



“微城管”升级与市民互动更便捷

累计受理问题3165件,办结率达99%以上



本报泰安5月12日讯(记者 倪方圆 通讯员 陈雯琪) “优化升级后的‘泰安微城管’用着更方便了,只要用手机拍摄上传,护栏缺失、雨篦子缺失、路灯不亮等类似的城市管理问题立马就有人来解决,而且还有红包拿,且红包发放速度也变快了。”近日,市民王女士又一次通过“泰安微城管”平台反映了长城路泰玻路口公交车站附近绿地内电力井盖四周破损的城市问题。

据了解,当天王女士通过升级后的“泰安微城管”平台反映了问题后,泰安城管指挥调度中心信息员立刻对问题现场进行了核实。确认产权单位后,积极与电力公司联系并说明现场情况。随后,电力公司对该处井盖进行应急处置,中心信息员积极配合并全程跟踪督办,使该问题得到有效解决。王女士也收到了“泰安微城管”平台发来的4元奖励红包。

据泰安城管指挥调度中心工作人员介绍,

升级版“泰安微城管”在首页面加入了泰城的“电子眼”,能将泰城部分重要路段、公园广场以及低洼地段等实时动态监控视频传送至市民的手机上,让大家足不出户就能全方位、多角度的了解泰城路况,也为上下班出行的市民提供出门“利器”。平台还加入了美团、今日头条等服务链接,在原有的基础上完善了城管动态、调查问卷、垃圾分类这些便于市民了解城市管理工作的功能,像查询天气,找公园、公厕,以及失物招领、滴滴出行等便民服务,都一一展现在“泰安微城管”平台,真正让市民感受到城市管理带来的服务性、便捷性和高效性。

泰安城管指挥调度中心工作人员告诉记者,自“泰安微城管”推出以来,已累计受理各类城市管理问题3165件,发放红包金额达8642元,问题受理率100%,问题办结率达99%以上。

泰安市推动邮件快递包装“瘦身”

年底前,七成以上电商快件不再二次包装

本报泰安5月12日讯(记者 侯海燕)

近日,泰安市邮政管理局、市生态环境局联合发布《关于协同推进邮政快递业生态环境保护工作的实施意见》,提高泰安市邮政快递业领域资源利用效率,降低污染物耗用量,减少环境污染,加快泰安市快递包装绿色治理,服务美丽泰安建设。

2020年底前,泰安力争实现45毫米以下“瘦身胶带”封装比例达90%以上、70%以上电商快件不再二次包装、可循环中转袋基本实现全覆盖,新增90个设置标准包装废弃物回收装置的邮政快递网点、符合标准的包装材料应用比例95%、一联电子运单使用率40%和电子运单使用基本实现

全覆盖,新能源或清洁能源汽车保有量新增40辆以上的行业生态环保工作目标。

到2020年,利用大数据和智能计算等技术进一步优化包装结构、减少材料耗费,平均每件快递包装耗材减少10%以上。推广使用中转箱、笼车等设备,编织袋和胶带使用量进一步减少,行业节能减排效果显著;治理体系日益完善。2020年,将全面推动邮件快件包装规范化和标准化,督促寄递企业采购使用符合国家标准、行业标准及国家有关规定的包装产品,推广使用环保胶带、包装袋和填充物等,逐步减少不可降解塑料包装袋、胶带和一次性塑料编织袋的使用。到2020年底,按照规范

封装操作的比例,符合标准的包装材料应用比例均达到95%以上。

到2020年底,电商邮件快件不再二次包装率达70%。此外,推动可循环快递包装产品应用,支持顺丰、京东等企业在生鲜同城寄递优先推行可复用冷藏式快递箱。鼓励寄递企业推广使用可循环、可折叠快递包装。指导寄递企业在高校、社区等重点区域的营业网点设置符合标准的回收箱。力争到2020年底,泰安市邮政快递网点中新增90个设置标准包装废弃物回收装置。继续推动寄递企业使用可循环中转袋,力争到2020年底,可循环中转袋基本实现全覆盖。

医疗保险知识问答

职工待遇及报销

十四、门诊慢性大病待遇标准是如何规定的?

