职工门诊统筹 报销政策问答

阿坝州医疗保障局 阿坝医保 2023-02-24 17:19 发表于四川

职工门诊统筹
报销政策问答

参保人老董：我听说城镇职工在门诊上看病都可以报账，有这么一回事吗？

小保：对的，有这么一回事。今年职工新增加了一种门诊报销待遇，叫职工门诊统筹，简称门统，也可称为普通门诊，执行时间从2023年的1月1日开始的。



参保人老董：哪些人可以报销呢？

小保：按规定参保缴费并在待遇享受期内的职工医保参保人员都可以呢，原来没有个人账户的单建的灵活就业人员也可以享受门统了，但是有门槛费哟。



参保人老董：哦!这个政策好哦！那门槛费又是啥子哦？

小保：“门槛费”就是统筹基金起付标准，也就是职工医疗费用报销的起付线。

参保人老董：那门槛费要好多嘛？可以报好多呢？

小保：您看下面这张图表！

门诊统筹待遇（普通门诊）—职工医保

人员类别	起付标准（元）	支付比例		年度最高支付限额（元）
		二级及以下医疗机构	三级医疗机构及定点药店	
统账在职	200	60%	50%	2000
统账退休	150	65%	55%	3000
单建在职	200	60%	50%	700
单建退休	150	65%	55%	1000

参保人老董：那要报账的话，看病时要带些啥子呢？

小保：您如果用的是智能手机的话在微信、“国家医保”APP上绑定并激活医保电子凭证，带上手机就可以扫您的医保电子凭证进行支付；您如果没有用智能手机用的是老年机的话，可以请您的家属代您在“国家医保”APP上申领您的医保电子凭证在家属的智能手机上；如果您没有带智能手机或是没有用智能手机、也没有和家属一起来就医购药，那您就必须把社会保障卡（医保卡）带起。



参保人老董：这个晓得咯。前几天你们已经说过了，还有啥子要注意的呢？



小保：报销后的自付金额可以用个人账户支付哦。如果您的个人账户没有余额了，也可以用家属的个人账户为您共济支付个人自付的金额（共济支付不能跨统筹区，家属也在阿坝州参保才可以）。

参保人老董：听说还有个啥子职工医保“两病”门诊是啥意思呢？

小保：意思是职工高血压和糖尿病没有达到门诊特殊疾病认定标准的，也需要吃药控制的，就执行职工“两病”门诊用药保障政策。这个职工“两病”门诊的认定标准、用药范围、保障待遇、管理服务等与城乡居民“两病”门诊用药保障一致。



参保人老董：又咋个申请呢？

小保：符合医学诊断标准的，由主治医生填写“两病”申请单并附相关检查检验报告单，到参保地医保经办机构或定点医疗机构办理“两病”申请，申请通过后就可以享受“两病”门诊用药待遇保障。



参保人老董：这个需要咋个报销呢？





小保：“两病”门诊用药不设起付线，对“两病”患者在定点医疗机构门诊发生的降血压、降血糖的政策范围内药品费用，统筹基金支付比例为50%。高血压年度支付限额为200元/人，糖尿病年度支付限额为300元/人，同时患高血压、糖尿病的最高支付限额为500元/人。

参保人老董：我以前申请了“冠心病”的特殊门诊，现在又有门诊统筹了，那我门诊就医的费用到底该咋报销？

小保：为了不影响您待遇的报销，您在就医时首先就要告诉医生您申请了“冠心病”的特殊门特，在开据处方时请医生把“冠心病”的用药、门统的用药分两张处方开具，也就是不同类别的门诊费用处方不能开在一张处方上。在定点医疗机构结算窗口报销门诊特殊疾病费用时，要主动告知结算窗口工作人员，您申请了“冠心病”的特殊门诊，请结算

窗口的工作人员给您选择特殊门诊报销（“门诊慢特病”报销类别）；如果您想用门统的钱报销，就选择门统报销（“普通门诊”类别报销）。



参保人老董：如果没有在医院刷卡报销，现金垫付的费用又该怎么报销呢？

小保：因特殊原因不能在定点医疗机构直接刷卡结算的医疗费用，需个人现金垫付后回参保地医保经办机构申请报销。温馨提示：也不能使用个人账户支付，如果已由个人账户支付的门诊医疗费用就不能再报销门诊特殊疾病或门诊统筹了。

参保人老董：那门诊费用回参保地报销需要提交哪些资料呢？

小保：需要提供如下资料：发票原件、收费明细清单、参保人员身份证号码、联系电话、注明开户行及户名的本人银行卡复印件。



我州门诊特殊疾病报销政策：

1.慢性疾病，不设起付线，报销比例为70%。可申请多个病种，单病种年度内最高支付限额为3000元，两种及以上病种年度内最高支付限额为5000元。

2.重特大疾病，年度起付线为500元，报销比例为90%。可申请多个病种，年度内最高支付限额门诊与住院报销合并计算45万元。

阿坝医保