	结算方式 (支付比例)	一个统筹年度 最高支付限额
尿毒症透析	1000元	按住院标准结算	刷卡结算最高支付限额13万元, 超出的费用手工结算
器官移植抗排异	1000元	按住院标准结算	刷卡结算最高支付限额13万元, 超出的费用手工结算
恶性肿瘤放化疗	1000元	按住院标准结算	1万元
血友病	1000元	按住院标准结算	1万元
恶性肿瘤非放化疗	1000元	按住院标准结算	4000元
重症精神病	按病种收付费, 结算标准为每人每月300元, 由医保基金全额支付, 个人无自付。不具备执行按病种收付费条件的, 可按项目支付, 年度累计起付标准为1000元, 一个统筹年度统筹基金最高支付6000元		

如表所示, 2020年职工门特起付标准降低, 6个病种统一降为1000元, 其中重症精神病如果可实行按病种收付费, 则打包付费, 由医保基金全额支付, 个人无自付。

(2) 居民医保门特待遇

门特病种	起付标准	结算方式 支付比例	一个统筹年度 最高支付限额
尿毒症透析	1700元	按住院标准结算	13万元
器官移植抗排异	1700元	按住院标准结算	13万元
恶性肿瘤放化疗	1700元	70%	8000元
血友病	1700元	70%	1万元
白血病	1700元	70%	8000元
难治性肾病综合症	1700元	70%	8000元
系统性红斑狼疮	1700元	70%	8000元
重型β-地中海贫血	1700元	70%	8000元
恶性淋巴瘤	1700元	70%	8000元
再生障碍性贫血	1700元	70%	8000元
慢性活动性肝炎	1700元	70%	2500元
肝硬化失代偿	1700元	70%	2500元
慢性肾功能不全 (非透析治疗)	1700元	70%	2500元
肝豆状核变性	1700元	70%	2500元
重症精神病	按病种收付费, 结算标准为每人每月300元, 由医保基金全额支付, 个人不支付。不具备执行按病种收付费条件的, 一个统筹年度内, 起付标准为1700元, 支付比例为70%, 统筹基金最高支付6000元。		
巩固期精神病	按病种收付费, 结算标准为每人每月280元, 由医保基金全额支付, 个人不支付。不具备执行按病种收付费条件的, 一个统筹年度内, 起付标准为1700元, 支付比例为70%, 统筹基金最高支付5000元。		

如表所示, 2020年城乡居民工门特起付标准降低, 16个病种统一降为1700元, 其中重症精神病、巩固期精神病如果可实行按病种收付费, 则打包付费, 由医保基金全额支付, 个人无自付。

30.居民患高血压糖尿病有什么待遇?

答: 城乡居民高血压糖尿病简称“两病”, 对“两病”患者在基层医疗机构门诊发生的符合规定的降血压、降血糖药品费用和普通门诊统筹范围内的医疗费用, 一个统筹年度内, 门诊起付标准为200元, 基金支付比例为50%, 最高支付限额为1000元。同时患有“两病”的参保患者, 一个统筹年度统筹基金最高支付限额为1200元。

31.门慢、门特、“两病”如何享受待遇?

答: 参保人员享受门慢、门特、“两病”待遇需要先评估, 评估通过后, 门慢选择4家(1家基层医院, 2家二级或三级医院, 1家B级药店), 门特选择2家(1家基层医院, 1家二级或三级)定点医院, “两病”选择1家(基层医院)定点医院, 在定点医药机构就医购药享受门慢、门特、“两病”待遇。具体如下:

(1) 申请评估:到具有评估资格的定点医院直接评估。

序号	医院名称	地址	电话
1	徐州市第一人民医院	大学路269号门诊二楼第四诊区	85115370
2	徐州医科大学附属医院	淮海西路99号新大楼1楼北1号2号窗口	85806379
		淮海西路99号门诊楼5楼感染科	85802224
3	徐州市肿瘤医院	徐州市环城路131号门诊一楼	85537710
4	徐州市中心医院	徐州市解放路199号	83956260
5	中国人民解放军陆军第七十一集团军医院	铜山路238-1号体检中心	83169797 67349697
6	徐州市矿务集团总医院	煤建路32号住院大楼一楼	85326568
7	徐州市中医院	徐州市中山南路169号	68916180

