

宝鸡市医疗保障经办中心文件

宝医保中心发〔2021〕37号

宝鸡市医疗保障经办中心 关于印发《宝鸡市医保经办工作热点问题汇编》的通知

各县（区）医疗保障经办中心，市本级各协议医疗机构：

为了进一步落实“有问必应、接诉即办”工作安排，提高医保经办机构便民服务水平，根据《宝鸡市一体化推进深化“放管服”改革优化营商环境工作总体方案》（宝政办发〔2021〕10号）精神，市医保经办中心组织人力梳理了群众咨询量大，关心较多的热点问题共七十七条，形成了《宝鸡市医保经办工作热点问题汇编》，现印发你们，请在日常群众咨询中参考使用，确保全市医保经办服务口径统一。

宝鸡市医疗保障经办中心

2021年8月17日





宝鸡市医疗保障经办工作热点问题汇编



中国医疗保障
CHINA HEALTHCARE SECURITY

宝鸡市医疗保障经办中心

2021年8月

目 录

问题一：我市正常企业缴纳城镇职工基本医疗保险缴费比例是多少？	8 -
问题二：全额财政供养单位办理增人时，需提供什么资料？	8 -
问题三：财政供养单位办理人员在职转退休时，需提供什么资料？	8 -
问题四：退役士兵如何缴纳城乡居民医疗保险费？	9 -
问题五：灵活就业人员 2021 年缴费标准是多少？怎样缴费？	9 -
问题六：已参加灵活就业医保，本人在外地，怎么缴费？	9 -
问题七：已经断保很长时间，现在想接续灵活就业，怎么办	9 -
问题八：参加我市城镇职工基本医疗保险的灵活就业人员，养老保险退休手续已办 理，医保退休怎样办？	10 -
问题九：我市跨统筹地区医保转移接续的经办流程是什么？	10 -
问题十：新生儿如何参保登记缴费？	11 -
问题十一：城乡居民参加城镇职工医保后能否退费？	11 -
问题十二：宝鸡市域内职工医保转城乡居民医保如何办理？	11 -
问题十三：职工医疗保险个人账户何时划拨？	12 -
问题十四：我市“两病”普通门诊用药待遇标准是多少？	12 -
问题十五：我市“两病”患者如何办理申请认定？	12 -
问题十六：我市城乡居民门诊慢特病病种范围有哪些？	13 -
问题十七：我市城乡居民申请门诊慢特病待遇时需提供什么资料，如何申请办理？	13 -
问题十八：我市城乡居民备案申请门诊慢特病后如何报销？	14 -
问题十九：我市城乡居民门诊慢特病待遇享受有等待期吗？	14 -

问题二十：我市城乡居民门诊肾透析患者怎么报销？	- 14 -
问题二十一：我市参保的城镇职工，在外地医疗机构生孩子，生育医疗待遇会不会受到影响，报销需要提供哪些资料？	- 14 -
问题二十二：参加我市生育保险多长时间可正常享受生育保险待遇？	- 15 -
问题二十三：我市的灵活就业人员外地住院如何报销医疗费？	- 15 -
问题二十四：申请宝鸡市市本级（高新区）公务员单次医疗补助都需要提供什么资料？	- 15 -
问题二十五：申请宝鸡市市本级（高新区）公务员年度累计住院医疗补助报销需提供的资料？	- 16 -
问题二十六：申请宝鸡市市本级（高新区）公务员单次、累计报销流程？	- 16 -
问题二十七：申请宝鸡市市本级（高新区）公务员单次、累计医疗补助标准？ ..	- 16 -
问题二十八：我市市本级离休人员如何报销门诊费、住院费？	- 17 -
问题二十九：我市参保职工未就业配偶能否享受生育补贴？	- 17 -
问题三十：我市灵活就业人员身份缴满多长时间可以享受女职工生育医疗费补贴以及补贴标准？	- 17 -
问题三十一：我市参保患者如何申请特药？	- 18 -
问题三十二：宝鸡市特药定点医药机构有哪些：	- 18 -
问题三十三：我市参保职工如何申请办理城镇职工门诊慢性病？	- 19 -
问题三十四：我市城镇职工门诊慢性病病种有哪些？	- 22 -
问题三十五：基本医疗保险药品目录指的是什么？	- 22 -
问题三十六：基本医疗保险诊疗项目指的是什么？	- 23 -
问题三十七：基本医疗保险医疗服务设施指的是什么？	- 23 -
问题三十八：什么是医疗保险起付线？	- 23 -

问题三十九: 什么是分级诊疗?	- 24 -
问题四十: 参保人员本市住院手续怎么办理?	- 24 -
问题四十一: 哪些情形不受分级诊疗、双向转诊制度限制?	- 24 -
问题四十二: 参保人在本市医保定点医疗机构住院, 起付线、报销比例分别是多少?	- 25 -
问题四十三: 未按分级诊疗制度要求办理转诊转院手续会有什么影响?	- 26 -
问题四十四: 按分级诊疗制度要求办理上转或下转手续有什么好处?	- 26 -
问题四十五: 冠脉支架的医保报销政策有哪些?	- 26 -
问题四十六: 基本医疗保障药品主要报销政策是什么?	- 27 -
问题四十七: 急诊、急救费用报销有哪些规定?	- 27 -
问题四十八: 纳入我市基本医疗保险报销的床位费标准是多少?	- 27 -
问题四十九: 院前及院外检查化验费怎样报销?	- 28 -
问题五十: 辅助治疗报销有哪些规定?	- 28 -
问题五十一: 哪此疾病住院一个待遇年度内只支付一次起付线?	- 28 -
问题五十二: 参保人员住院医保报销费用是怎么计算的?	- 29 -
问题五十三: 异地就医的人员范围有哪些?	- 29 -
问题五十四: 异地就医登记备案怎么办理?	- 29 -
问题五十五: 办理异地就医登记备案需提供哪些资料?	- 30 -
问题五十六: 异地登记备案手续怎么变更?	- 30 -
问题五十七: 异地登记备案人员在就医地定点医疗机构无法满足就医需求时怎么办?	- 30 -
问题五十八: 异地转诊转院的条件是什么? 手续在哪里办?	- 31 -
问题五十九: 异地就医的费用怎样结算? 报销政策有什么规定?	- 31 -

