

2017年大病保险补偿工作开始

本报文登12月5日讯(通讯员 王静 于海峰) 11月29日,威海市职工大病保险以及居民大病保险补偿正式启动。2017年1月1日起,文登区参保人员如果发生了符合大病保险补偿条件的医疗费用,即日起,参保人或其代理人准备好所需材料后,便可就近到威海市各级社会保险经办机构设立的大病保险服务窗口办理大病补偿事宜。

与往年不同的是,今年大病保险的承保单位由去年的太平洋保险公司改为人寿保险公司,而且目前人寿保险公司工作人员已进驻文登区社会保险服务中心,合署办公。参保人员可免去以往在社保经办机构和保险公司之间来回奔波,直接在社保经办机构大病保险经办窗口“一站式”结算。

2017年的大病保险补偿工作分为职工和居民两个部分。

据介绍,由人寿保险公司承办的职工大病保险指的是经省统一组织价格谈判的抗肿瘤分子靶向药和治疗其他疾病的特效药品的报销部分,共包含18种特药。使用特药的参保人员需经定点医院医疗机构有资质的特药责任医师填写《威海市大病保险特药申请及评估表》,经定点医院和医保经办机构审批后,方可享受特药医疗费用的报销补偿。其报销范围为:对参保职工年度累计负担的合规医疗费用超过起付标准以上的部分按比例进行补偿。2017年,职工大病保险起付标准为2万元,起付标准以上的部分,给予60%的补偿。一个医疗年度内,职工大病保险资金每人最高给予20万元的补偿。

需要提醒广大参保职工的是,患者使用的特殊药品必须先经过社保经办机构的特药窗口审批,未按规定程序审核通过,直接购药产生的费用不予报销。此外,已经申请特药报销的参保人员还

需注意:审批后,特药使用患者应选择一家特药定点医疗机构进行购药,原则上一年内不予变更。经审核确认不符合使用特药适应症发生的费用不予报销。非经责任医师开具处方或在非特药定点医院机构取药发生的费用,也不予报销。

居民大病保险保障对象包括已参加居民基本医疗保险且按规定享受待遇的人员。分为两种情况,一种是参保居民使用经省统一组织价格谈判的抗肿瘤分子靶向药和治疗其他疾病的特效药品发生的费用,另一种是特效药品以外的符合大病保险报销范围的医疗费用。其中在威海市范围内的基本医疗保险定点医院发生的符合大病保险报销范围的医疗费用,在经治医院可直接结算,参保人员无需个人垫付后再到相关机构进行报销。在威海市范围外的定点医院发生的符合大病保险报销范围的医疗费用,需参保居民先行垫付后再到相关机构进行报销。

2017年,参保居民使用经省统一组织价格谈判的抗肿瘤分子靶向药和治疗其他疾病的特效药品发生的费用,起付标准为2万元,起付线以上的部分给予40%的补偿。一个医疗年度内,居民大病保险资金每人最高给予20万元的补偿。对于建档立卡农村贫困人口,不设起付标准。

2017年,居民大病保险起付标准为1.2万元,个人负担的合规医疗费用1.2万元以上(含1.2万元)、10万元以下的部分给予50%补偿;10万元以上(含10万元)、20万元以下的部分给予60%的补偿;20万元以上(含20万元)的部分给予65%补偿。一个医疗年度内,居民大病保险资金每人最高给予30万元的补偿。对于建档立卡的农村贫困人口,居民大病保险起付标准减半,分段报销比例提高5个



百分点,封顶线为50万元。

威海市职工和居民大病保险合规医疗费用具体范围,均按照省人力资源社会保障厅规定执行。2017年1月1日以来,若参保人员发生了符合大病保险补偿条件的医疗费用,即日起,参保人或其代理人准备好补偿所需材料后,便可就近到威海市各级社会保险经办机构设立的大病保险服务窗口办理大病补偿事宜。中国人寿保险股份有限公司在接到补偿资料后,将对参保人的投保情况及补偿资料进行审核,随后将按照保险合同予以补偿。

需要注意的是,参保人员在进行大病补偿申请时,如委托他人申请,需提供代办人身份证原件及相关授权材料。若被保险人死亡,需提供被保险人所有法定继承人身份关系证明、被保险人的

死亡证明(医学死亡证明、户口注销证明、火葬/土葬证明中只提供其一即可)、申请人身份证复印件、申请人银行卡,除被委托法定继承人外其他法定继承人填写《放弃受益权声明》。如未成年或无/限制民事行为能力人,需提供与监护人的关系证明,及其法定监护人身份证和银行卡。

文登区大病保险办公地点为:文登区世纪大道84号社会保险服务中心1楼大厅19号人寿保险窗口。

特药补偿所需材料:

