**驻济人员急诊医疗保险费用报销操作流程**

1. **报销范围：**

1、因急诊无法在定点医疗机构而在当地非定点医疗机构门诊就医的或住院的；

2、因公出差、探亲、准假外出等过程中出现急、危重病时在异地医疗机构进行的急诊（含住院）治疗的；

3、单位已缴费因特殊原因无卡期间的门诊费用及其他符合文件规定发生的医疗费用，按照本操作流程办理报销。

1. 报销流程：

1、**备案**：发生急诊就医情况，参保人员应在2个工作日内报告所在校区医保办，由校区医保办详细填写《省直管单位医疗保险参保人员零星结算备案表》，并在5个工作日内送达或者传真（号码：82920229）报省社保局医保处备案，遇节假日顺延，备案表要填写齐全，用人单位意见填写“情况属实”加盖单位公章。（寒暑假期间发生的急诊备案及报销另行通知）

不按规定备案、填写项目不全的不予报销。

2、**报销：（1）**治疗结束后的10个工作日内，病人带医保卡、校园卡、报销材料到校区医保办（2）由校区医保办详细填写《省直管单位医疗保险参保人员医疗费用零星结算申请表》一式两份，加盖公章，（3）校区医保办带齐材料送到校医院医保办（4）校医院医保办上报到省社保局医疗工伤服务处申请审核结算，特殊情况下不能按时报销的单位要提前联系说明理由。(5)如果出差在外地10日内无法赶回报销，参保人员可将报销材料寄回，有医保办人员上报省社保局报销。

3、**报销材料**：**门诊：**（1）有效收费凭据、

（2）费用明细（或划价处方）、

（3）门诊病历、

（4）主要检查化验单

**住院：**（1）有效收费凭据、

（2）费用清单、

（3）病历首页和医嘱单复印件、

（4）出院病情诊断书、

(5)主要检查化验单、

（6）手术的需提供手术记录等材料

**有关问题的说明**

**一、急诊的界定：**

参保人员突发疾病，不立即治疗就会危及生命或者产生严重后果的，来不及到定点医院就诊而在非定点医疗机构就诊的；盖急诊章，可以由单位备案后申请零星报销。病情稳定后要转到定点医院治疗。非急诊情况到非定点医院就医的不予报销。

1. **急诊备案表的填写：**

各项目要填全。在“发病经过及目前病情摘要”要填写清楚病人是探亲、出差还是请假外出期间发生的，病情紧急到什么程度。例如：张某节假日回老家探亲期间，突发心脏病，情况危急，被紧急送往某某市人民医院救治。问清楚经治医师的名字，单位填写在备案表上即可，“单位意见”一栏填写“情况属实”，并加盖公章。证明确属本单位职工本人急诊费用。

发生急诊不及时备案的，不予报销。备案表需要医保处经办人和领导审核签字后方可报销急诊费用。为了减少各单位经办人员的来回跑工作量，备案表填写完整后可以发传真到医保处，号码：82920229，报销的时候再带原件来即可

1. **发票、清单的复印**

报销用的发票、费用清单，请参保人员自行复印留存，我们一旦报销归档不再提供复印和查询。

1. **刷卡退费**

定点医院发生节假日或者夜间医保无人值班急诊，不能刷卡结算的，等医院医保人员上班后参保人员应尽快去刷卡退费，定点医院发生的费用原则上不通过手工报销。

1. **无卡期间发生费用处理**

参保人员无卡期间发生住院的，请带介绍信到医保大厅开具“无卡证明”，有卡后去医院结算；需要门诊就医的，可到信息中心（华特服务厅）办理临时卡，门诊费用计入起付线；特殊情况没能办理临时卡的，费用先由个人垫付，填写《省直参保人员无卡期间费用报销审核表》报销。

1. **材料粘贴**

报销按照急诊病历资料报销粘贴标准和顺序提供。小于A4纸的全部贴到A4纸上，资料按照类别粘贴，发票粘贴到一张纸上，费用清单粘贴到另一张，化验单粘贴到另一张上。依此类推，不要混贴。为提高效率，请各单位按照规定粘贴好病案资料再送来。