问题六十：城乡居民门诊统筹的主要政策有哪些？	32
问题六十一：城乡居民普通门诊统筹医疗费用支付范围有哪些？	33
问题六十二：确诊和确定的疑似新型冠状病毒感染的参保患者住院有哪些医疗保障政策？	34
问题六十三：确诊和确定的疑似新型冠状病毒感染的参保患者门诊有哪些医疗保障政策？	35
问题六十四：什么样的情况能享受城镇职工大病年度累计报销？	35
问题六十五：城镇职工大病年度累计报销的主要政策是什么？	35
问题六十六：哪些项目城镇职工大病互助基金不予支付？	36
问题六十七：城镇职工大病年度累计报销怎样申请？	36
问题七十：信息公司维护电话是多少？	37
问题七十一：咨询城镇职工慢性病的服务电话是多少？	38
问题七十二：网络中断，不能刷卡之类的问题怎么解决？	38
问题七十三：系统显示多条信息，不能刷社保卡的问题怎么解决？	38
问题七十四：社保卡挂失补办怎么操作？	38
问题七十五：医保个人权益怎么查询？	38
问题七十六：医保定点药店由哪个单位监管？	38
问题七十七：遇到医保违规问题，该向哪里投诉？	38

第一部分 参保缴费

问题一：我市正常企业缴纳城镇职工基本医疗保险缴费比例是多少？

答：我市城镇职工基本医疗保险缴费（正常企业）比例为 8.6%，用人单位按 6.6% 的比例缴纳，职工个人按 2% 的比例缴纳。用人单位缴费基数和职工个人缴费基数以上年度单位职工工资总额为基数（缴费基数低于上年度我市在岗职工平均工资 60% 的，按上年度我市在岗职工平均工资的 60% 计算，高于上年度我市在岗职工平均工资 300% 的，按上年度在岗职工平均工资的 300% 计算），大病互助基金按每人每月 15 元计征，其中用人单位每人每月缴纳 5 元，职工个人及退休人员每人每月个人缴纳 10 元。

问题二：全额财政供养单位办理增人时，需提供什么资料？

答：需要携带以下资料到医保经办窗口办理：

1. 填写《宝鸡市行政事业（全额）单位医疗保险参保人员增减登记表》一式两份；
2. 增人审批表（财政局盖章）；
3. 养老经办机构核定的缴费基数；
4. 宝鸡市区域内调转的参保人员，不需要开具医保关系转移单据，可直接到经办窗口办理人员医保关系接续。

问题三：财政供养单位办理人员在职转退休时，需提供什么资料？

答：财政供养单位办理在职人员转退休时，需携带以下资料

到医保经办窗口办理：

1.《宝鸡市行政事业（全额）单位医疗保险参保人员变动花名册》一式两份（电子版见业务表格）；

2.《陕西省机关事业单位基本养老保险参保人员基本养老金计发表》；

3.人社部门退休通知。

问题四：退役士兵如何缴纳城乡居民医疗保险费？

答：退役士兵、应届外省毕业回陕大学生、刑满释放人员、失联人员等其他人群参保缴费，在2021年6月30日前参保缴费的，个人缴费标准280元。在2021年7月1日后参保缴费的，个人缴费标准830元。

问题五：灵活就业人员2021年缴费标准是多少？怎样缴费？

答：灵活就业人员2021年全年缴费标准2189.52元。不缴纳生育保险（交够两年以上可以享受生育医疗待遇）。

首次参保，携带身份证原件到就近医保中心办理参保手续，然后通过手机微信公众号“宝鸡医保”，或到我市农业银行网点缴费。

问题六：已参加灵活就业医保，本人在外地，怎么缴费？

答：手机关注“宝鸡医保”微信公众号，点击“我要服务”选择“灵活就业医保缴费”，输入“身份证号”并选择“缴费期限”，再输入密码，就可完成缴费。

问题七：已经断保很长时间，现在想接续灵活就业，怎么办

理？

答：按照相关政策，断保 6 个月之内可以接续上，医保住院待遇不受影响；超过 6 个月，就不能补缴了，只能从当前月继续参保，并且 3 个月不能享受医保待遇，2 年不能享受慢性病报销待遇。

问题八：参加我市城镇职工基本医疗保险的灵活就业人员，养老保险退休手续已办理，医保退休怎样办？

答：携带养老退休审批表、身份证、失业证原件及复印件，到医保关系所在的托管机构申请医保退休，参保时间不确定的还需提供能证明其缴费年限的参保资料。

灵活就业人员参加职工基本医疗保险，享受退休人员基本医疗保险待遇的最低缴费年限为男满 30 年、女满 25 年，且实际缴费年限不少于 15 年，将其退休手续资料报至医保经办机构次月起，享受退休人员基本医疗保险待遇，不再缴纳基本医疗保险费，只缴纳大病互助基金，其中个人账户以个人退休费的 4% 划拨。缴费年限不够且连续缴费满 2 年以上的人员，也可选择退休一次性补费，补缴基数为上年度我市在岗职工平均工资，比例为 5%，不设个人账户。

问题九：我市跨统筹地区医保转移接续的经办流程是什么？

答：1. 由我市转往统筹地区以外的：原用人单位在办理参保人员减少变更后，参保人员凭本人身份证到原参保机构开具《基本医疗保险参保凭证》，交新的参保地经办机构。接到外地参保人

