

# **江苏省淮安市门诊慢特病跨省异地就医**

## **结算政策及流程告知书**

尊敬的参保人员：

您好！门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算已在我市开展试点运行。已经办理过跨省异地就医备案和门诊慢特病备案的参保人员在跨省就医时，门诊慢特病的相关治疗费用可以直接结算了。为了使您门诊慢特病跨省直接结算顺利，现将有关事项告知如下：

### **一、办理登记备案**

#### **（一）办理备案平台**

1. 现场办理——医保经办机构服务窗口；
2. 线上办理——登陆“江苏政务服务网”—“公共服务”—选择“淮安市医保局”—“基本医疗保险参保人员享受门诊慢特病病种待遇认定”办理备案。

#### **（二）备案材料**

- 1、有效身份证件（含医保电子凭证或社保卡或有效身份证件）；
- 2、病历资料或检查资料包括体检报告、出院小结、门诊病历、相关检查检验报告单、手术记录单等；
- 3、《淮安市基本医疗保险门诊特定病种待遇申请表》。

#### **（三）备案流程**

## 1. 现场办理：

(1) 申请人携带相关材料前往经办机构窗口提交材料申请。

(2) 经办机构工作人员对申请人提交的材料是否符合所申请门诊慢特病办理条件进行初审，对材料齐全符合条件的即时受理；对申请人所提交材料不全或与申请门诊慢特病不符，需一次性告知补正材料。

(3) 经办机构对符合受理条件的参保患者委托定点医疗机构进行专家鉴定，对专家鉴定通过的予以备案，不符合条件的予以反馈。

(4) 经办机构根据定点医疗机构专家鉴定结果给予待遇享受。

## 2. 线上办理：

(1) 参保地医保经办机构对申请人提交的材料是否符合所申请门诊慢特病办理条件进行初审，对材料齐全符合条件的即时受理；对申请人所提交材料不全或与申请门诊慢特病不符，需一次性告知补正材料，并通过短信服务对初审结果进行反馈。

(2) 经办机构对符合受理条件的参保患者委托定点医疗机构进行专家鉴定，对专家鉴定通过的予以备案，不符合条件的予以反馈。

(3) 经办机构根据定点医疗机构专家鉴定结果给予待遇享受。

#### **（四）备案时限、变更或终止**

1. 现场办理：即时受理。

2. 线上办理：1个工作日内受理。

3. 因市域内参保地变化或参保类型变化，享受门特待遇的参保人员或近亲属需向新参保地医保经办机构提出申请，经核查符合规定的，可继续享受门特待遇。

4. 享受门特待遇的参保人员有以下行为之一的，取消门特待遇享受资格，并按有关规定处理：采用欺诈骗保等行为骗取医保基金的；经查实不符合门特病种认定条件的；已纳入门特病种管理的参保人，近两年内没有发生门特医疗费用的；其他应取消门特资格的情形。

#### **（五）咨询方式**

例：咨询热线：0517-12393

## **二、异地就医结算**

### **（一）如何就医**

已在参保地完成门诊慢特病待遇资格认定，并按参保地规定办理了跨省异地就医备案手续的参保人员，可在备案的就医地选择已开通门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算的定点医疗机构就诊，使用社保卡或医保电子凭证直接结算。参保人员可以通过国家医保服务平台 APP 或网站查询试点地区开通门诊慢特病的定点医疗机构信息和开通的门诊慢特病信息。

**（二）门诊慢特病跨省直接结算待遇（结算报销标准、封顶线）**

## 1、参保职工待遇

(1) 起付标准：精神类疾病起付标准为 300 元，其中严重精神障碍患者不设医保基金起付标准，其他病种起付标准为 750 元。起付标准按年度实行累计计算。

(2) 享受门特待遇的参保人员享受两种或两种以上门特待遇的，年度内只计算一次起付线，限额标准按照主病种全额、次病种减半计算，最高不超过年度基本医保最高支付限额。

### (3) 报销政策：

a. 支付比例：在门诊治疗门特病种发生的合规医疗费用，起付标准以上、限额标准以内的，由职工医保基金按住院比例支付。2 万元以下（含 2 万元）的部分，在职人员为 90%，退休人员为 95%；2 万元-6 万元（含 6 万元）的部分，在职人员为 95%、退休人员为 97.5%；6 万元以上部分，在职及退休人员均为 90%。

