**威海市妇幼保健院**

**医保病人门诊、住院就诊报销流程WFEY-QS-D/0-YBK-009-001**

参保患者

确因病情需要转院者，由科主任书面申请，医保办审批，分管院长同意，方可办理转院

出院由各病区发通知送住院处，住院处打印出结算单，由医保秘书审查，3日后结算

挂号室

门诊医生诊治，开出相关辅助检查、药品

持门诊慢病就诊卡到慢病门诊开药

门诊收费，医保个人账户或自费结算

门诊收费直接报销，病人支付由个人负担的费用

遵医嘱院外治疗

因病情需要住院，接诊医生开具住院通知

持身份证、医保卡或医保电子凭证到住院处办理住院手续，审核身份后办理入院联网手续，确认参保信息。

各病区医生接诊，建立住院病历

治疗检查用药严格按照基本医疗保险药品目录、诊疗项目、服务设施范围管理的有关规定执行。

医保科到病区核对病人身份

出院

出院结算，住院处将病人费用信息传入医保系统进行结算，直接报销，参保人员支付由个人负担的医疗费用。

确因病情需要转院者，由科主任书面申请，医保办审批，分管院长同意，方可办理转院

出院由各病区发通知送住院处，住院处打印出结算单，由医保秘书审查，3日后结算

**门诊慢性病办理、报销流程图**

参保患者

携带身份证、近期病历资料到慢病门诊（脑瘫、孤独症等病种到儿保科），慢病专职医师审核病历资料

不符合

告知参保人员

符合准入标准的病种，填写《威海市医疗保险门诊慢性病备案表》

参保人员持身份证、审核后病历资料、《备案表》到医保服务窗口，核对审查后留存相关资料

医保科汇总慢病人员资料，在医保系统中进行申请，医保中心审批通过后，录入医院慢病管理系统

参保人员持身份证、慢病就诊卡到医保服务窗口，绑定慢病信息

参保人员持慢病就诊卡到慢病门诊，慢病专职医师按照《参保人员门诊慢性病管理办法》开具药品及检查

收费窗口或自助机缴费，参保人员支付由个人负担的医疗费用。

药房取药或相关科室检查

**高值药品办理、报销流程图**

符合用药条件的，由责任医师填写《威海市医疗保险高值药品使用申请及评估表》一式两份，开具高值药品处方

不符合

告知参保人员

参保人持身份证、《评估表》、处方及相关医疗文书（诊断证明、基因检测报告、病理诊断、影像报告、免疫组化报告、门诊病历、出院小结），到医保服务窗口审核。

参保人持身份证、审核盖章后的《评估表》、处方及相关医疗文书到就近的医保机构备案。

药店取药

由责任医师按照规定开具药品处方，并在右上角标明“高值药品”字样

持身份证、《评估表》、处方到医院医保服务窗口审核盖章

持身份证、《评估表》、处方到收费窗口缴费，参保人员支付由个人负担的医疗费用。

首次购药，收费处留一份《评估表》，交医保科留存。

持身份证、《评估表》、审核盖章后处方到定点药店缴费取药

门诊药房取药

**异地医保病人门诊、住院就诊报销流程**

参保患者

确因病情需要转院者，由科主任书面申请，医保办审批，分管院长同意，方可办理转院

出院由各病区发通知送住院处，住院处打印出结算单，由医保秘书审查，3日后结算

办理异地门诊慢病

挂号室

门诊医生诊治，开出相关辅助检查、药品

持异地慢病备案表的复印件、申请人身份证到医疗保险服务窗口备案

门诊收费，医保个人账户或自费结算

持身份证到挂号室办理异地门诊慢病卡，然后去慢病门诊开具药品，自费结算，回参保地报销。

因病情需要住院，接诊医生开具入院证，省内患者持身份证、省外患者持新社保卡，去住院处办理住院手续（生育保险除外）。

联网不成功，3天内与参保地医保机构联系

直接联网成功的，根据参保人员类别，办理相关手续

审核如果不通过，出院时自费结算，带相关资料回参保地报销。

审核通过后，持身份证、新社保卡去住院处联网

各病区医生接诊，建立住院病历

治疗检查用药严格按照就医地基本医疗保险药品目录、诊疗项目、服务设施范围管理的有关规定执行。

医保科到病区核对病人身份

出院结算，住院处将病人费用信息传入医保系统进行结算，直接报销，参保人员支付由个人负担的医疗费用（报销比例同参保地）。

**意外伤害申请流程图**

参保病人发生意外伤害事故，需住院治疗的（包括异地参保患者）

接诊医生要将参保病人发生意外伤害的具体原因、病情等情况如实、详细的记载在病历上

接诊医生指导病人填写《威海市基本医疗保险意外伤害申请表》，申请人或家属要如实填写，并签字、按手印。如经120接诊的参保人员，必须与120记录信息相符

接诊医生填写伤情诊断名称并签字，科室负责人核实签字，暂时存放在护士站统一保管，医保科定期收取

医保科工作人员及时到病区进行核实，并根据参保人员受伤原因、经过、时间及地点，初步判断是否纳入医保报销

符合医保报销的患者，住院处联网，出院时直接结算

工作中受伤的，建议申请工伤（与单位联系）

有责任人的，不能走医保，需自费结算

**生育待遇管理流程图**

符合国家计划生育政策的参保人员

参保职工连续足额缴纳医疗保险费满1年的，可携带相关材料到医保工作站领取生育津贴；生育时已参保但连续缴费不满1年的，待连续足额缴费满1年后，补发生育津贴**（机关事业单位不能申领津贴）**

参保人员持身份证、生育证（或生育证明）、结婚证到收费处办理住院手续并联网确认，出院结算时，收费人员留存身份证、生育证、结婚证复印件，根据参保人员类别直接报销，孕期检查费也一并报销

不再进行孕检备案，由参保人员自主选择医疗机构进行孕期检查

输卵管修复整形术

输精管单侧吻合术

流产术、引产术

输精管结扎术

放置（取出）宫内节育器

输卵管结扎术

参保居民

生育时已连续缴费1年以上且正常享受当年居民基本医疗保险待遇的

参保职工

在生育时，已连续足额缴费满3个月且正常享受职工基本医疗保险待遇的

计划生育

分娩

参保人员携身份证、结婚证、相关证明及单据到收费窗口按规定标准联网结算**（仅限职工医保）**