的《基本医疗保险关系转移接续联系函》后，经办人员开具《参保人员基本医疗保险类型变更信息表》，邮寄至联系函提供的参保地经办机构，并由医保经办中心财务科室转移个人账户余额至联系函上标注的新参保经办机构。

2.由异地转入我市参保的：参保人员需提供原参保地的《基本医疗保险参保凭证》。经办机构出具《宝鸡市基本医疗保险关系转移接续联系函》，寄至参保人原参保地，收到参保人原参保地的《参保人员基本医疗保险类型变更信息表》后录入信息，转入的个人账户余额划拨至参保人社保卡。

问题十：新生儿如何参保登记缴费？

答：2021年1月1日起当年出生的新生儿，自出生日起90天内须在本人户籍或居住地医保部门办理参保登记手续，可从出生之日起享受登记地城乡居民医疗保险待遇。超过90天办理参保登记的，从登记次月起享受登记地城乡居民医疗保险待遇。当年出生新生儿不缴费，次年起以自然人身份参保缴费。

问题十一：城乡居民参加城镇职工医保后能否退费？

答：城乡居民成功缴费后，待遇期内已享受待遇的，不予退费。2021年度参加城乡居民医保的人员，发生应征入伍、参加职工医保、服刑、死亡等情况，城乡居民参保身份自动丧失，原参保缴费不予退还。

问题十二：宝鸡市域内职工医保转城乡居民医保如何办理？

答：宝鸡市区域内需要办理医保关系转移，参保人员可直接

到拟转入地医保经办机构一次性办理参保转移手续，不需要参保人员到原参保地经办机构打印医保关系转移单据。

问题十三：职工医疗保险个人账户何时划拨？

答：参保人员所在参保单位按规定缴纳基本医疗保险费到账确认后，医保经办机构为其划拨单位所缴费月份的个人账户资金。

第二部分 待遇享受及就医管理

问题十四：我市“两病”普通门诊用药待遇标准是多少？

答：“两病”普通门诊设报销限额和基金支付比例，不设起付线。

1. 报销限额。一个年度内，高血压、糖尿病患者发生的普通门诊药品费用基金最高支付限额为每人 300 元，同时确诊为高血压和糖尿病患者的普通门诊药品费用基金支付限额为每人 600 元，一个年度结束后清零，不结转。

2. 支付比例。参保患者在定点医药机构发生的政策范围内“两病”普通门诊药品费用，基金支付比例为 60%。

问题十五：我市“两病”患者如何办理申请认定？

答：符合“两病”保障范围内的患者提出书面申请，由统筹区内二级及以上公立综合定点医疗机构相关科室医师进行认定，符合认定标准的经医疗机构医保科签字盖章，在医保经办机构确认备案后，直接纳入“两病”门诊待遇享受范围。患者认定时需

持本人社会保障卡或身份证，有“两病”既往史的可提供相关就医、住院诊断证明。

问题十六：我市城乡居民门诊慢特病病种范围有哪些？

答：我市城乡居民门诊慢特病管理实行全市统一、一病一策、即时结算、年度封顶。主要病种有：恶性肿瘤门诊放化疗、慢性肾功能衰竭腹膜透析或血液透析、器官移植术后的排异反应、慢性再生障碍性贫血、白血病、肝硬化（失代偿期）、系统性红斑狼疮、运动神经元病、帕金森氏病（震颤麻痹）、精神分裂症、血友病、慢性丙型肝炎干扰素治疗、学生儿童发生的苯丙酮尿症、糖尿病（含I型糖尿病）、原发性高血压、慢性活动性肝炎、冠状动脉粥样硬化性心脏病、脑梗塞后遗症、脑出血后遗症、多耐药性肺结核、慢性肾小球肾炎、甲状腺功能亢进症、甲状腺功能减退症、类风湿性关节炎、慢性肺源性心脏病、癫痫、支气管哮喘、风湿性心脏病、慢性肾功能不全、慢性肾盂肾炎、银屑病、白塞氏综合症、阿尔茨海默综合症、强直性脊柱炎、大骨节病、中（重）度氟骨病、慢型克山病、脑瘫、慢性阻塞性肺病。

问题十七：我市城乡居民申请门诊慢特病待遇时需提供什么资料，如何申请办理？

答：1.申请人社会保障卡或居民身份证； 2.近期二寸免冠照片2张；3.近两年内二级以上医保定点医院住院病历及诊断证明；4.检查化验报告单及相关病检单据。由相关科室临床医师根据门

诊慢特病病种准入标准进行评审，对符合待遇享受条件的提出治疗措施或用药建议，进行登记备案后申请人从次日起享受门诊慢特病待遇。

问题十八：我市城乡居民备案申请门诊慢特病后如何报销？

答：享受我市门诊慢特病待遇的城乡居民，可持本人社保卡或居民身份证，在定点医疗机构就医购药费用可直接结算报销。

问题十九：我市城乡居民门诊慢特病待遇享受有等待期吗？

答：我市参保的城乡居民门诊慢特病患者，需连续在我市缴费满三年方可享受门诊慢特病政策。

问题二十：我市城乡居民门诊肾透析患者怎么报销？

答：依据宝医保发〔2019〕114号文件规定，我市的城乡居民门诊肾透析患者，在二级医疗机构单次透析、滤过定额费用为450元/次，医保基金报销360元/次，患者个人定额自付90元/次；在三级医疗机构单次透析、滤过定额费用为500元/次，医保基金报销400元/次，患者个人定额自付100元/次，超定额部分由就诊医疗机构承担。