b. 大病保险：参保人员在一个结算年度内经职工医保基金支付后，个人负担的住院（含家庭病床）、门诊特定病种、日间手术合规医疗费用，超过大病保险起付标准的，由大病保险基金按以下比例支付：6 万元以下（含 6 万元）的部分，按 60%比例支付；6 万元至 10 万元（含 10 万元）的部分，按 70%比例支付；10 万元以上的部分，按 85%比例支付。

## 2、参保居民待遇

(1) 起付标准：精神类疾病起付标准为 300 元，其中严重精神障碍患者不设医保基金起付标准，其他病种起付标准为 750 元。起付标准按年度实行累计计算。

(2) 享受门特待遇的参保人员享受两种或两种以上门特待遇的,年度内只计算一次起付线,限额标准按照主病种全额、次病种减半计算,最高不超过年度基本医保最高支付限额。

(3) 报销政策:

a. 统筹基金:在门诊治疗门特病种发生的合规医疗费用,起付标准以上、限额标准以内的,由居民医保基金按住院比例支付。一、二、三级医院分别为 85%、75%、65%;

b. 大病保险:参保人员在一个结算年度内经居民医保基金支付后,个人负担的住院、门诊特定病种、日间手术合规医疗费用,超过大病保险起付标准的,由居民大病保险基金按以下比例支付:6 万元以下(含 6 万元)的部分,按 60%比例支付;6 万元至 10 万元(含 10 万元)的部分,按 70%比例支付;10 万元以上的部分,按 85%比例支付。

医疗救助对象大病保险起付线减半,每段分别提高 5 个百分点。

### 三、申请手工报销

门诊慢特病相关治疗费用因故未能跨省直接结算,可持相关材料,回参保地按规定进行手工报销。

#### (一) 报销时限

医保经办机构自接到申办材料 10 个工作日内完成结算支付,特殊情况不超过 20 个工作日。

#### (二) 报销方式

- 1、现场办理:医保经办机构服务窗口
2. 网上办理:登陆“江苏政务服务网”

(<http://www.jszwfw.gov.cn/>) — “个人服务” — 选择 “市医保局” — “基本医疗保险参保人员医疗费用手工（零星）报销—门诊费用报销”，新增并上传申报信息，审核通过的将所需材料寄至指定地址；审核不通过的根据提示完善材料后，按以上步骤重新填写并上传。

3. 掌上办理：(1) 登陆 “淮安市医保局” 微信公众号，在“医保大厅—业务经办—医保报销——报销类型选择门诊费用报销”模块下新增并上传申报信息，审核通过的将所需材料寄至指定地址；审核不通过的根据提示完善材料后，按以上步骤重新填写并上传。(2) 登陆江苏医保云 APP(用户首次使用，需在登入页面点击注册)，在主页 “我要办” 一栏选择 “医保报销” 模块，按要求完善申报信息并上传相关报销材料，审核通过的将所需材料寄至指定地址；审核不通过的根据提示完善材料后，按以上步骤重新填写并上传。

### **(三) 报销材料**

有效身份证件（包含医保电子凭证或社保卡）、医院收费票据、门急诊费用清单、处方底方或病历资料。“双通道”管理及单独支付药品费用零星报销还需提供《参保患者“双通道”管理及单独支付药品用药申请表》。

### **(四) 报销标准**

同 “门诊慢特病跨省直接结算待遇 “

### **(五) 报销咨询**

咨询热线： 0517-12393

#### **四、温馨提示**

##### **（一）什么情况下医疗费不予报销**

基本医保统筹基金支付门特医疗费用，应严格执行国家和省基本医保药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围及支付标准。与门特治疗无关的其他疾病的门诊医疗费用，不得纳入门特保障范围。

本告知书内容由淮安市医疗保障局负责解释。

淮安市医疗保障局