

索引号:	11220000MB19566296/2022-02330	分类:	医保经办管理;通知
发文机关:	吉林省医疗保障局	成文日期:	2022年07月04日
标题:	关于明确医疗保障待遇零星报销相关政策的通知		
发文字号:	吉医保发〔2022〕21号	发布日期:	2022年07月05日

## 关于明确医疗保障待遇零星报销相关政策的通知

吉医保发〔2022〕21号

各市（州）医疗保障局、长白山管委会医疗保障局，梅河口市医疗保障局：

为统一全省医疗保障待遇零星报销相关政策，提高零星报销效率，保障参保人员利益，按照《国家医疗保障局关于印发医疗保障标准化工作指导意见的通知》（医保发〔2019〕39号）、《吉林省生育保险和职工基本医疗保险合并实施意见》（吉医保联〔2019〕18号）、《需要紧急救治的急危重伤病标准及诊疗规范》（国卫办医发〔2013〕32号）及《关于扎实做好2019年全省异地就医服务管理工作的通知》（医保联〔2019〕9号）等文件内容，我们进一步明确了零星报销相关政策，具体如下：

一、针对省外医疗机构费用明细清单标记目录类别及支付标准与我省不一致或未标注问题明确如下：如就医地目录类别及支付标准与我省不一致的，按参保人提供的就医地医疗机构费用明细清单标注的就医地目录类别及支付标准执行，如费用明细清单中未标注支付标准，以费用清单中所列金额为就医地的支付标准；如就医地目录类别及支付标准待遇明显低于参保地目录待遇的或明显系医药机构对照错误的，按照参保地目录类别及支付标准核定；如就医地未标注目录类别的按参保地目录执行。

二、针对异地单笔医疗费用既有门诊慢特病又有普通门诊问题明确如下：以单张医疗费收据（发票）为单元划分所属的医疗类别分类，该张票据对应所有明细均按照支付待遇较高的医疗类别核定报销待遇。

三、关于异地门诊特病病种在参保地本地实行定点机构打包付费或个人负担固定金额的付费方式的，不再执行本地对医疗机构的支付政策，按照门诊特病待遇核定报销。

四、符合基金支付范围的生育门诊、生育住院医疗费用由生育保险基金全额支付。

五、关于急诊留观患者费用医疗类别待遇核定。参保人员在异地发生急诊留观并后续收入院治疗或急诊留观期间死亡的，其住院前发生的急诊留观医疗费用可按住院待遇进行报销，本地可按照此政策执行，由定点医疗机构兑现相关待遇；参保人员在异地发生急诊留观后续未收入院治疗的，如存在医院无法

转住院、疫情期间无床位等特殊情况，就诊医院提供情况说明后，可将急诊留观发生的门诊费用按住院待遇核定报销。

六、关于急诊待遇认定。参保人员在就医地就医时，医疗机构按急诊管理的就医行为，参保地应按照就医实际情况兑现急诊待遇。

七、参保人员由于信息系统故障、待遇执行错误、政策制度调整等原因导致直接结算时未足额享受待遇的，参保地应及时受理并复核报销申报，情况属实的，应采取补充报销方式对未完全兑现的待遇进行报销。

八、关于简化零星报销业务申请材料。如参保人员有相关备案，不再收取病历资料，参保人员提供医保电子凭证或有效身份证件或社保卡、定点服务机构收费票据、费用清单、诊断证明（门诊提供处方底方）材料即可受理零星报销业务；如需进行急诊待遇认定的，参保人员还需提供病历材料。

九、本通知自 2022 年 8 月 1 日起执行。

吉林省医疗保障局

2022 年 7 月 4 日

（此件主动公开）

[《关于明确医疗保障待遇零星报销相关政策的通知》政策解读](#)