问题二十一：我市参保的城镇职工，在外地医疗机构生孩子，生育医疗待遇会不会受到影响，报销需要提供哪些资料？

答：凡在我市参加医疗保险的城镇职工，无论是在本市生育还是在异地生育，所享受的待遇都是相同的。在外地生育的人员先行全部自费结算，提供宝鸡市生育保险待遇享受情况登记表、住院发票、住院费用明细清单以及住院病历复印件全套资料到参

保地医保经办机构进行结算报销。

问题二十二：参加我市生育保险多长时间可正常享受生育保险待遇？

答：城镇职工生育保险设6个月等待期，即在本市连续参加六个月生育保险的城镇职工，从第7个月起即可正常享受生育保险待遇。

问题二十三：我市的灵活就业人员外地住院如何报销医疗费？

答：以灵活就业人员身份参加我市职工基本医疗保险，连续缴费满三个月后，方可享受基本医疗保险住院医疗待遇。灵活就业人员在外地住院出院后持以下资料在参保地经办机构报销住院医疗费：本人社保卡复印件、住院发票（正式发票加盖医院公章）、诊断证明（加盖医院公章）、费用明细汇总单、住院病案复印件资料；非约定医院等级证明；外伤者须填写《宝鸡市基本医疗保险参保人员外伤住院情况登记表》。

问题二十四：申请宝鸡市市本级（高新区）公务员单次医疗补助都需要提供什么资料？

答：1.加盖单位印章、填写完善后的《宝鸡市市本级（或高新区）公务员单次住院医疗补助申报表》；2.单次住院享受医疗保险报销后个人负担超过3000元的《宝鸡市医疗保险住院费用结算单》、《陕西省异地就医医疗保险费用支出结算表》原件（省外住院联网结算的，提供享受医保联网结算后的票据原件）。

问题二十五：申请宝鸡市市本级（高新区）公务员年度累计住院医疗补助报销需提供的资料？

答：1.加盖单位印章、填写完善后的《宝鸡市市本级（或高新区）公务员年度累计住院医疗补助申报表》2.上年度（1月1日-12月31日期间出院）单次住院个人负担不超过3000元、未享受单次住院医疗补助报销的《宝鸡市医疗保险住院费用结算单》、《陕西省异地就医医疗保险费用支出结算表》原件（省外住院联网结算的，提供享受医保直接报销后的票据原件）和单次住院医疗补助报销后的《市本级（或高新区）公务员单次住院医疗补助结算单》原件。

问题二十六：申请宝鸡市市本级（高新区）公务员单次、累计报销流程？

答：1.参保患者出院后（申请年度累计住院医疗补助报销的于次年一季度）将申请报销所需相关结算单原件；

2.单位医保专管员将本单位参保患者提供的资料收集后，填写《宝鸡市市本级（或高新区）公务员单次住院医疗补助申报表》（申请年度累计住院医疗补助报销的填写《宝鸡市市本级（或高新区）公务员年度累计住院医疗补助申报表》），每月前十个工作日报送市医保经办机构。

问题二十七：申请宝鸡市市本级（高新区）公务员单次、累计医疗补助标准？

答：1.单次住院医疗补助。在享受基本医疗保险和大病保险

待遇后，公务员住院医疗费用中个人负担部分(含自付比例部分、自费部分和起付线费用，下同)超过 3000 元(不含 3000 元)的，享受单次住院医疗补助，补助标准为超过 3000 元以上部分的 90%。

2.年度累计住院医疗补助。在享受基本医疗保险、大病保险和单次住院医疗补助后，公务员住院医疗费用中个人负担部分一个年度内累计超过 1 万元(不含 1 万元)的，享受年度累计住院医疗补助，补助标准为超过 1 万元以上部分的 90%。

问题二十八：我市市本级离休人员如何报销门诊费、住院费？

答：离休人员到我市定点医疗机构(含门诊部、所)就诊、购药，产生的医疗费由本人全额自费，将相关资料(门诊就诊机打发票、处方、检查化验报告单、门诊病历)交所在单位医保专管员，初审并填写《宝鸡市离休干部门诊费报销审批表》后，于每季度首月到医保经办机构办理结算报销。

离休人员在我市定点医院住院不设起付线标准，就医参照《陕西省基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施范围及标准》范围内发生的医疗费用实报实销。

问题二十九：我市参保职工未就业配偶能否享受生育补贴？

答：凡其符合计划生育政策生育生产的住院医疗费按照女职工生育住院医疗费补贴限额标准的 50%予以补贴。

问题三十：我市灵活就业人员身份缴满多长时间可以享受女职工生育医疗费补贴以及补贴标准？

答：灵活就业人员身份参加城镇职工基本医疗保险，连续缴

费满 24 个月以上生育的女性灵活就业人员，符合计划生育政策生育生产的住院医疗费参照女职工生育医疗费补贴限额标准予以补助，从城镇职工基本医疗保险基金中支付。

问题三十一：我市参保患者如何申请特药？

答：参保患者经诊断需使用特药治疗的（包括住院、门诊），填写《宝鸡市基本医疗保险特殊药品治疗（备案）申请表》，向特药定点医疗机构提交有关病历资料，办理特药资格认定备案手续。

申请时须提供以下资料：

1.申请表；

2.社会保障卡（或电子医保凭证）；

3.病历资料包括：病理诊断、基因检测及特药限定范围的必检项目、影像报告、病历、诊断书、出院小结等能够证明符合用药特征的相关医疗证明材料。

特殊药品费用，不设起付线，不单设最高支付限额，先由参保患者个人按 30%的比例自付相应费用后，剩余 70%药品费用，城镇职工按 80%比例进行报销，城乡居民按 70%比例进行报销，统一计入统筹基金年度最高支付限额。

问题三十二：宝鸡市特药定点医药机构有哪些：

答：1.市本级医疗机构 9 家：宝鸡市中心医院、宝鸡市中医院、宝鸡市人民医院、宝鸡市妇幼保健院、解放军第九八七医院、宝鸡市高新人民医院、西安医学院附属宝鸡医院、宝鸡市第二人民医院、宝鸡市第三人民医院

