医保服务站

**一、职能**

1.职工、城乡居民参保地信息查询

2.职工、城乡居民普通门诊统筹报销

3.职工、城乡居民门诊慢病统筹报销

4.医保电子凭证激活、推广使用

5.医保政策宣传、咨询服务

6.医疗保障服务帮办代办

**二、滨州医保“掌办”平台**

1.“滨州医保”微信公众号

2.“滨州医保”微信小程序

3.支付宝“鲁医保”小程序

**三、医保高频服务事项**

1.居民医保参保登记

2.居民医疗保险中断登记

3.新生儿居民参保登记

4.灵活就业人员医疗保险参保登记

5.灵活就业人员医疗保险中断登记

6.异地就医备案

7.重复参保人员参保地选择

8.个人基本医保信息查询

9.居民医疗缴费查询

**四、大学生（居民医保）报销流程**

（一）大学生（居民）普通门诊报销政策及流程

报销政策：

1.居民门诊医疗不设起付线，政策范围内医药费每年限额400元，按60％比例报销，年度最高支付额240元。

2、滨城区参保居民以县（市、区）为单位按照就近原则，选择一家社区卫生服务站、卫生院或卫生室，高等院校校医院实行定点签约服务。

开始

携带医保卡或医保电子凭证

滨州学院医保服务站签约

联网报销

个人缴纳医保报销后应承担的费用

结束

（二）大学生（居民）滨州市内住院报销政策及流程

报销政策：

1.市内住院：居民住院医疗费用在一级医院的起付标准为200元／次，起付线以上合规费用按90％报销；二、三级医院的起付标准分别为500元／次、1000元／次（起伏线为不可报销部分），政策范围内医疗费用，在起付标准以上至最高支付限额以下的部分，二、三级医疗机构基金支付比例分别为75%、60%。

2、省内跨市住院：外市定点医疗机构住院的首先自付5%，剩余部分按照本地三级医疗机构报销比例执行。

联网结算所需材料

1．住院（门诊慢特病）需提供身份证或社保卡或电子医保凭证

2门诊就诊报销合格账户支付需提供电子医保凭证或社保卡

开始

市内定点医疗机构就医

机构就医

处理完毕

医疗机构联网结算

医疗机构告知原因办理相关事务

不可结算

可结算

定点医疗机构联网结算

个人缴纳医保报销后应由个人承担的费用，办理出院

结束

注：山东省已开通全省联网，省内住院与市内住院同流程

（三）大学生（居民）跨省住院联网报销流程

报销政策：

跨省在定点医疗机构住院并办理“临时外出就医备案”的首先自付5%，剩余部分按照本地三级医疗机构报销比例执行，起付线1000元／次，支付比例分别为60%。

开始

现场办理所需材料：参保人身份证或社保卡或电子医保凭证

电话：8330116

或医保服务站现场申请

参保人填写

个人承诺书

材料不齐全

受理审核

审核通过

办理临时外出就医备案

定点医疗机构联网结算

个人缴纳医保报销后应由个人承担的费用，办理出院

结束

（四）大学生（居民）医疗费用手工报销流程图

报销政策：

未办理"临时外出就医备案"在省外定点医疗机构住院的，需携带材料会参保地医保经办机构报销。首先自付10%，剩余部分按照本地三级医疗机构报销比例执行，起付线1000元／次，支付比例分别为60%。