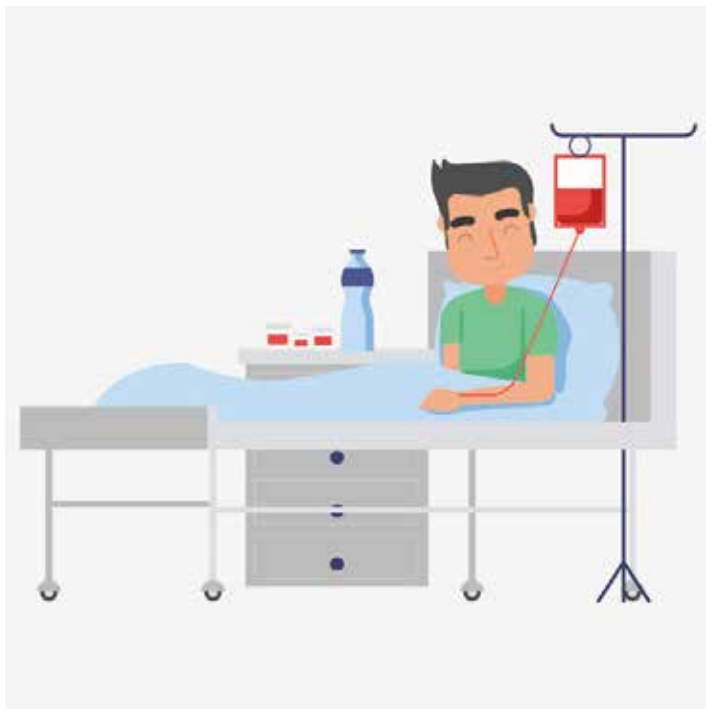
8	徐州康复医院	徐州市奎中巷10号	83710639 (导医台) 83710718 (体检中心)
9	徐州仁慈医院	徐州市经济开发区杨山路11号	87321596
10	徐州市贾汪区人民医院	贾汪区煤源路118号	87715759
11	徐州医科大学附属第三医院	徐州市复兴南路388号	83638132
12	徐州矿务集团第一医院	徐州市东郊大黄山	85341765 85341768
13	徐州矿务集团第二医院	徐州市贾汪区团结路	85339803
14	铜山区中医院	徐州市铜山新区黄河路86号	80275158
15	徐州矿山医院	徐州市淮海西路延长段与三环路交汇处	69851088
16	徐州市财贸职工医院	徐州市鼓楼区民主北路镇河一街71号	66661269
17	徐州市传染病医院	徐州市东郊甸子双拥路	68900825
18	徐州市东方人民医院	云龙区东甸子铜山路379号	69850577
19	徐州佑宁医院	云龙区郭庄路56号	19975196909
20	徐州市鼓楼区九里社区卫生服务中心	徐州市鼓楼区九里街道城市花园30号楼	85785868

注: 各家医院可评估的病种范围不同, 详情可登录“徐州市医疗保障局”官网、拨打各医院咨询电话、市医保中心服务大厅查询。

(2) 评估结果查询:参保人员在申请门慢、门特、“两病”评估后, 门慢、“两病”评估结果自现场评估15个工作日后发布, 门特评估结果自现场评估5个工作日后发布。自评估通过之日起, 即可享受待遇。参保人员可通过“徐州市医疗保障局”官网、“徐州人社”APP、市医保中心服务大厅查询评估结果。

(3) 选择定点医院:职工医保参保人员可通过“徐州医疗保险”微信服务号选择或者更改定点医院, 或携带身份证或社保卡到社区居委会、医保中心服务大厅选择或者更改定点医院。居民医保参保人员携带身份证或社保卡到社区居委会选择或更改定点医院。

住院待遇篇



32. 职工医保住院起付线(即门槛费)是多少?

答：医保基金支付符合范围内的住院费用，实行起付标准、个人分段自付部分医疗费和最高支付限额的管理办法。即：每次的住院费用先减去自费费用（医保目录外的医疗费用），再减掉起付标准，然后按规定比例报销。

- (1) 市内住院治疗的起付标准为：三级医疗机构1000元，二级医疗机构500元，一级医疗机构及社区卫生服务机构200元。
- (2) 一个统筹年度内多次在一、二、三级医疗机构住院治疗的起付标准依次递减100元，但三级医疗机构最低不低于300元，二级医疗机构最低不低于200元，一级医疗机构最低不低于100元。
- (3) 低保、特困、重度残疾人员、70周岁以上退休人员按以上标准的50%执行，69周岁以下退休人员按以上标准的65%执行。

33. 职工医保住院报销比例是多少?