2.县级医疗机构 11 家：金台医院、陈仓医院、凤翔县医院、岐山县医院、扶风县人民医院、陇县人民医院、眉县人民医院、千阳县人民医院、麟游县医院、凤县医院、太白县医院；

3.连锁零售药店 7 家：宝鸡医药大厦有限公司新特药店、宝鸡医药大厦有限公司中心店、国药控股宝鸡大药房有限公司、宝鸡怡悦医药连锁有限责任公司二店、陕西华山大药房医药连锁有限公司中心店、宝鸡市健生大药房连锁有限公司姜谭店、宝鸡市健生大药房连锁有限公司嘉隆店。

问题三十三：我市参保职工如何申请办理城镇职工门诊慢性病？

答：1、微信小程序申报：

微信小程序 → 搜索“慢病保险服务平台”点击开始申报 → 提交申报资料（姓名、身份证号码、单位、手机号码、填验证码、选择申报病种、选择服务窗口） → 点击下一步 → 上传身份证正反面 → 上传住院病历 → 上传诊断证明 → 点击提交申报、等待审核。

2、经办大厅申报：

参保患者携带身份证或社保卡复印件、1 寸免冠彩照（1 张）、近两年内住院病案复印件、诊断证明等相关资料到参保地所在经办机构窗口申报。各县区经办服务窗口地址及联系电话：

市本级参保职工

申报地址：宝鸡市渭滨区公园路 2 号宝鸡市慢特病经办服务

大厅

联系电话：0917-3871800、0917-3872772

渭滨区参保职工

申报地址：宝鸡市渭滨区清姜路 28 号渭滨市民中心一楼大厅 3 号窗口

联系电话：0917-3613840

金台区参保职工

申报地址：宝鸡市金台区大庆路 56 号金台市民中心二楼 20 号窗口

联系电话：0917-3123250

高新区参保职工

申报地址：宝鸡市高新区十一路 195 号钛谷大厦高新市民中心二楼 70 号窗口

联系电话：0917-3780302

陈仓区参保职工

申报地址：宝鸡市陈仓区南环路 11 号陈仓市民中心二楼慢性病窗口

联系电话：0917-6215521

凤翔区参保职工

申报地址：宝鸡市凤翔区雍城大道西段凤翔市民中心大病窗口

联系电话：0917-7789610

岐山县参保职工

申报地址：宝鸡市岐山县朝阳路 44 号岐山县社会保障服务中心 21 号窗口

联系电话：0917-8217595

扶风县参保职工

申报地址：宝鸡市扶风县新区北大街 1 号扶风市民中心一楼 11 号窗口

联系电话：0917-2608531

眉县参保职工

申报地址：宝鸡市眉县平阳街西段眉县市民中心一楼 3 号窗口

联系电话：0917-5547108

陇县参保职工

申报地址：宝鸡市陇县迎宾路 1 号陇县市民中心大厅 23 号窗口

联系电话：0917-4608698

凤县参保职工

申报地址：宝鸡市凤县新建路 237 号黄金大厦一楼大厅 7 号窗口

联系电话：15229177518

千阳参保职工

申报地址：千阳县东海路 1 号市民中心一楼 13 号窗口

联系电话：15760931067

问题三十四：我市城镇职工门诊慢性病病种有哪些？

答：糖尿病、原发性高血压、慢性活动性肝炎、冠状动脉粥样硬化性心脏病、脑梗塞后遗症、脑出血后遗症、多耐药性肺结核、慢性肾小球肾炎、甲状腺功能亢进症、甲状腺功能减退症、类风湿性关节炎、慢性肺源性心脏病、癫痫、支气管哮喘、风湿性心脏病、慢性肾功能不全、慢性肾盂肾炎、银屑病、白塞氏综合症（白塞病）、阿尔茨海默综合症、强直性脊柱炎、大骨节病、中、重度氟骨病、慢型克山病、恶性肿瘤门诊放化疗、慢性肾功能衰竭腹膜透析、血液透析、器官移植术后的排异反应、慢性再生障碍性贫血、白血病、肝硬化（失代偿期）、系统性红斑狼疮、运动神经元病、帕金森氏病（震颤麻痹）、精神分裂症、血友病、慢性丙型肝炎门诊使用聚乙二醇干扰素治疗、慢性阻塞性肺病，共计 37 种。

问题三十五：基本医疗保险药品目录指的是什么？

答：是指保证参保患者临床治疗必需，纳入基本医疗保险给付范围内的药品目录，是基本医疗保险用药范围管理的一种方式，由甲类目录和乙类目录两部分组成。其制定的目的是按照我国基本医疗保险“低水平、广覆盖”的原则，根据药品的性质、疗效和价格，将基本医疗保险参保人员的用药限制在一定的范围之内，避免出现基本医疗保险基金浪费，确保收支平衡。我市目前执行的基本医疗保险药品目录是《陕西省基本医疗保险、工伤保险和

生育保险药品目录（2021年）》。

问题三十六：基本医疗保险诊疗项目指的是什么？

答：在临床医疗服务中，与诊疗相关的服务项目非常多，但并不是所有的医疗服务项目都是诊疗项目。根据这一定义，诊疗项目一是指医疗技术劳务项目，如体现医疗劳务的诊疗费、手术费、麻醉费、化验费等，体现护理人员劳务的护理费、注射费等，但不包括一些非医疗技术劳务，如护工、餐饮等生活服务。二是指采用医疗仪器、设备和医用材料进行的诊断、治疗项目，如与检验有关的化验仪器，B超、CT等诊断设备，各种输液、导管、人工器官等医用材料等，不包括一些非诊断、治疗用途的仪器设备和材料不属于诊疗项目的范围，如用于医院管理的仪器设备、改善生活环境的服务设施等。确定基本医疗保险诊疗项目应具备的三项条件：一是临床必需、安全有效、费用适宜的诊疗项目；二是由医疗服务价格主管部门制定了收费标准的诊疗项目；三是由定点医疗机构为参保人员提供的医疗服务范围内的诊疗项目。