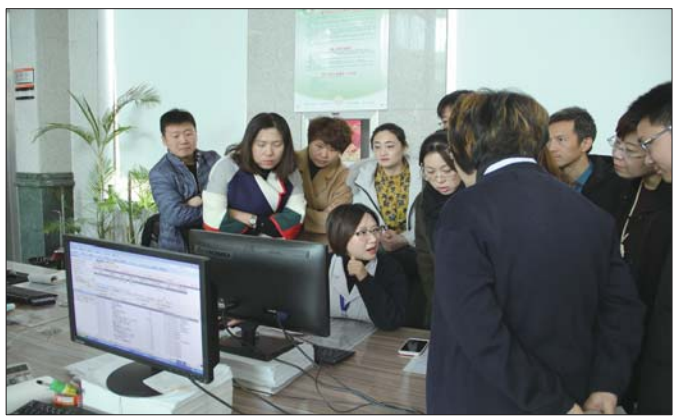
- 1、理赔申请书;
- 2、本人身份证或户口簿及复印件;
- 3、本人银行卡及复印件;
- 4、发票原件;
- 5、处方笺(由符合资格的医师开具的可以使用特药的处方笺);
- 6、确认保险事故的性质、

原因等有关的其他证明和材料;

居民大病保险所需材料

- 1、理赔申请书;
- 2、本人身份证或户口簿及复印件;
- 3、本人银行卡及复印件;
- 4、诊断证明、发票原件,费用总清单,住院病历(包括病历首页、长期医嘱、临时医嘱及出院小结等),或经社保经办机构审核的发票复印件、费用总清单复印件、住院病历复印件;
- 5、社保经办机构出具的统筹费用结算单原件,全国联网结算的,提供医疗机构出具的《城镇居民医疗保险统筹费用结算明细单》原件;
- 6、转外就医医保备案手续复印件;
- 7、确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

文登区社保中心召开医疗保险精细化管理工作推进会



本报文登12月5日讯(通讯员 王静 于海峰) 为进一步加强医疗保险基金监管,促进医疗保险制度稳健运行,维护和保证参保人员的基本待遇和合法权益,日前,文登区社保中心组织召开医疗保险精细化管理工作推进会,区社保中心相关人员、全区22家医疗保险定点医院医保办负责人、信息中心负责人参加了本次会议。

会议首先现场观摩了整骨医院以信息化为支撑加强医保精细化管理的经验做法,交流学习了中心医

院在门诊慢性病管理上的思路体会;通报了2017年度文登区各医院医保基金检查的有关情况;同时部署建立了医保协议指标风险预警机制有关思路,解读了医保有关政策及当前重点工作;并且对全区医院自助终端设备的使用管理进行了安排;加强医保精细化管理进行部署要求。

会议指出,随着医保制度的不断健全和完善,以信息化建设推动医保精细化管理已成为当前医保的经办机构和医院的医保管理部门做好管

理的必要和重要手段,必须要高度重视,切实认清医疗保险基金的本质属性,务必从严精细化管理使用,充分认可精细化管理有助于提高医院医保管理水平,实现医院可持续发展,同时抓住“大数据+医保”信息化建设的有利时机,稳步实现精细化智能管控医疗服务和医保管理。

政策延伸:

医保是重要的民生工程,“全民参保、人人享有基本医疗保险”是医保工作的重要目标,那么,在我区定点医院住院发生的合规医疗费用如何报销呢?下面简单为大家整理了一下。

符合规定的普通病种住院报销:

统筹基金支付住院费用按参保人员身份不同设置不同的起付线和自付比例。一个自然年度内,参保人员第一、二次住院设起付标准,从第三次住院起,不设起付标准。

在职参保职工起付标准为:一级医院400元、二级医院700元、三级医院900元;其符合

规定的费用的自负比例为:起付标准至1万元部分,个人自负比例为:一级医院10%、二级医院15%、三级医院20%;超过1万元至4万元部分,个人负担比例为一级医院8%、二级医院10%、三级医院12%;退休人员住院医疗费用的起付标准和年度支付限额与在职职工相同,超过起付标准的部分,个人负担比例为在职职工的一半。大额医疗救助费用20万元以内的部分,救助比例为90%,20万元至46万元的部分,救助比例为80%。

参保居民起付标准为:一级医院300元、二级医院500元、三级医院800元。参保居民按一档缴费的,年度最高支付限额为20万元。支付比例分别为一级医院80%、二级医院60%、三级医院50%;参保居民按二档缴费的,年度最高支付限额为30万元。住院医疗费

用超过起付标准至4万元部分,支付比例分别为一级医院80%、二级医院65%、三级医院55%;超过4万元至最高支付限额部分,支付比例分别为一级医院80%、二、三级医院70%;

定额结算病种住院报销:

我区目前将诊断清晰、治疗规范、费用易控的137个病种纳入定额结算病种。对于符合条件的定额病种参保患者发生的住院医疗费,住院定点医院将按照定额标准收取医疗费用。其中,在定额结算标准内的部分,属于职工医疗保险的,个人不负担,由医疗保险统筹基金支付;属于居民医疗保险的,个人负担40%,统筹基金支付60%。超过定额结算标准的部分个人均不负担。患者出院时可直接在定点医院医保窗口进行结算。