答：在市内不同级别定点医疗机构住院治疗，统筹基金起付标准以上、最高支付限额以下的医疗费用，统筹基金支付比例见下表。

职工医保市内住院医疗费用统筹基金支付比例			
政策范围内医疗费用 (以上含本数，以下不含本数)	基金支付比例		
	一级及社区	二级	三级
起付标准以上至1万元以下	94%	92%	85%
1万元以上至5万元以下	96%	94%	90%
5万元以上	98%	96%	92%

备注：低保、特困、重残、70周岁以上退休人员按规定的50%的执行，69周岁以下退休人员按规定的65%执行。县级医院升格为三级医院、卫生院和社区卫生服务中心转设为二级医院，收费标准未相应升级的，医保仍按照原级别支付；收费标准升级后，医保按升级后的级别支付。

注：需要紧急救治的急危重伤病以及门急诊留院观察转入住院的病人，其医疗费用与住院费用合并计算。

34.职工医保年度最高支付限额是多少？

答：（1）职工医保年度最高支付限额是28万元，其中：同一统筹年度内，基本医疗保险统筹基金（含门诊医疗待遇）最高支付限额为10万元，职工大额医疗费用补助基金（含门诊医疗待遇）最高支付限额为18万元。

（2）统筹基金最高支付限额以上至10万元（含10万元）以下的政策范围内的医疗费用，大额医疗费用补助比例：在职职工补助90%；69周岁以下退休人员补助92%；70周岁以上（含70周岁）退休人员补助93%；个人自付10%、8%、7%；

（3）10万以上的符合规定的医疗费用，大额医疗费用补助比例：在职职工补助95%；69周岁以下退休人员补助97%；70周岁以上（含70周岁）退休人员补助98%。

35.城乡居民医保住院起付标准(即门槛费)是多少？

答：首次起付标准：三级医院1100元，二级医院700元，一级医院400元。一个统筹年度内多次在一、二、三级医疗机构住院治疗的，起付标准依次递减100元。最低支付标准：三级医院700元，二级医院300元，一级医院100元。

享受最低生活保障人员、持有《徐州市特困职工证》的家庭成员和丧失劳动能力的残疾人员按以上标准的50%执行。

36.城乡居民住院报销比例是多少？

答：起付标准以上，医保支付范围内按以下比例报销：

医疗费用段 (以上含本数，以下不含本数，下同)	定点医疗机构级别		
	一级	二级	三级
起付标准以上至10000元以下	90%	80%	75%
10000元以上至50000元以下			80%
50000元以上			85%

医疗费用段 (以上含本数，以下不含本数，下同)	定点医疗机构级别		
	一级	二级	三级
起付标准以上至10000元以下	90%	80%	60%
10000元以上至50000元以下			65%
50000元以上			70%

“二次补助”篇



37.职工补充医疗保险(即二次补助)补助多少?

答：(1) 一个统筹年度内，在基本医疗保险、职工大额医疗费用补助提供医疗保障的基础上，参保人员因住院和门诊特定项目发生的政策范围内医疗费用，由补充医疗保险基金再次补助。补充医疗保险（即二次补助）以上年度全市城镇居民人均可支配收入的50%左右设置起付标准，2020起付标准18000元，达到起付标准后，系统实时结算，就医刷卡时直接补助。

起付标准以上至10万元（含）：补助60%；10万元（不含）以上：补助70%。不设最高补助上限。

低保、特困、重度残疾人员的基金支付比例在其他参保人员支付比例的基础上提高5个百分点。

38.城乡居民大病保险(即二次补助)怎么报销?报销多少?

答：(1) 城乡居民大病保险起付标准按上一年度全市居民人均可支配收入的50%左右确定。徐州市2020年城乡居民大病保险起付标准为16000元，达到起付标准后，系统实时结算，出院刷卡时直接补助。

(2) 补助比例：起付标准以上至10万元（含）：补助60%；10万元（不含）以上：补助70%

(3) 补助限额：不设最高补助上限。

39.哪些医疗费用不纳入“二次补助”支付范围?

答：(1) 特殊医用材料超过医保支付标准以上的医疗费用；

(2) 因犯罪、酗酒、吸毒、自杀、自残（精神病人在不能辨认或控制自己行为时除外）等造成自身伤害发生的医疗费用，按照政策规定报销后的医疗费用；

(3) 参保人员非正常转诊转院，按照基本医疗保险和职工大额医疗费用补助政策规定报销后的医疗费用；

(4) 个人先行支付比例为30%（含30%）以上的乙类药品（特药除外）、诊疗项目，其个人先行支付的医疗费用。



40.哪些人可以申请异地就医备案?

答: 参加基本医疗保险的下列人员, 可以申请办理异地就医备案:

- (1) 异地安置退休人员: 指退休后在异地定居并且户籍迁入定居地的人员。
 - (2) 异地长期居住人员: 指在异地居住生活且符合参保地规定的人员。
 - (3) 常驻异地工作人员: 指用人单位派驻异地工作、学习或参保人员外出务工且符合参保地规定的人员。
- (以上三类人员统称“驻外人员”)

(4) 异地转诊转院人员: 因疾病诊断或治疗需要, 受本地技术和设备条件限制, 市区参保人员经市内定点三级医疗机构或县级统筹区参保人员经县级最高等级的医疗机构诊断不宜在本地治疗、需要转诊统筹区以外定点医疗机构。

(5) “两类人员”: 参加我市基本医疗保险, 在异地工作或者居住的外出农民工与外出就业创业人员。

41.办理异地就医备案的渠道有哪些?