问题三十七：基本医疗保险医疗服务设施指的是什么？

答：基本医疗保险医疗服务设施是指由定点医疗机构提供的，参保人员在接受诊断、治疗和护理过程中必需的生活服务设施，主要通过制定《基本医疗保险医疗服务设施范围和支付标准》的形式进行管理。

问题三十八：什么是医疗保险起付线？

答：医疗保险起付线是指参保人发生医疗费用后，首先自付

一定额度的医疗费用，超过此额度标准的医疗费用才由医疗保险经办机构支付，这个自付额度标准称为“起付线”，也是人们通常所说的“门槛费”。起付线一般分为三种类型：一是年度费用起付线，如我市城镇职工大病年度累计报销和刚调整的部分特殊疾病住院；二是单次就诊费用起付线，如除部分特殊疾病以外的基本医疗保险住院；三是单项目费用起付线，如某些特殊的诊疗项目，参保人每使用一次，所发生的医疗费用均自付一部分。

问题三十九：什么是分级诊疗？

答：分级诊疗是指依据疾病的轻重缓急和治疗难易程度，由不同级别和服务能力的医疗机构，按照疾病病种类型和病情变化情况进行诊疗或转诊，确保患者得到及时、适宜治疗的医疗服务模式。常见病、多发病和慢性病患者以基层医疗机构诊疗为主，急危重症、疑难疾病患者在二级以上医院诊疗，康复期的患者回基层医疗机构诊疗，也就是通常所说的“小病在基层、大病进医院、康复回基层”的诊疗模式。

问题四十：参保人员本市住院手续怎么办理？

答：参保人员因病需在市域内医保定点医疗机构就诊时，可凭医保电子凭证或社会保障卡，就近选择一级或二级定点医疗机构首诊，因首诊医疗机构救治条件受限，需转往市域内三级定点医疗机构治疗的，须由首诊定点医疗机构开具转诊单。

问题四十一：哪些情形不受分级诊疗、双向转诊制度限制？

答：急危重症、精神类疾病、术后复诊、急性重大传染病、

恶性肿瘤等特殊情况的患者和政策规定其他必须定点收住的患者，不受分级诊疗、双向转诊制度限制。因某一种疾病须间隔多次住院治疗的患者（如癌症放化疗、肾透析、骨折愈合拆除钢板等）可直接选择原就诊医保医疗机构进行治疗。65岁上老年人，孕产妇，5岁以下儿童，在本市统筹区域内长期在外居住、打工的患者，医保医疗机构所在社区居民，以及长期居住地与医保统筹地区分离人员等，可就近选择具有相应技术能力的医保医疗机构直接就诊。

问题四十二：参保人在本市医保定点医疗机构住院，起付线、报销比例分别是多少？

答：参保人在本市不同等级医保定点医疗机构住院的起付线、报销比例分别为：

在职职工——一级医院 300 元、92%，二级医院 600 元、90%，三级医院 1500 元、85%；

退休人员——一级医院 300 元、94%，二级医院 600 元、92%，三级医院 1500 元、87%；

城乡居民——一级医院 400 元、90%，二级医院 800 元、78%，三级医院 2000 元、62%；

学生儿童——一级医院 200 元、90%，二级医院 400 元、78%，三级医院 1000 元、62%。

问题四十三：未按分级诊疗制度要求办理转诊转院手续会有什么影响？

答：未按分级诊疗制度要求办理转诊转院手续的，基金支付比例降低 30% 执行，即：在职职工 55%，退休人员 57%；居民（含学生儿童）32%。

问题四十四：按分级诊疗制度要求办理上转或下转手续有什么好处？

答：在本市统筹区域内住院治疗且费用超过起付线标准时，在基层、一级或二级医保医疗机构住院上转的，上级医保医疗机构起付线执行两级医保医疗机构起付线差额部分；在三级医保医疗机构住院下转的，个人不再缴纳基层一级或二级医保医疗机构起付线费用。

问题四十五：冠脉支架的医保报销政策有哪些？

答：参保患者使用冠脉支架，集中带量采购中选产品以中选价格纳入医保支付范围，不设个人先行自付比例、按规定比例支付；中选产品以外的冠脉支架，属于我市医保支付，首年设医保最高支付标准限额 2850 元、次年高医保最高支付标准限额 798 元，不设个人先行自付比例、按规定比例支付，超出限额部分由患者个人负担。

手术期间使用医保支付范围内的冠脉支架辅助材料（球囊、导管、导丝等），2000 元（含 2000 元）以内部分直接纳入医保支付范围按支付比例结算；国产材料 2000 元至 10000 元（含 10000

元)部分,个人负担 20%后,剩余部分纳入医保基金支付范围、按基金支付比例结算;国产材料 10000 元以上部分、进口或合资材料 2000 元以上部分,个人负担 50%后,剩余部分纳入医保基金支付范围、按基金支付比例结算。

问题四十六: 基本医疗保障药品主要报销政策是什么?

答:城镇职工、城乡居民医保,甲类药品直接纳入基本医疗保险报销范围,乙类药品个人自付 15%,剩余部分纳入基本医疗保险报销范围;特殊药品个人先自付 30%,剩余部分纳入基本医疗保险报销范围。

问题四十七: 急诊、急救费用报销有哪些规定?

