

不能以系统不正常为由推诿患者

国家统一医疗保障信息平台试运行期间这样办业务

本报讯(记者 王 静)记者从市医疗保险管理中心了解到,我市国家统一医疗保障信息平台试运行以来,各项医保经办业务正在逐步恢复。

参保登记

(一)城乡居民参保登记
6月3日起,我市城乡居民两新人员(新生儿、新迁入本市户籍居民)城乡居民基本医疗保险参保业务恢复正常。

城镇职工参保业务

1.重复参保人员的处理
用人单位进入“医保公共服务网上服务大厅”在业务查询栏目中查找单位职工花名册,将花名册下载后与单位现有参保人员进行比对,查看有无异常,有异常的需进行处理。处理方式:一是由单位向参保地医保经办机构提出申请,确认相关信息。二是由参保人本人登录国家统一医疗保障信息平台“公共服务管理子系统(<http://111.63.208.5:81>)”自行处理本人多条参保信息。

2.无变化单位缴费申报(6月7日—6月20日)
单位职工信息核对无误且本月无增减变化等业务后,可在网厅办理缴费申报,用单位经办人账户登录,办理缴费申报。单位完成应收核定后,进入“单位缴费通知单”栏目,生成缴费通知单,可完成缴费申报。

3.单位人员减少(6月7日—6月20日,需转出的请办理暂停)
单位网报后,打印《单位人员增减表》到窗口审核,审核完成后即可申报缴费。因特殊情况,急需参保,且不需跨年补缴的(方法同上)。

4.单位和人员信息维护,特别是参保人员银行信息维护(职工一般信息维护)。可通过网厅办理登记后,凭相关申请到窗口办理。

窗口办理核定。

5.医保公共服务网上服务大厅注册方式和步骤:在谷歌浏览器中输入网址:<http://111.63.208.5:81>,登录医保公共服务网上服务大厅,注册单位账户和经办人员账户或者个人登录账户。公共服务平台操作视频请登录百度网盘下载:链接:<https://pan.baidu.com/s/1AHptI43-0MFouXJLm9g5rQ>提取码:f2gk(公共服务平台功能介绍与实际功能不符的,以实际功能为准)

温馨提示:

1.按照相关政策,我市城镇职工基本医疗保险实行当月缴费,即当月1—20日申报人员增减、当月申报缴费。

2.灵活就业人员的参保工作仍按原政策及方式办理,缴费方式及时间将另行通知。

3.因平台试运行期间造成的单位或个人欠费,不影响相应参保人员的医保待遇。

4.根据平台特点,退休人员个人账户的划拨会受单位缴费状态的影响,请相关单位做好本单位退休人员的解释工作,耐心等待平台政策适配。

5.新平台支持一码一户,单位信息中统一社会信用代码不正确的,请及时更正。

6.参保个人可登录“国家统一医疗保障信息平台”进行个人参保信息的查询。

就医管理

(一)新平台试运行期间我市城镇职工在定点药店、定点医疗机构门诊购药、住院可正常结算。目前,新平台系统仍在试运行,请各定点医药机构做好解释工作,不能以系统不正常为由推诿医保患者,影响患者正常就医购药。

(二)异地就医人员可通过“河北省医疗保障局”微信公众号办理异地就医备案,临时外出就医转诊人员如未在住院当日办理备案手续,补办手续时可将备案时间提前到住院当日。

(三)意外伤害人员可在定点医疗机构正常办理住院进行治疗,提交意外伤害调查资料,定点医疗机构根据调查认定结果,给予意外伤害参保人出院直接结算,通过认定且已经自费出院的参保人,就在就医机构转医保结算。意外伤害非统筹区异地就医的参保人,按原政策执行,即出院现金结算,回参保地经办机构手工报销。

(四)特药可在“双通道”医疗机构进行购药直接结算,特药“双通道”零售药店6月4日起可直接结算。

医疗费用报销

目前,新平台试运行期间各级经办机构窗口能够进行报销的医疗费用有普通门诊、普通住院、生育待遇报销、已备案的门诊慢特病(器官移植门诊抗排异治疗除外)。经办窗口按照新平台的特点和要求接收报销材料。

(一)门诊费用报销需要提交的材料:

1.参保人员个人银行信息(包括银行名称、开户行支行名称、银行账号、姓名)和联系电话;2.门诊收费票据和住院费用明细;3.

住院病历复印件(包括病案首页、出院记录等);4.填写《石家庄市职工医疗保险医疗费用申报明细表》或《石家庄城乡居民医疗保险医疗费用申报明细表》一式二份。

(二)住院费用报销需要提交的材料:

1.参保人员个人银行信息(包括银行名称、开户行支行名称、银行账号、姓名)和联系电话;2.住院收费票据和住院费用明细;3.

住院病历复印件(包括病案首页、出院记录等);4.填写《石家庄市职工医疗保险医疗费用申报明细表》或《石家庄城乡居民医疗保险医疗费用申报明细表》一式二份。

(三)生育待遇申报需提交:1.医院收据;2.病历资料;3.生育登记卡(证)复印件;4.费用清单、结婚证复印件(仅限职工配偶报销);5.《石家庄市市区城镇职工生育保险待遇审核表》;6.《石家庄市市区城镇职工生育保险医疗费用申报明细表》。

(四)办事流程:参保单位、高校、居(村)委会或个人持真实有效完整的住院、门诊就医材料进行申报,医保经办机构对申报材料予以受理(工作日随来随受理),经审核符合报销条件的录入医保系统进行结算,经审核不符合报销条件的告知原因并通知患者或家属取回材料。

(五)温馨提示:

1.参保人员在协议医药机构发生的门诊、住院费用,符合直接结算政策的,按照平台切换期间的要求在就医医药机构转医保结算。

2.平台试运行期间特种病已进行认定特殊病的参保患者产生的费用在新平台完善后,在就医医药机构转医保结算;平台试运行期间已进行审批的需术后门诊抗排异治疗的器官移植及异地安置、外地长期居住人员的特殊病认定及特殊规定药品备案工作由各经办机构按照原定流程进行办理。

3.门诊费用报销需提供完备信息复印件;特药使用人员还需提供药物内、外包装盒;5.填写《石家庄市职工医疗保险医疗费用申报明细表》或《石家庄城乡居民医疗保险医疗费用申报明细表》一式二份。

4.住院费用报销需提供完备信息复印件;特药使用人员还需提供药物内、外包装盒;5.填写《石家庄市职工医疗保险医疗费用申报明细表》或《石家庄城乡居民医疗保险医疗费用申报明细表》一式二份。

5.生育待遇申报需提交:1.医院收据;2.病历资料;3.生育登记卡(证)复印件;4.费用清单、结婚证复印件(仅限职工配偶报销);5.《石家庄市市区城镇职工生育保险待遇审核表》;6.《石家庄市市区城镇职工生育保险医疗费用申报明细表》。

6.办事流程:参保单位、高校、居(村)委会或个人持真实有效完整的住院、门诊就医材料进行申报,医保经办机构对申报材料予以受理(工作日随来随受理),经审核符合报销条件的录入医保系统进行结算,经审核不符合报销条件的告知原因并通知患者或家属取回材料。

7.温馨提示:

1.参保人员在协议医药机构发生的门诊、住院费用,符合直接结算政策的,按照平台切换期间的要求在就医医药机构转医保结算。

2.平台试运行期间特种病