答: (1) “徐州人社” APP

- (2) “徐州市医疗保险” 微信服务号
- (3) 国家异地就医备案小程序 (适用跨省异地备案)
- (4) 电话传真: 0516-85805969
- (5) 现场办理

办理时间: 正常工作日, 上午9:00-12:00; 下午13:30-17:30 (春秋冬季)、14:00-17:30 (夏季)

经办地址: 徐州市医疗保险基金管理中心服务大厅-王陵路72号, 云龙公园北门。

42.长期驻外人员备案需要哪些材料?

答: 1.社保卡 (原件)

2.提供以下就医地居住证明之一 (原件及复印件1份):

- (1) 居住证明 (本人异地户口簿首页和户口簿本人页、本人暂住证、公安部门出具的暂住证明);
- (2) 异地身份证;
- (3) 街道社区出具的有效证明。
- (4) 相关辅助证明 (具体可咨询: 0516-85808867)

43.关于市外转诊转院备案还有哪些注意事项?

答: 转外就医人员的备案直接在医院办理。经具备转市外权限的医疗机构院内会诊同意后办理市外转诊转院备案。

(1) 转诊转院备案到就医地所在城市, 不限定具体的医疗机构, 备案后在该城市区域内所有医保定点医疗机构均可就医。

(2) 持卡直接联网结算的转诊转院备案有效期为12个月, 未刷卡直接联网结算的备案有效期为当次有效。当次是指在备案地同一医院连续发生的门急诊检查和住院的一个不可分割的完整医疗行为过程。

(3) 未开通门诊直接结算但开通住院直接结算联网医疗机构的门诊费用, 备案有效期为12个月。

(4) 市外转诊转院补备案限异地在院期间申请。参保人员需经诊治过的我市最高且具有转诊转院权限的医疗机构同意, 持未出院承诺书、入院通知单、病程记录 (或医嘱单、押金单) 等材料, 按备案规定向转出医疗机构提交办理。符合条件的, 备案日期可提至本次入院前一日, 出院刷卡结算。垫付后回参保地申请手工零星报销的, 备案经办日期须早于出院日期。

(5) 备案有效期内办理入院手续的, 无论本次出院日期是否超出备案有效期, 均属于有效备案。

(6) 备案有效期满再次转诊转院就医的, 需要重新办理转诊转院手续备案登记。

44.异地就医医保待遇如何结算?

答: 异地就医直接刷卡的医保待遇结算执行 就医地医保目录 (三大目录), 参保地医保政策 (三条线)。

异地就医手工报销的医保待遇结算执行 “参保地医保目录, 参保地医保政策”。

45. 医保目录和医保政策分别是什么？

答：医保目录即“三大目录”，就是参保人异地就医时执行就医地的支付范围，包括三个方面：一是基本医疗保险的药品目录，二是诊疗项目，三是服务设施标准。

医保政策即“三条线”，就是参保人异地就医执行参保地的支付政策，包括医保基金的起付线、支付比例和最高支付限额。

徐州执行全省统一药品诊疗目录库，所以省内异地就医直接联网结算执行徐州的医保政策和江苏省统一的医保目录。跨省异地就医直接联网结算执行徐州的医保政策和就医地规定的医保目录。

46. 异地就医医保待遇具体如何？

答：符合医保政策规定的医疗费用，驻外人员按徐州市医保待遇（门统、门慢、门特、住院待遇）同一（起付线，报销比例，最高支付限额）标准结算支付。转外就医人员和异地就医再转院人员，起付线不参与市内起付累计，每次1500元，市外转诊转院的医保基金支付比例较市内同级别医院标准降低5%。最高支付限额与徐州一致。门诊待遇同市内。

47. 异地就医待遇结算方面还有哪些注意事项？

答：（1）非正常转诊转院。参保人员未备案的，在市外定点医疗机构发生的住院医疗费用，报销比例在市内相应级别医疗机构的基础上，下降20个百分点，门诊费用不予报销。

（2）异地就医直接结算的，属于个人应负担的部分，首先由医保个人账户支付，不足部分由现金支付。

（3）异地就医待遇仅限异地定点医疗机构发生的费用，异地药店发生的费用不予报销，特药除外。

（4）参保人员异地就医使用特药必须办理特药证，且按照特药使用要求，定期进行用药评估。参保人员在定点医药机构自费现金购买特药，符合特药报销政策的，医保经办机构按照特药待遇予以手工零星报销。

