

成都市医疗保障事务中心文件

成医中心办〔2024〕17号

成都市医疗保障事务中心 关于城镇职工基本医疗（生育）保险参保人员 生育门诊医疗费用实行直接结算的通知

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，各定点医疗机构：

为优化生育门诊医疗费用结算方式，提升医保经办服务质效，根据《成都市医疗保障局等5部门关于印发〈成都市生育保险和职工基本医疗保险合并实施办法〉的通知》（成医保发〔2019〕30号）、《成都市医疗保障局关于明确生育保险产前检查待遇有关事项的通知》等相关规定，我市将于2024年3月

1日起对城镇职工基本医疗（生育）保险参保人员生育门诊医疗费用实行直接结算。现将有关事项通知如下：

一、医疗费用结算

（一）我市城镇职工基本医疗（生育）保险参保人员在本市定点医疗机构门诊施行终止妊娠、计划生育手术发生的医疗费用实行直接结算。其中，终止妊娠的产前检查定额补助与医疗费合并结算。

（二）参保人员自取得门诊施行终止妊娠或计划生育手术诊断证明当日起，发生的相关医疗费用（包括手术费、麻醉费、材料费、药品等费用）由定点医疗机构通过“生育门诊”医疗类别进行传输，达到定额标准的按照定额标准直接结算。

二、医疗费用清算

（一）定点医疗机构应于每月前7个工作日内线上发起上月生育门诊医疗费用清算申请，清算时间段为上月首日至月末。在线上清算申请完成后应及时向协议关系所在医保经办机构报送相关月度生育门诊医疗费用清算申请单（加盖公章）。

（二）医保经办机构应于每月第8~10个工作日内完成上月生育门诊医疗费用清算受理。

（三）医保经办机构受理定点医疗机构的生育门诊医疗费用清算申请后，对符合规定的生育门诊医疗费用在20个工作日内完成拨付。

三、相关工作要求

（一）定点医疗机构应认真贯彻执行国家、四川省、成都市

有关职工基本医疗（生育）保险、医药卫生等法律、法规、规章及规范性文件规定，建立和完善相关管理制度，为参保人员提供合理、必要的医疗服务。

（二）因特殊情况不能直接结算的（包括但不限于发生的医疗费用不足定额标准等情形），定点医疗机构应告知参保人员不能直接结算的原因、处置办法及相关流程。需个人申请手工报销的，定点医疗机构应向参保人员提供相关收费票据、费用清单、诊断证明、病历资料。

（三）医保经办机构应继续受理生育门诊医疗费用手工报销相关业务，不得以直接结算为由拒绝窗口受理。

成都市医疗保障事务中心

2024年2月8日



