**昌都市门诊费用报销流程图**

不予报销医疗费用：1.在非医疗保险定点医疗机构发生的医疗费用2.应当从工伤保险基金中支付的；3.应当由第三人负担的；4.应当由公共卫生负担的；5.在境外就医的。

健康体检、不孕不育相关疾病诊断以及产前检查费、计划生育医疗费等生育门诊(不区分病种)相关医疗费用，职工基本医疗保险普通门诊统筹基金均不予支付。

报销时限不超过30个工作日

参保居民报销标准：缴费标准160元、起付线100元、基金支付比例60%、年度限额300元；缴费标准350元、无起付线、基金支付比例90%、年度限额300元。

参保职工报销标准：城镇职工在二级以下定点医疗机构门诊就医产生的政策范围内医疗费用报销比例为在职人员70%、退休人员80%;在三级定点医疗机构门诊就医产生的政策范围内医疗费用报销比例为在职人员60%、退休人员70%。

异地就医备案完成后持本人社保卡或医保电子凭证进行结算（异地结算遵循“就医地目录、参保地政策”）

需提供报销材料：医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；门诊发票；门诊检查单、化验单；门诊处方笺

存在符合医保规定的原因，在异地就诊时，未能直接刷卡结算，可持相关材料，回参保地进行手工报销。

参保居民普通门诊统筹待遇：缴费标准160元、起付线100元、基金支付比例60%、年度限额300元；缴费标准350元、无起付线、基金支付比例90%、年度限额300元。

参保职工普通门诊统筹待遇：起付标准和最高支付限额：普通门诊统筹年度累计起付标准为300元(退休人员在此基础上降低30%),年度最高支付限额为3000元，最高支付限额不纳入年度住院和门诊特殊病种封顶线计算。

备案平台：微信公众号（昌都市医疗保障微信公众号）；线下服务窗口（全市各级医保局服务窗口）；电话备案（拨打全市各级医保局服务热线）

需在异地医保定点医疗机构住院，在符合医保规定的情况下，可申请办理异地就医备案。

手工（零星）报销

异地就医结算

参保人