48. 不清楚就医的医院是否是联网直接结算医院怎么办？

答：参保人员可以通过以下渠道查询：

（1）登录国家医保局网址<http://www.nhsa.gov.cn/>，点击异地就医相关查询系统，实时在线查询许多异地就医的信息。

（2）关注“徐州医疗保险”微信服务号，查询全国联网直接结算定点医疗机构、长三角异地门诊定点医疗机构。

再次说明：

省内：联网直接结算医院住院、门诊费用都可以刷卡结算。

跨省：联网医院仅住院可以刷卡结算，门诊费用零星报销。

（注：目前我市与上海市、浙江省省本级、湖州市、嘉兴市三地市已实现门诊刷卡结算。）

49. 备案后到联网直接结算医院就医，仍刷不了卡怎么办？

答：确认自己已经办理过备案，并且就医医院是联网直接结算定点医院，参保人员刷卡时出现报错信息，就可以直接拨打徐州市医保经办机构联系电话，处理刷卡报错事宜。

全市县(市)、区医保经办机构异地就医联系点

市区	85808867	徐州市王陵路72号三楼307室
铜山区	83537575	铜山区科技创业大厦一楼政务服务中心
贾汪区	87818932	贾汪区行政服务中心（山水大道一号）
丰县	89227717	丰县向阳中路8号
沛县	89656655	沛县政务服务大厅西二楼
睢宁县	68068806	睢宁县东升街人力资源和社会保障综合服务中心二楼
新沂市	88986551	新沂市钟吾南路17号（政务服务中心1楼C区）
邳州市	86996583	邳州市花园南路邳州政务服务中心二楼医保中心

50. 异地就医如何快速制卡?

答: 如果参保人员所持卡不是江苏省统一社会保障卡, 则需要更换社保卡。

市区参保人员可通过快速制卡通道更换社保卡:

- (1) 异地就医参保人员拨打电话 (0516-85808867) 联系医保中心异地就医科。
- (2) 通过QQ或微信, 上传提供本人的二代身份证原件图片, 并注明联系电话、通讯地址等信息, 选择卡面所属银行。
- (3) 医保中心异地就医科在完成资料审核后, 将异地就医参保人员的信息递送給市社保卡管理办公室, 当日内即可完成社保卡的制作。
- (4) 社保卡管理办公室于5日内通过EMS免费邮递到异地就医人员手中。

51. 异地就医有哪些情况是需要零星报销?

答: 已办理异地就医备案人员以下四种情况无法直接刷卡结算, 需要零星报销。

(1) 异地就医再转诊

例如: 老张退休后异地安置到南通, 在徐已办理过异地就医备案, 备案到南通市。现因病需要到北京就医, 那么老张到北京是不能直接刷卡结算的, 只能寄材料回徐报销。(待遇标准同市外转诊转院人员一致)

(2) 跨省门诊

目前我市仅与上海、浙江省省本级、湖州市、嘉兴市三地市实现了跨省门诊直接结算, 其他省外城市门诊目前暂时还不具备刷卡条件, 则需要零星报销。(待遇标准同参保地一致)

(3) 异地外伤(中毒)

依据《徐州市基本医疗保险外伤(中毒)核查办法》, 参保人员发生外伤(中毒)住院治疗的, 需经外伤(中毒)核查后, 依据核查结论决定是否能够刷卡付本次外伤所发生的医疗费用。所以异地外伤(中毒)医疗费用需要寄材料回徐报销。(待遇标准同参保地一致)

(4) 异地使用特药

参保人员异地就医使用特药必须办理特药证, 且按照特药使用要求, 定期进行用药评估。参保人员在定点医药机构自费现金购买特药, 符合特药报销政策的, 予以手工零星报销。(待遇标准同参保地一致)

未办理备案人员需要零星报销的情形:

(1) 急诊抢救

未进行异地就医备案, 市外发生的急诊抢救情形(包括门急诊, 急诊转住院)。(待遇标准同参保地一致)

(2) 非正常转院

未进行异地就医备案, 且不符合急诊抢救情形, 在市外定点医疗机构发生的住院医疗费用, 报销比例在市内相应级别医疗机构的基础上, 下降20个百分点, 门诊费用不予报销。

(3) 大学生异地就医

大学生假期期间回原籍或生病需要回原籍治疗的, 在原籍医保定点医疗机构发生医疗费用后, 由学校出具相关证明, 不需办理异地就医备案手续, 个人垫付后按照居民医保规定予以报销。

大学生实习期间发生的医疗费用, 由学校提供实习证明, 到医保中心申报手工零星报销。

52. 零星报销需要哪些材料?