1.城镇职工医保患者因急诊急救所发生的诊疗费用,由患者持费用发票、急诊病历和费用明细汇总单到各级医保经办机构,市域内的按 70%报销,市域外的按 60%报销;

2.城乡居民医保患者因急诊急救 24 小时内转入住院后,急诊急救所发生的诊疗费用纳入当次住院费用结算,转入住院前抢救无效死亡的,基金支付比例为 60%。

问题四十八: 纳入我市基本医疗保险报销的床位费标准是多少?

答:城镇职工、城乡居民医保,一级定点医院每人每天床位费 10 元以下,二级每人每天床位费 20 元以下,三级每人每天床位费 30 元以下全部纳入城乡居民医保按比例报销;超出部分由定点医院先行告知,患者或其法定监护人同意并签署意见后自付。

问题四十九：院前及院外检查化验费怎样报销？

答：1.院前检查。城镇职工医保患者院前 24 小时内，在所住定点医院发生的门诊检查化验费，市域内按 70%在所住医院报销、市域外按 60%报销，城乡居民医保患者住院前 24 小时内，在所住定点医院发生的门诊检查化验费用纳入当次住院费用按比例报销；

2.院外检查化验。城镇职工医保患者住院期间因医疗条件不具备，经所住医院审核同意后在其他医院产生的特殊诊断性检查费用，市域内按 70%报销，市域外按 60%报销、城乡居民医保患者住院期间因医疗条件不具备，经所住医院审核同意后在其他医院产生的特殊诊断性检查费用纳入当次住院费用按比例报销；

问题五十：辅助治疗报销有哪些规定？

答：我市医保患者在定点医疗机构住院期间，在该院针灸科、理疗科进行的辅助治疗，乙类项目患者个人自付 20%，剩余部分纳入住院医疗费用按比例报销；不经会诊和不按会诊程序进行辅助治疗基金不予支付。

问题五十一：哪此疾病住院一个待遇年度内只支付一次起付线？

答：因恶性肿瘤、尿毒症、精神病、慢性再生障碍性贫血、脑瘫、系统性红斑狼疮、器官移植后的抗排异反应治疗、耐药性肺结核、肝硬化（失代偿期）、血友病等一个待遇年度内，城镇职工多次在本市行政区域内同一定点医疗机构（二级及二级以上）

住院的或办理了异地就医登记备案手续后在安置地同一定点医疗机构（二级及二级以上）住院的，个人只需支付一次起付线；城乡居民多次在本市行政区域内同一定点医疗机构（二级及二级以上）住院的，个人只需支付一次起付线；

问题五十二：参保人员住院医保报销费用是怎么计算的？

答：统筹基金支付费用（医保报销费用）=（住院总费用 - 全自费费用 - 部分自费费用 - 起付线）× 所住医院（级别）报销比例。

问题五十三：异地就医的人员范围有哪些？

答：异地就医的人员主要包括以下三类：一是异地备案人员。指在异地居住一年以上的城镇退休职工或男满 60 周岁、女满 55 周岁的城镇居民；长期派驻异地工作的用人单位职工或在异地务工的灵活就业人员、城镇居民及随其生活的学生儿童。二是异地转诊转院人员。指符合转诊转院规定在异地就医的人员。三是其他异地就医人员。指未办理相关手续在异地就医的人员。

问题五十四：异地就医登记备案怎么办理？

答：需办理跨省或省内异地就医备案手续的参保人员，可持相关材料在参保地医保经办机构窗口办理；申请跨省异地就医登记备案手续的参保人员，可通过微信小程序搜索“国家异地就医备案”或者登陆“国家医保服务平台 APP”进行实名认证，按照相关提示上传材料，完成备案申请。

问题五十五：办理异地就医登记备案需提供哪些资料？

答：1.异地安置退休人员：携带《户口簿》原件、“户口本首页”、本人“常住人口登记卡”页复印件、个人承诺书任选其一；

2.异地长期居住人员：居民身份证原件或身份证正反面复印件、居住证明原件、居住证明复印件、个人承诺书任选其一；

3.常驻异地工作人员：工作单位派出证明、异地工作单位证明、工作合同原件、工作合同复印件、个人承诺书任选其一；

异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员选择提交个人承诺书申请备案的，在取得相关材料后，应通过医保经办窗口对相关材料及时补充。未及时补充的，纳入失信人员名单。

问题五十六：异地登记备案手续怎么变更？

答：已完成异地登记备案手续的人员，因异地居住地、联系电话等信息发生变更，应向参保地医保经办机构申请变更，并经审核确认。因公派驻人员可半年变更一次，其他人员一年变更一次。

问题五十七：异地登记备案人员在就医地定点医疗机构无法满足就医需求时怎么办？

答：异地登记备案人员在就医地定点医疗机构无法满足就医需求时，可由就医地最高级别的定点医疗机构出具转诊转院单，转往其他同级别或最高级别医保协议医疗机构就医。

问题五十八：异地转诊转院的条件是什么？手续在哪里办？

答：符合下列条件之一的可办理异地转诊转院手续：一是经三级甲等医保协议医疗机构会诊检查不能确定的疑难病症；二是因病情需要我市无条件诊治抢救的危重病人。

参保患者转往本市统筹区域外医疗机构治疗的，须由本市三级甲等医保协议医疗机构（宝鸡市中心医院、宝鸡市中医院、宝鸡市人民医院、宝鸡市妇幼保健院、解放军 987 医院、宝鸡高新医院）出具转院申请单（口腔类疾病宝鸡市第六人民医院、精神类疾病市康复医院也可出具）、登记备案后方可转异地医保协议医疗机构就诊。当次转院 15 日内住院有效，省外 1 个月内住院有效，超出有效期的应重新办理（癌症放化疗、肾透析、骨折愈合拆除钢板到异地同一医疗机构复诊等情况转院申请单 1 年内有效）。