开始

所需提供材料

1.医院收费有效票据、医疗费用消费单、出院小结或出院记录或诊断证明

2．意外伤害需提供病历复印件、第三方赔付材料（或个人书面承诺书）

当场退回材料，并一次性告知需补齐的材料

网上申报或医保服务站提交报销材料

审核不通过

告知不通过原因并退回材料

受理审核

材料不齐全

审核通过

审核、结算

拨付

结束

（五）大学生（居民）在滨州市内定点医疗机构医保意外伤害办理流程

参保人员入院

患者或亲属填写《滨州市基本医疗保险意外伤害备案表》并

拨打就医地承保商业保险机构服务电话告知意外伤害事宜

定点医疗机构按意外伤害疾病编码"X59.900x096"录入医保结算系统

接报案电话后，意外伤害经办人员在规定时限内进行调查核实

不符合医保支付条件的，在医保结算系统内审核不通过，填写拒付原因并反馈至医疗机构

在医保结算系统内审核通过，并反馈至医疗机构

符合医保支

付条件的

按意外伤害联网结算，即时报销

（六）大学生（居民）意外伤害异地住院医保报销办理流程

参保人员转诊转院、异地入院、持就医资料返回参保地报销

患者或亲属拨打参保地承保商业保险机构服务电话告知意外伤害事宜

出院后及时向参保地医保经办机构或承保商业保险机构服务网点意外伤害案件受理窗口提交《滨州市基本医疗保险意外伤害备案表》及相关所需就医资料

接报案电话后，意外伤害经办人员在规定时限内进行调查核实

调查核实后属于医保支付条件的，由承保商业保险机构予以直接结算并支付至参保人本人社保卡账户

调查核实后不属于医保支付条件的，由承保商业保险机构通知参保人不予结算，并将就医资料退回

**五、异地就医费用报销**

（一）外地转诊就医备案办理

一、办理方式

1．医院端办理：通过转诊医院上传转诊信息。

2．网上办理：(1）登陆滨州市医疗保障局官方网站，点击网上个人医保业务办理入口，进入滨州市社会保险个人网上服务系统办理，

http://222.134.45.172:8002/hsp/logonDialog\_withE.jsp;

(2）微信搜索“滨州医保”小程序或进入“滨州医保”公众号，点选“我要办理”，点击“医保办事入口”，点击“就医备案”，选择“转外就医备案”，上传“医院转诊意见”;

(3）支付宝搜索“滨州医保”进入“滨州医保局官方小程序”,点击“就医备案”，选择“转外就医备案”，上传“医院转诊意见”。

3．电话办理：通过电话告知参保地医保经办机构联网备案。以上三种方式任选一种，完成即可在就诊医院联网报销。

二、申办材料：社会保障卡。

三、办理时限：即时办结。

四、服务电话：滨城区医疗保障局8330116。

（二）外地就医报销办理

一、办理方式

1．如未办理转诊手续，需拿回参保地手工报销，将材料交至滨州学院医保服务站一站式办理。

2．网上办理：医疗费用手工报销预申报程序

(1）微信搜索“滨州医保”小程序或进入“滨州医保”公众号，点选“我要办”，点击“医保办事入口”，点击“手工报销”,根据就医类别选择项目办理；

(2）支付宝搜索“滨州医保”进入“滨州医保局官方小程序”,点击“手工报销”，根据就医类别选择项目办理。

二、申办材料

医院收费有效票据，费用清单，出院记录（诊断材料）。属于意外伤害情形的，须提供病历复印件、第三方赔付材料（或个人书面承诺书）。

三、办理时限：10个工作日。

四、服务电话：滨城区医疗保障局8330116

**六、基本医疗保险待遇**

注：大学生享受缴费即享受报销政策，无3个月待遇过渡期规定。

**门诊慢特病待遇**

参保居民患有门诊慢特病病种范围内疾病并符合标准的，可申请门诊慢特病资格确认，相关病种的合规门诊医疗费用纳入报销。年度内起付线为200元，报销比例为65%。

实行限额管理，甲类病种与住院合并使用限额，乙类病种每病种限额3000元，每人限不超过2个病种。

**门诊慢特病报销结算流程**

参保人慢特病资格确认后，因诊治慢特病发生的复核慢特病病种的合规医药费，可在定点医药机构联网结算。

**居民"两病"待遇**

在乡镇卫生院（社区卫生服务中心）规范化管理的"高血压、糖尿病"参保群众，整体纳入保障范围，可在乡镇卫生院（社区卫生服务中心）、一体化村卫生室购买降压药、降糖药，合规医疗费用不设起付线，按70％比例报销；实行年度限额管理。高血压限额300元，糖尿病限额400元，高血压合并糖尿病或糖尿病注射胰岛素限额600元。

**普通门诊待遇**

在乡镇卫生院（社区卫生服务中心），一体化村卫生室看病买药，发生的合规医药费用起付线0元，400元封顶，按60％比例报销，每人每年最高报销240元。

温馨提示：在市外定点医院发生的门诊医疗费必须在就医地联网结算。

基本医疗保险待遇