答: (1) 门诊费用: ① 医疗收费票据; ② 门诊费用清单; ③ 处方底方。

(2) 住院费用: ① 医疗收费票据; ② 住院费用清单; ③ 住院诊断证明。

(3) 门诊急救: ① 医疗收费票据; ② 门诊费用清单; ③ 门诊处方底方; ④ 急诊诊断证明。

(4) 门诊抢救死亡: ① 医疗收费票据; ② 门诊费用清单; ③ 门诊处方底方; ④ 急诊诊断证明; ⑤ 医学死亡证明原件及复印件。

(5) 门急诊转住院: ① 医疗收费票据; ② 门诊费用清单; ③ 门诊处方底方; ④ 急诊诊断证明; ⑤ 住院费用清单; ⑥ 住院诊断证明。

注: 外伤(中毒)的须另附病案首页(复印件加盖医院公章); 入院记录(复印件加盖医院公章)、《委托授权申请书》、《外伤情况填报表》; 参保人员(或其代理人)应按核查要求提交交通事故责任认定书、调解协议书、法院判决书等相关材料。

53.如何不见面办理零星报销?

答：在零星报销的过程中，很多参保人员第一次带来（或寄来）的材料往往达不到要求，有缺少材料或材料不符合报销规定等情况，造成他们必须要再报送（或再补寄）一次材料。鉴于上述情况，医保中心通过微信服务号“徐州医疗保险”推出了“零星报销预审核”业务。预审通过后，可以将材料邮寄到经办窗口。邮寄地址：江苏省徐州市泉山区王陵路72号，徐州医保中心综合业务科（收）。电话：0516-85805026。

54.零星报销的办理时限是多久?

答：一般情况，自接收材料之日起，10个工作日办结。

外伤（中毒）、急诊抢救等特殊情况，自接收材料之日起，20个工作日办结。

55.零星报销进度如何查询?

答：1.“徐州人社”APP，首页—业务查询—医保零星报销进度查询。

2.“徐州医疗保险”微信公众号，点击“便民服务”目录下的“医保查询”，进入“医保待遇查询”下的“医保零报待遇查询”。

生育待遇篇



56.单位缴纳了生育保险,职工就能够享受生育保险待遇了吗?

答:单位缴纳了生育保险,涉及到连续缴费满10个月这一期限问题。

职工在分娩、流产、引产或者实施计划生育手术时,用人单位为其连续缴费不足10个月的,只能报销生育医疗费用,即职工生育医疗费用由生育保险基金支付;职工的生育津贴和一次性营养补助,在用人单位连续缴费满10个月后,生育保险基金才予以支付。

57.缴纳社保的职工,生育保险待遇包括哪些内容?

答:徐州市生育保险待遇主要包括四方面内容:(1)产前检查费用;(2)生育医疗费用;(3)一次性营养费用;(4)生育津贴。

58.不同人群生育享受的待遇包括哪些内容?

答:

	产前检查费	生育医疗费	一次性营养费	生育津贴
在职女职工	√	√	√	√
失业女职工	√	√	√	
灵活就业人员	√	√		
在职男职工				√
男职工未就业配偶	√	√		
居民医保参保人员		√		

59.生育之前门诊做检查的费用还能报销吗?

答:产前检查定额补助,金额为400元,在生育医疗费刷卡结算后的再次月打入参保职工社保卡银行账户里。

60.生孩子医疗费用报销多少钱?

答:生育医疗费用按生育单病种结算:

生育保险定额标准表(表1)

(单位:元)

定额标准 支付项目	医院		
	三级医院	二级医院	一级医院
生育	6000	4200	3000
3个月以下流产	800	500	400
3个月以上7个月以下引产	2600	2000	1100
7个月以上引产	2800	2400	1400
放置(取出)宫内节育器	200	200	200
结扎(复通)手术	生育保险政策范围内的按实支付		

(1)职工、灵活就业人员住院分娩或因生育而引起的流产、引产和实施计划生育手术,在二级及二级以下医疗机构发生的符合生育保险规定的医疗费用,生育保险基金按单元定额标准、按病种付费标准与医疗机构全额结算。

(2)在三级医疗机构发生的符合生育保险规定的医疗费用,生育保险基金结算按单位定额标准、按病种付费标准的80%与生育定点医疗机构结算(见表1),职工、灵活就业人员个人自付20%;职工、灵活就业人员个人自付金额计算方式:医疗总费用扣除特需服务费用后,实际费用低于结算标准时,职工、灵活就业人员按照实际费用的20%自付;等于或高于结算标准时,职工、灵活就业人员按照结算标准的20%自付。

(3)城乡居民参保人员因住院分娩在定点医疗机构发生的符合生育保险规定的医疗费用由基本医疗统筹基金参照职工生育定额标准、按病种付费标准的70%结算,参保人员个人自付30%。

(4)城乡居民参保人员个人自付金额计算方式:医疗总费用扣除特需服务费用后,实际费用低于结算标准时,城乡居民参保人员按照实际费用的30%自付;等于或高于结算标准时,按照结算标准的30%自付。特需服务费用由参保人员全额自付。

61. 一次性营养费是多少?怎样领取?