目前,我市职工医保门诊慢性大病病种共计37种,其中恶性肿瘤、尿毒症肾透析、组织器官移植抗排异治疗、血友病为甲类病种,暂不实行限额管理;其它33种慢性大病为乙类病种,实行限额管理。其中严重精神障碍的6个病种不设门诊慢性病起付标准,在职、退休人员分别按80%、85%的比例给予补助,年度统筹基金支付限额为10000元。其余病种患者一个医疗年度内发生的符合基本医疗保险支付范围的门诊医疗费用,600元以上,基本医疗保险统筹基金支付限额以下部分,甲类病种在职职工、退休人员分别按85%、90%的比例给予补助;乙类病种分别按80%、85%的比例给予补助。进入大额医疗救助范围的费用按大额医疗救助的相应比例补助。

十五、如何申请门诊慢性大病补助?

门诊慢性大病申请由定点医疗机构医疗保险办公室(科)受理。在本人住院医院申报的,提供社保卡或身份证件原件,由经治科室填写《门诊慢性大病补助申请表》。在非本人住院医院申报的,提供社保卡或身份证件原件、近期定点医院住院病历复印件(血友病、晚期恶性肿瘤、精神病患者也可提供门诊病历及相关检查化验单、诊断证明等材料),由经治科室填写《门诊慢性大病补助申请表》。

甲类病种随时办理,医疗待遇当月享受;乙类病种由定点医疗机构按月组织审核鉴定,审核通过的由定点医疗机构直接在医保结算系统设定确认,医疗待遇自审核通过后享受。审核未通过的,由定点医疗机构医疗保险办公室(科)告知申请人,并做好解释说明工作。

异地安置人员,可在安置地定点医院选择一家作为门诊慢性大病定点医院,申请程序参照参保地的规定。

门诊慢性大病定点医院原则上医疗年度内不变更,如需更改,参保职工可于每年12月至次年1月底前到定点医院或医保经办机构申请变更。

十六、大病保险特药待遇是如何规定的?如何申办大病特药待遇?

参保职工使用列入职工大病保险的特药药品(目前有5种),年度累计超过起付标准2万元以上的部分,给予60%的补偿。一个医疗年度内,大病保险资金每人最高给予20万元的补偿。

参保患者提出申请,填写《泰安市大病保险特药使用申请及评估表》,同时提供:相关医疗文书(包括诊断证明、基因检测报告(必要时)、病理诊断、影像报告、免疫组化报告、门诊病历、出院小结等)。经定点医疗机构责任医师评估,定点医疗机构医保管理部门审核同意,报送参保地医疗保险经办机构确认备案后,方可享受特药待遇。

参保人员按规定进行的大病特药评估备案,均自核准之日起长期生效,暂不设置终止期限。期间未发生变更,且正常购用药品的,以后年度备案自动延续。期间因病情变化需要更改药品的须重新评估备案。一年内未发生购用药品情况的,自动终止,后再购用的

须重新评估备案。

一个医疗年度内,参保患者可选择1家特药定点医疗机构或1家特药定点药店购药。参保患者不能同时享受2种及以上相同适应症的特药。

十七、职工普通门诊统筹待遇是如何规定的?

享受职工医保门诊统筹人员,在签约的定点社区卫生服务机构就诊发生的符合统筹支付范围的门诊费用,支付限额以内的,每次就诊个人先自付20元,剩余部分支付限额以内统筹基金按60%的比例支付,一个医疗年度内实际支付限额在职职工、退休人员分别为800元、900元。

参保人员选择门诊统筹定点医疗机构,一定一年,原则上不得变更。到期如需变更,参保职工可于次年1月份到新选定的门诊统筹定点医疗机构办理变更签约手续。如不办理变更手续,则原定点约定自动延续生效。

十八、异地就医需办理什么手续,如何办理?

异地安置(长期驻外)人员安置(长驻)地就医,需凭承诺书办理异地安置(长期驻外)备案手续。

市外异地转院就医,由具备资格的转出医院直接办理转诊转院备案手续。

异地急诊住院就医,需凭急诊住院证明,办理急诊住院备案手续。

以上备案均可通过“泰安医保”手机APP、“泰安医保”支付宝小程序、传真、电子邮件等方式,或携带材料直接到参保地医疗保险经办机构服务窗口办理。

市外异地转院就医,由具备资格的转出医院直接办理转诊转院备案手续。

十九、异地就医费用报销需要什么手续?

