# 山东财经大学职工省直医疗保险就医指南

1. **普通门诊就医**

（1）参加基本医疗保险人员如何选择定点医疗机构？

参保人员可在省直定点医疗机构范围内选择4所医疗机构（不限中医或西医），并通过医疗保险信息系统自动实现，原则上一年内不变。需要调整门诊定点医疗机构的，原则上在下一年度按照就依顺序重新默认4所医疗机构。属于专科疾病的，可到定点专科医院门诊自行选择就医；急症就医原则上不受定点范围限制。

（2）参保人员门诊医疗保险待遇是怎样的？

参保人员门诊就医发生的符合省直医疗保险规定的医疗费用，基本医疗保险统筹基金支付设立起付标准和最高支付限额。一个医疗年度内起付标准为1500元（含1500元），起付标准以下的费用由个人账户支付或个人自付。起付标准以上至最高支付限额的费用，在三级医疗机构发生的医疗费用职工负担25%，退休人员负担20%，建国前参加工作的老人负担15%；在二级及以下医疗机构发生的医疗费用个人负担比例分别比三级医疗机构降低5个百分点。一个医疗年度内，统筹基金支付门诊费用最高限额为4500元。超过最高支付限额的费用通过大额医疗费补助资金和补充医疗保险资金解决。

1. **门诊大病就医**
2. 门诊大病包括哪些？

目前省直医保确定了以下4类疾病为门诊大病：

（1）尿毒症透析；

（2）恶性肿瘤（含白血病）放化疗及相关治疗；

（3）器官移植后抗排异治疗；

（4）精神病。

1. **如何到定点医疗机构看门诊大病？**

门诊大病人员就医流程与普通门诊基本一致，不同之处在于：

1. 使用《省直医疗保险专用双处方》本开药、结算；
2. 门诊大病处方原则上控制在两周用药量；
3. 只有属于治疗门诊大病的药品方可使用双处方；

其他与门诊大病无关的药品只能开具普通门诊药方，享受普通门诊待遇。与门诊大病有关的检查、治疗等项目，经医院审核后，方可享受门诊大病待遇；门诊大病医疗费用报销不设起付线，一个医疗年度按一次住院管理和结算。

**三、在异地发生急诊时如何处理？**

参保人员因公出差或休假外出等过程中出现急、危重病时，在异地（参保地以外）医疗机构进行的急诊治疗。费用先由个人垫付，并按以下程序办理相关事宜：

1.患者或者亲属应在急诊发生2个工作日内报所在单位，并由单位在5个工作日内报医疗保险统筹处备案。

2.参保单位在参保人急诊费用结算后10个工作日内，报送《省直医疗保险参保人员零星结算申请表》和急诊病历、门诊收费明细、发票等到省社保局医疗处报销。

3.参保人员异地发生的急诊住院报备后持医保卡联网结算。

**四、住院就医**

住院不受定点限制。参保人员可在定点范围内所有综合医院、专科医院根据病情需要自主选择就医。

**五、异地安置、长期驻外人员就医**

1、哪些人员属于异地安置、长期驻外人员范围？

1. 异地安置人员是指参保单位退休人员回原籍或者定居地长期居住一年以上的人员。
2. 长期驻外人员是指属于省直医疗保险参保范围、在驻济以外工作，且工作地点稳定，工作时间在一年以上的人员。

2、异地安置、长期驻外人员选择定点医院有哪些规定？

异地安置人员、长期驻外人员可选择3家当地公立医疗保险定点医疗机构作为就诊医院。发生的医疗费用现金垫付，然后再由单位统一报送省社保局医保处报销。

省直医保相关事宜联系人：裴老师。电话：0531-88525837。

 山东财经大学医疗保险办公室

 2019年11月6日