

成都市医疗保障事务中心文件

成医中心办〔2022〕226号

成都市医疗保障事务中心 关于做好成都市职工基本医疗保险 门诊共济保障结算管理工作的通知

四川天府新区社会保险管理中心、成都东部新区文旅体局卫健医保处、成都高新区医疗保障局医保处、各区（市）县医保经办机构、各定点医药机构：

根据《成都市建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则》（成办规〔2022〕4号，以下简称《实施细则》）规定，结合全市医疗保障经办工作实际，现就有关事项通知如下。

一、参保人员在具备直接结算条件的定点医疗机构、符合条件的定点零售药店凭有效处方发生的政策范围内普通门诊费用、

购药费用，应凭医保电子凭证或持社会保障卡直接结算，按规定应由个人负担的医疗费用由参保人员支付，应由统筹基金支付的医疗费用，由医保经办机构与定点医药机构定期结算；因特殊情况导致定点医药机构无法直接结算的，定点医药机构应告知参保人员不能直接结算的原因、处置办法及补结算流程。

二、应由统筹基金支付的单笔门诊医疗费用不得同时纳入门诊慢特病、“两病”、职工门诊统筹等保障方式进行重复报销。

三、一个自然年度内，职工基本医疗保险门诊共济保障支付金额计入职工基本医疗保险统筹基金年度支付限额，以就诊时间计算。

四、一个自然年度内，参保人员身份状态由“在职职工”变更为“退休人员”的，普通门诊费用统筹保障起付线、年度支付限额连续计算，起付线计算以就诊时参保人员身份状态确定。

五、一个自然年度内，参保人员医保类别由“单建统筹”变更为“统账结合”的，普通门诊费用统筹保障年度支付限额按“统账结合”标准计算。

六、一个自然年度内，参保人员发生城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险参保关系变更时，职工基本医疗保险门诊共济保障起付线和门诊共济保障方式对应的年度支付限额分别计算。

七、定点医药机构不得将未实际发生就诊行为的医疗费用纳入医保结算。

八、普通门诊费用统筹保障、“两病”门诊用药保障中应由统

筹基金支付的部分，定点医药机构与参保人员、医保经办机构与定点医药机构按项目方式付费。

本通知自 2023 年 1 月 1 日起施行。

成都市医疗保障事务中心

2022 年 12 月 30 日