答: 职工生育或者妊娠满7个月引产的, 发给一次性营养补助, 标准为统筹地区上年度城镇非私营单位在岗职工年平均工资的2%。一次性营养费由医保经办机构发放给用人单位, 由其按规定支付给参加生育保险的职工。无用人单位的直接支付给个人。

62. 生育津贴是直接给职工的吗?

答: 生育津贴是职工按照国家 and 省有关规定享受产假或者计划生育手术休假期间获得的工资性补偿, 职工产假期或休假期, 享受的生育津贴低于其产假或者休假前工资标准的, 由用人单位予以补足, 高于产假或者休假前工资标准的, 用人单位不得截留。生育津贴没有特殊情况都是发放给单位的, 由单位支付给职工。

63. 生育津贴什么时候能到账?

答: 单位职工在生完孩子的次月, 医保经办机构会根据医院上传数据把生育津贴核算出来, 于月底财务就开始陆续通过银行把钱打到单位账户, 在生完孩子的再次月单位就可以收到钱了。

64. 男职工配偶没有参加过任何社会保险, 生孩子能报销吗?

答: 如单位给男职工正常缴纳了生育保险, 男职工配偶的生育医疗费用可以按单位女职工可报销生育医疗费用的50%享受待遇。

65. 异地生孩子费用可以报销吗?

答: 异地生育是可以报销的。但是需要先自费, 等出院以后再拿材料到医保中心大厅进行报销。具体需要的材料有:

- (1) 社会保障卡;
- (2) 有效票据(原件);
- (3) 费用明细清单(盖有医院收费专用章);
- (4) 住院记录或出院小结(盖章的原件、复印件);
- (5) 准生证(生育登记证明/生育服务证明)(原件及复印件)。

医保中心具体办公地点: 徐州市泉山区王陵路72号(云龙公园北门斜对面)。

66. 生育之前没有领结婚证, 可以享受生育保险待遇吗?

答: 根据政策规定, 只有符合法律、法规的计划生育才可以享受生育保险相关待遇。

67. 职工如何查询自己的生育待遇?

答: 参保职工可在“徐州医疗保险”微信服务号便民服务模块查询个人生育待遇。个人编号(即个人代码)可在“徐州人社”APP业务查询—个人参保信息查询模块获取。

68. 生育出现哪些并发症可报销?能报多少?

答: 部分并发症、合并症病种(表2)

1、产后出血
2、产褥感染
3、弥漫性血管内凝血(DIC)
4、子宫破裂
5、羊水栓塞
6、妊娠子痫
7、妊娠期糖尿病
8、产后急性肾功能衰竭
9、妊娠急性脂肪肝
10、子宫肌瘤(含卵巢囊肿)手术摘除
11、胎盘边缘血窦破裂
12、产褥中暑(生育住院期间引起的)
13、疤痕子宫伴有胎盘植入
14、疤痕子宫伴中央性前置胎盘(出现出血症状需抢救治疗的)
15、双胞胎(羊水过多伴发心肺功能减退)
16、三胎及以上妊娠

稽留流产如门诊收治有较大风险, 必须住院进行治疗的, 可按照生育并发症结算。

职工、灵活就业人员住院分娩期间因生育引起的部分并发症、合并症(见表2), 不实行按病种付费。发生的符合生育保险或医疗保险规定的医疗费用, 由职工、灵活就业人员个人按20%的比例支付; 其余符合生育保险或医疗保险规定的部分, 由定点医疗机构与医疗保险经办机构直接结算。

城乡居民参保人员住院分娩期间因生育引起的部分并发症、合并症(见表2), 不实行按病种付费。发生的符合生育保险或医疗保险规定的医疗费用, 由参保人员个人按30%的比例支付。

照护保险篇



69.为什么要实施基本照护保险制度?

答:为了积极应对我市人口老龄化的发展,完善社会保障制度,切实解决重度失能(重度失智)人员的生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理难题,推动徐州市医养结合工作的发展,2017年7月1日起徐州市市区试行基本照护保险制度。

70.市区基本照护保险的覆盖范围?

