

四川省医疗保障事务中心文件

川医保中心办〔2022〕36号

四川省医疗保障事务中心 (四川省医疗保障基金监管事务中心) 关于做好省本级职工基本医疗保险普通门诊 统筹保障结算管理工作的通知

省本级各参保单位，各定点医药机构：

为进一步提高省本级职工医保参保人员（以下简称“参保人员”）门诊医疗费用待遇保障水平，切实减轻医疗费用负担，按照四川省医疗保障局等七部门《关于印发四川省省本级职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则的通知》（川医保规〔2022〕14号）及《四川省医疗保障局关于印发〈四川省职工基本医疗保险门诊共济保障经办规程（试行）〉的通知》（川医保办发〔2022〕41号）规定，结合工作实际，现就做好省本级普通门诊费用统筹保障结算工作有关事项通知如下。

一、支付范围

符合职工医保待遇享受条件的参保人员，在定点医疗机构、符合条件的定点零售药店发生的政策范围内普通门诊费用、购药费用（以下简称医药费）纳入职工医保统筹基金支付范围。

二、支付政策

（一）起付线。一个自然年度内，在职职工门诊统筹起付线 200 元，退休人员起付线 150 元。

（二）支付比例。在职职工在三级定点医疗机构和零售药店发生的医药费，统筹基金支付比例为 50%，二级及以下定点医疗机构支付比例为 60%。退休人员在上述相应支付比例基础上提高 10 个百分点。

享受公务员医疗补助政策的参保人员，在定点医疗机构发生的普通门诊费用，由统筹基金支付后个人自付的部分（不含自费），纳入公务员医疗补助支付范围，按公务员门诊医疗费用报销政策执行。

（三）年度支付限额。参加统账结合的在职职工门诊统筹基金年度支付限额为 2000 元，退休人员为 2500 元；参加单建统筹的在职职工门诊统筹基金年度支付限额为 880 元，退休人员为 1100 元。一个自然年度内，职工门诊统筹基金支付金额计入基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额，以就诊时间累计计算。

三、就医结算

（一）省本级门诊统筹定点医药机构应通过“普通门诊”医疗类别为参保人员办理费用登记结算，医保信息系统按照职工门诊统筹待遇政策自动计算医保基金和个人支付金额。

(二) 参保人员在省本级门诊统筹定点医药机构就医购药时，凭本人医保电子凭证或社会保障卡直接结算，并按规定支付个人应承担的费用，应由医保基金支付的费用由四川省医疗保障事务中心（以下简称“省医保事务中心”）与定点医药机构结算。

(三) 定点医药机构应对参保患者有效身份证件进行核验，确保人、证（卡）相符，防止冒名就医等情形发生。参保人员委托他人在定点零售药店购药的，定点零售药店要核验参保人员和代办人的有效身份证件原件，登记身份证件信息和有效联系方式。

(四) 参保人员应当凭定点医疗机构有效处方在省本级门诊统筹定点零售药店购买门诊统筹保障药品。医疗器械、医用耗材不纳入普通门诊费用统筹保障定点零售药店保障范围。

(五) 参保人员因外伤发生的门诊医疗费用需纳入门诊统筹支付范围的，参照外伤住院费用报销相关规定办理。

四、费用清算

定点医药机构应于每月 15 日前通过信息系统向省医保事务中心申报上月发生的门诊统筹保障费用，省医保事务中心审核通过后，于 30 个工作日内完成医保费用拨付。定点医疗机构可在两定医疗保障信息平台自行打印拨付单，作为对账依据。

当年度发生的门诊统筹费用，最迟应于次年 1 月底前完成申报。

五、异地就医

省本级参保人员在省内及跨省异地就医时，在定点医疗机构发生的门诊医疗费用、提供用药保障服务的定点零售药店发生的购药费用，因特殊原因未联网结算的，或者因急诊急救在非定点

医疗机构发生的门诊费用，由参保人员全额垫付后将相关资料（门诊医疗收费票据、门急诊费用清单、处方底方、检查报告单、治疗单等）交单位汇总，并在规定时限内向省医保事务中心申报。省医保事务中心审核通过后，于30个工作日内完成医保费用拨付。

因特殊原因不能及时结算本年度门诊医疗费用的，最迟应于次年的3月31日前向省医保事务中心申报，过期将不再受理。

六、注意事项

（一）一个自然年度内，参保人员由在职转退休的，门诊费用统筹保障起付标准、年度支付限额连续计算，已计算的起付标准差额部分不再计入报销范围。

（二）参保人员用个人账户为家庭成员支付的医疗费用不得计入个人账户所有人的职工门诊统筹年度起付标准。

（三）定点医药机构应为参保人员提供规范的医保服务，不得使用统筹基金支付（或变相支付）门诊统筹保障范围外的商品，不得假借退费名义等为参保人员提取（套取）现金。

（四）参保人员在非定点医药机构发生的门诊医疗费用（急诊、抢救除外）医保基金不予支付。

本通知自2023年1月1日起施行。

四川省医疗保障事务中心
(四川省医疗保障基金监管事务中心)

2022年12月28日