参保人员按规定办理了异地安置(长期驻外)、转诊转院、急诊备案手续,在异地联网结算定点医院发生的住院费用可直接联网结算,在省内异地门诊慢病联网结算定点医院发生的门诊慢病费用可直接联网结算。其它情况下发生的异地住院、门诊慢病、门诊统筹费用,均需先由个人全额垫支,再携带出院小结或住院(门诊)病历复印件、费用明细、费用发票原件,到参保地经办机构申请核算,报销费用直接拨付本人社保卡银行账户。

二十、职工长期护理保险参保人群及筹资渠道是哪些?

凡参加我市职工基本医疗保险的人群(含在职、退休人员),均应参加职工长期护理保险。长期护理保险资金通过职工医保统筹基金、个人缴费、财政补助等渠道解决。具体标准为:暂由职工医保统筹基金每人每年划入30元,财政补助每人每年10元,个人缴费(含在职职工和退休人员)每人每年30元。

二十一、职工长期护理保险待遇怎么规定的?

符合相关条件,经申请,职工可享受长期护理保险待遇。医疗护理照料方式主要包括:居家护理、机构护理及医疗专护。接受机构护理和居家护理的参保人员,每床日总费用定额(指统筹范围内费用总额,含统筹范围内个人负担部分,超标准床位费除外)分别为60元、40元;在一、二、三级定点医院接受医疗专护的,每床日总

费用定额分别为120元、170元、200元。发生的医疗护理费用由护理保险资金分别支付85%、80%、75%,其余费用由个人承担。

居民待遇及报销

二十二、2020年居民基本医疗保险的个人缴费标准是多少?

2020年我市城乡居民基本医疗保险个人缴费标准设定两个档次:一档缴费标准为每人每年240元,二档缴费标准为每人每年350元。未成年人、在校学生按照一档标准缴费,享受二档缴费的医保待遇。

二十三、居民医保普通居民如何补缴?

鼓励居民按时连续参保缴费,2015年以来符合参保条件未及时参保或中断缴费的,可选择按二档(未成年人、在校学生按一档)全额补缴2015年以来欠缴的基本医疗保险费(含财政补助部分),自补缴之日起享受居民基本医疗保险待遇;也可以选择不补缴历年欠费直接参保,等待期满后享受待遇。选择不补缴历年欠费参保,在集中缴费期内缴费的,只缴纳个人缴费部分,自缴费年度的1月1日起计算等待期;错过集中缴费期的,须缴纳个人缴费和财政补助标准之和(外出务工人员在次年2月底前缴费的,只缴纳个人缴费部分),自缴费之日起计算等待期。2015年以来符合参保条件未及时参保或中断缴费年限的,每一年计算30天等待期。等待期内发生的医疗费用,统筹基金不予支付。已经计算过等待期的欠费年限在以后年度不再算作欠费年限,不重复计算等待期。

二十四、新生儿如何缴费?

新生儿应自出生之日起参加居民基本医疗保险,新生儿参保需携带出生医学证明及户口簿(非本市户籍的还需提供父母一方泰安市居住证)原件及复印件办理参保缴费。出生之日六个月内办理参保缴费手续的,自出生之日起享受居民基本医疗保险待遇;超过六个月办理参保缴费手续的,按新参保自出生年度起补缴,并按新参保人员补缴办法享受居民基本医疗保险待遇。

二十五、非本市户籍居民如何参加泰安市居民医保?

持居住证参保的外地户籍居民,须在取得居住证当年集中缴费期缴纳次年居民基本医疗保险费个人缴费部分,自次年1月1日起享受居民基本医疗保险待遇,非集中缴费期不予受理。每个年度参保缴费均需审核其当年取得的居住证,并在医保信息系统中做身份标识。

二十六、建档立卡贫困人口、低保对象、特困人员缴费是如何规定的?

1、对建档立卡贫困人口、低保对象、特困人员等困难群体参加居民基本医疗保险个人缴费部分由县市区财政按一档标准全额给予补贴;对建档立卡贫困人口、重度残疾人参加居民基本医疗保险的个人缴费部分,按照相关规定执行。

2、首次参保或中断缴费的建档立卡贫困人口、低保对象、特困人员等,参保时只补缴当年基本医疗保险费个人缴费部分,自补缴之日起享受居民基本医疗保险待遇。