

Q:医保缴纳多久可以享受医保待遇？

A：

- 1、用人单位及其职工当月足额缴费，参保人员次月享受职工医疗保险待遇；
- 2、以灵活就业人员身份初次参加职工医疗保险，连续缴费满3个月后按规定享受职工医疗保险待遇；
- 3、与用人单位解除劳动关系的参保职工或领取失业保险金期满的参保人员，可以灵活就业人员身份参加职工医疗保险，自缴费次月起享受职工医疗保险待遇

医保报销类别

Q:医保药品目录中标注的“甲”、“乙”是什么意思？报销方法是什么？

A:基本医疗保险出于管理需要，将医保药品目录内的药品分为甲、乙两类。甲类药品是临床治疗必需、使用广泛、疗效好，同类药品中价格低的药品，参保人使用这类药品时，可以全额纳入报销范围，按规定比例报销；乙类药品是可供临床治疗选择使用、疗效好，同类药品中比甲类药品价格高的药品。参保人使用这类药品时，要先按比例（各地不同）扣除一定的个人自付费用后，将余下费用再纳入报销范围，按规定比例报销。

Fe:参保人就医后，发生了药品、诊疗等费用，其中药品又包括甲类和乙类药品，那么报销的方法是：乙类药扣除自付后的费用，加上甲类药全部费用，再加上诊疗等费用中符合医保规定的费用，可用于累计参保人当年的起付线。对于超过起付线、未达封顶线的费用，依据患者本人参保类型、就医医院级别等按规定比例报销

案例：假设城镇职工A某次就医住院发生了医保目录范围内的诊疗等费用2000元，甲类药品费用3000元，乙类药品费用5000元，乙类药品的自付比例是10%，当地起付线是1300元，城镇职工医保在该级别医院的报销比例为80%。那么报销方法是：

甲类药全部费用3000元+将乙类药品扣除自付外的其余费用4500元（乙类药品自付部分为 $5000 \times 10\% = 500$ 元）+符合医保规定的诊疗等费用2000元=合计9500元；

扣除1300元的起付线，纳入报销范围的费用是8200元。则本次A的医疗费用，医保能够报销 $8200 \times 80\% = 6560$ 元；

A需要自己承担3440元（起付线1300元+乙类药自付的500元+医保政策范围内按比例由个人负担的1640元）

简单来说，

医保报销的钱=【（甲类药品的全部费用+乙类药品扣除自付部分+其他符合医保规定的费用）-起付线】*相应报销比例

报销相关概念

除了医保目录外，与医保报销费用相关的概念还有报销比例、起付线和封顶线

1、报销比例：医保保而不包，会设定相应的比例来进行报销；

2、起付线：起付线是医保基金的起付标准。参保人在定点医疗机构实际发生的“三个目录”内的医疗费用，要先自己承担起付线以下的费用，过了起付线费用的部分才可以按规定、按比例报销；

3、封顶线：封顶线是医保基金的最高支付限额。即参保人在一年度内累计能从医保基金里获得报销的最大限额。封顶线以外的费用基本医保不能报销，但对于城乡居民医保的参保人来说还有大病保险继续进行报销；同时参保人可以通过参加补充医保、商业保险等办法解决；

4、
特别提醒：各地起付线、封顶线、报销比例可能不尽相同，请咨询本地的医保部门

异地就医人员

哪些参保人员可以办理异地就医直接结算？

异地安置退休人员；异地长期居住人员；经用人单位批准或委派的常驻异地工作人员；异地转诊转院人员

异地就医相关问题

1.异地就医报销的条件和流程是什么？

异地就医备案是实现异地直接结算的前提条件，须遵循“先备案、再就医，持卡/扫码结算”原则；在异地就医时，申请的备案开始时间不能晚于住院时间，否则不能在当地直接结算报销

□ 异地就医备案成功后，在就医地已开通联网结算的医院就医，出院时可以直接结算报销，执行“就医地目录范围、参保地报销政策”；

□ 未能在就医地直接结算的，可回郑州市按规定进行手工报销，手工报销时执行参保地目录范围和报销政策

异地就医备案方式有现场备案和网上备案，都可以委托他人代办。选择网上备案时，可通过手机下载安装“国家医保服务平台APP”为他人进行备案申请

2.退休回原籍居住，在外地怎么享受医疗保险待遇？

退休后要回原籍居住，在参保地办理异地就医的手续后，在外地就可以正常的享受医疗保险待遇