1. **不予报销的费用问题**

请参照文件规定的不予报销的范围，挂号费、病历本费、就诊卡费不予报销、专家号的诊疗费只报销3元，救护车费以及救护车的担架费等不予报销。

属于工伤范围的及应当由其他责任人负责的医疗费用，医保不予报销。

1. **门诊费用不到1500元起付线**

根据省直医保报销情况统计来看，很多人全年的医药费都不过1500，这样的话来报销仅仅是累积起付线，报销就没有意义了。为了减低单位和医保工作人员工作负担，不做无意义的事，所以发生急诊等需要人工报销费用的，加上刷卡就医累积不过1500的就不要来报销了，将来过了起付线只要是及时备案的都给予报销，不受时间限制。那些慢性病、老年人肯定能过起付线的可以随时来报销。

起付线每年的1月1日起自动重新起算。

附件一、

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 省直管单位医疗保险参保人员零星结算备案表 | | | | | | | | | | | | |
| 单位名称 (章): 备案日期： 备案编号： | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | |  | 性别 | |  | 联系电话 | | |  | | | |
| 身份 | | □在职 □退休 □建国前老工人 □1-4级工伤职工  □特字保健 □普通保健 | | | | | | | | | | |
| 医院名称 | |  | | | | | | 医院性质 | | □公立 □民营 | | |
| 初步诊断 | |  | | | | | | 急诊、住院时间 | | |  |  |
| 单位联系人 | | | |  | | | | 联系电话 | | |  |  |
| 发病经过及目前病情摘要（属于外伤的要进行注明）:      经治医师(签字) 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 用人单位意见：      年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 省社  保局  医疗  保险  统筹  处意  见 | 经办人:  　　　 年 月 日 | | | | | | 负责人:  年 月 日 | | | | | |
| 注:  1.本表只做参保人员在非定点医疗机构急诊、住院和异地急诊备案用;本备案系报销资格审批程序之一。  2. 参保患者须在发生非定点医疗机构急诊、住院和异地急诊后2个工作日内向所在单位报告,用人单位应在5个工作日内报省社保局备案。  3、备案编号由省社保局编写。 | | | | | | | | | | | | |

附件二、无卡期间发生费用报销审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **省直参保人员无卡期间费用报销审核表** | | | | | | | | | | | | | |
| 单位名称 (章): 申报日期： | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | |  | | 性别 | |  | 联系电话 | | |  | | | |
| 身份证  号 码 | |  | | | | | | | | | | | |
| 身份 | | □在职 □退休 | | | | | | | | | | | |
| 医院名称 | |  | | | | | | | 医院性质 | | □公立 □民营 | | |
| 疾病名称 | |  | | | | | | | 就医时间 | | |  |  |
| 单位联系人 | | | | |  | | | | 联系电话 | | |  |  |
| 无卡原因 | | | □卡没发下来 □修改信息  □挂失补办 | | | | | | | | | | |
| 发生无卡时 间 | | |  | | | | | | | | | | |
| 单位确定情况是否属实  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 省社  保局  医疗  保险  统筹  处意  见 | 经办人:  　　　 年 月 日 | | | | | | | 负责人:  年 月 日 | | | | | |
| 注:  1.本表只做参保人员无卡期间费用报销审批用  2、报销时与急诊报销一样后面附两张零星结算申请表 | | | | | | | | | | | | | |

附件三

省直管单位医疗保险参保人员医疗费用

零星结算申请表（驻济）

**□非定点医疗机构急诊 □非定点医疗机构住院**

**□异地急诊(出差或准假外出等) □转诊转院**

**单位名称（章）： 编号**：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | | 身份证号 | |  | | 申报时间 | |  |
| 身份 | □在职 □退休 □建国前老工人 □1-4级工伤职工  □特字保健 □普通保健 | | | | | | | | | | |
| 病历份数 | |  | | | | | 处方  份数 | | |  | |
| 收据份数 | |  | | | | | 收据  金额 | | |  | |
| 医院名称 | | 医院等级： | | | | | | | | | |
| 医疗费起止时间 | | | | 年 月 日— 年 月 日 | | | | | | | |
| 单位联系人 | | |  | | | 联系电话 | |  | | | |

注： 1、本表一式两份，由用人单位统一上报。

2、申请结算时间要求：非定点医疗机构急诊、异地急诊医疗费用于治疗结束后的10个工作日内上报；非定点医疗机构住院、转诊转院医疗费用于出院后10个工作日内上报。

3、申请上报有关材料：门诊费用有效费用凭证、门诊病历、门诊费用明细清单（或单独划价处方）；住院病人附有效费用单据、病历首页、医嘱单复印件、出院病情诊断书、费用清单、主要检查检验报告单（手术者须提供手术纪录等材料）。

4、编号由省社保局填写。