答:主城区范围内(不含铜山区职工和居民医保、贾汪区居民医保)参加职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险的参保人员均纳入徐州市市区基本照护保险的覆盖范围。

71.基本照护保险筹资标准是多少?

答:筹集标准为每人每年100元,学生儿童每人每年80元。其中:个人缴纳30元(学生儿童每人每年缴纳10元),医保统筹基金筹集30元,政府补助40元。

72.参保人员如何缴费?

答:照护保险基金按年度筹集,参加照护保险的人员按年度一次性缴纳。

- (1)参加职工基本医疗保险的人员,由市医保中心年初预划全年账户时,统一从医疗保险个人账户中划转。
- (2)参加居民基本医疗保险的人员,在缴纳居民基本医疗保险费时一并缴纳。
- (3)(低保、重残和特困等困难人员由政府全额补助,个人无需缴纳。)

73.哪些人可以享受基本照护保险待遇?

答:(1)参保人员因年老、疾病、伤残导致失能,经过不少于6个月的治疗,经评定符合重度失能标准,生活不能自理、需要长期照护的,可以享受照护保险待遇。

(2)参保人员经评定,符合重度失智标准,可享受照护保险待遇。

74.如何申请享受基本照护保险待遇?

答:(1)申请地点

重度失能鉴定申请地点:各协议照护机构、徐州市医保中心服务大厅;

重度失智鉴定申请地点:设有“失智专区”的协议照护服务机构。

(2)申请材料

参保人社会保障卡或身份证件原件和复印件;银行卡原件和复印件(申请失智鉴定不需要提供);参保人员失能(失智)相关的出院记录的复印件(加盖医院病历复印专用章)、近期免冠2寸照片一张等。

75.哪些情况不予受理徐州市照护保险待遇申请?

答:(1)未参加市区基本照护保险的;

(2)失能(失智)相关疾病治疗期未满6个月的;

(3)距上次鉴定结论作出之日起,未满6个月的;

(4)依法应由第三人承担的护理、康复及照护费用的。

76.基本照护保险照护服务范围有哪些?

答:重度失能(失智)人员入住协议照护服务机构接受照护服务,发生符合规定的床位费、照护服务费、护理设备使用费、护理耗材等照护费用纳入照护保险支付范围。

77.基本照护保险待遇标准是什么?

答:重度失能人员或其代理人可在3种规定的照护保险服务方式中选择一种,不同照护方式不可同时享受。

(1)在协议照护服务机构接受照护服务的。入住协议服务机构的,照护保险基金对服务机构按照床日付费。

其中,入住医疗机构的,基金每天支付82元,学生儿童和特殊困难人员入住医疗机构的,基金每天支付87.5元;

入住养老机构的,基金每天支付42元,学生儿童和特殊困难人员入住养老机构的,基金每天支付45元。

(2)居家亲情护理或接受非协议照护服务机构照护的,补助标准为每人每天20元。

(3)接受协议照护服务机构提供的上门照护服务的,照护保险基金对服务机构按月限额支付,月度限额为每人800元。

(4)重度失智人员入住协议照护机构“失智专区”,照护保险待遇与重度失能人员入住协议照护服务机构待遇相同。重度失智人员不享受居家和上门照护待遇。

78.照护保险补助如何发放?

答:(1)入住协议照护服务机构的,持参保人社保卡办理入住,只需缴纳按规定应当由参保人员个人负担的费用。照护补助费按照照护保险政策规定由统筹基金支付给协议机构。

(2)居家亲情护理或接受非协议照护服务机构照护的,照护补助按天计算,并于次月月底发放上月补助。照护补助发放至参保人员银行储蓄账户中。

参保人员因病情入住医疗机构住院治疗或其他原因停止接受协议机构照护的,参保人员应及时向协议照护服务机构持社保卡办理出院手续。

79.哪些情况下重度失能人员不享受照护保险待遇?

答: (1) 参保人员在医疗保险定点医院住院治疗期间, 不享受照护保险待遇。
(2) 属于基本医疗保险、工伤保险、生育保险以及应由第三人承担的护理、康复及照护费用, 照护保险基金不予支付。

80.照护保险协议服务机构有哪些?哪些机构设有失智专区服务?

答: 照护保险协议服务机构可通过“徐州医疗保险”微信公众号“便民服务”中“医保定点”栏目下“照护保险定点机构”查询。

“徐州医疗保险”

微信公众号功能介绍

- 1、手机微信“扫一扫”, 关注“徐州医疗保险”微信公众号, 根据需要选择所需功能。
- 2、微信公众号内容项目如下, 请根据需要, 按要求操作并提交业务。