问题五十九：异地就医的费用怎样结算？报销政策有什么规定？

答：1.已办理异地登记备案人员及异地转诊转院人员在联网医保协议医疗机构住院治疗，可凭本人医保电子凭证或社会保障卡直接结算。

2.已办理异地登记备案人员及异地转诊转院人员在未联网医保协议医疗机构住院和未办理相关手续的异地就医人员发生的住院医疗费用，由个人先行垫付，出院后由单位或个人持本人社会保障卡复印件、出院结算发票原件、加盖医院印章住院费用明细

汇总单、诊断证明或出院小结（急诊急救的需提供急诊诊断证明或急诊病历；因外伤住院治疗的，需填写《宝鸡市基本医疗保险参保人员外伤住院情况登记表》）到参保地医保经办机构报销。

3.未办理异地登记备案手续和转诊转院手续的人员在异地就医发生的医疗费用、办理了异地登记备案手续的人员未经转诊在约定医疗机构外就医发生的费用，由个人先行垫付，出院后由单位或个人持本人社会保障卡复印件、出院结算发票原件、加盖医院印章住院费用明细汇总单、诊断证明或出院小结（急诊急救的需提供急诊诊断证明或急诊病历；因外伤住院治疗的，需填写《宝鸡市基本医疗保险参保人员外伤住院情况登记表》）到参保地医保经办机构报销。报销比例在我市规定报销比例基础上降低 30 个百分点。

4.已办理异地登记备案人员，在我市统筹区域内医保协议医疗机构可持社保卡直接住院结算，报销比例在我市规定报销比例基础上降低 30 个百分点。

5.未办理异地登记备案手续和异地转诊转院手续的人员，因急诊急救在统筹区域外医疗机构就医发生的住院医疗费用，报销比例在我市规定报销比例基础上降低 10 个百分点。

问题六十：城乡居民门诊统筹的主要政策有哪些？

答：城乡居民门诊统筹仅限在本市行政区域内门诊统筹定点医疗机构开展。

1.参保城乡居民在本市行政区域内门诊统筹定点医疗机构发

生的普通门诊医疗费用，统筹基金支付不设起付线。基金支付比例为镇卫生院、社区卫生服务中心 50%，村卫生室、社区卫生服务站、院校内部单独设置的卫生室（所）60%。

2.普通门诊统筹基金支付实行限额管理。镇卫生院、社区卫生服务中心每日（每次）支付限额为 50 元，村卫生室、社区卫生服务站、高校卫生室（所）每日（每次）支付限额为 30 元；一个待遇年度内，基本医疗保险基金年累计支付限额为每人每年 80 元。

问题六十一：城乡居民普通门诊统筹医疗费用支付范围有哪些？

答：1.符合《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》的药品费用；

2.诊疗项目：血常规检查、尿常规检查、大便常规检查、血糖测定、尿糖测定、X光、心电图、普通B超；

3.治疗费：肌肉注射、静脉注射、小儿头皮静脉注射、换药、小型清创缝合、针灸、火罐；

4.一般诊疗费统筹基金支付标准：镇卫生院、社区卫生服务中心统筹基金支付 9 元；村卫生室、社区卫生服务站统筹基金支付 4.5 元。

5.同一参保居民一日内在同一门诊统筹定点医疗机构多次就医的，基金只支付一次诊疗费用。

问题六十二：确诊和确定的疑似新型冠状病毒感染的参保患者住院有哪些医疗保障政策？

答：1.对确诊和确定的疑似新型冠状病毒感染的参保患者发生的医疗费用，在基本医保、大病保险、医疗救助等按规定报销后，剩余个人负担部分由财政给予补助，实施综合保障。

2.对异地就医患者先救治后结算，由就诊医院向就医地或参保地医保经办机构提供患者信息，参保地医保经办机构为患者做好备案工作。医保报销不执行异地转外就医支付比例调减规定，原则上通过调整信息系统实现直接结算。确有困难的地区，差额部分由就医地医保经办机构汇总患者治疗数据，转参保地经办机构进行手工结算。异地就医医保支付的费用由就医地医保部门先行垫付。

3.将国家卫健委《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案》覆盖的药品和医疗服务项目以及所有治疗必需的药品、医疗服务项目，全部临时纳入我省医保支付范围，在结算系统中设置临时项目和医保编码，所有临时新增的药品和医疗服务项目不设个人现行支付比例，不受限定支付标准限制。患者医疗费用报销额不纳入医院总额预算控制指标、不占定额结算标准，实行单独结算。

4.临时新增 12 项基本医疗保险服务项目，将甲类传染病护理费、甲类传染病消毒费、病原微生物二代测序、呼吸道多种病原体核酸组合检测、新型冠状病毒核酸检测以及防护服、隔离衣、普通护目镜、3M 护目镜、R95 口罩、N95 口罩和其他医用口罩纳

入医保基金支付范围。

问题六十三：确诊和确定的疑似新型冠状病毒感染的参保患者门诊有哪些医疗保障政策？

答：1.疫情防控期间，对于国家卫生健康委新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案确定的确诊和疑似患者住院治疗的，门诊费用纳入住院总费用；没有住院治疗的疑似患者门诊医疗费用，基本医疗保险不设起付线和封顶线，按 70% 的比例支付。

2. 疫情防控期间，对防护服、隔离衣、普通护目镜、3M 护目镜、R95 口罩、N95 口罩和其他医用口罩，临时纳入个人账户支付范围。

问题六十四：什么样的情况能享受城镇职工大病年度累计报销？

答：参加我市城镇职工基本医疗保险的患者，一个年度内个人负担累计过 1 万元以上的合规住院医疗费用，大病互助基金在次年第一季度内再次按比例予以支付。

问题六十五：城镇职工大病年度累计报销的主要政策是什么？

答：我市城镇职工大病年度累计费用实行分段按比例报销：1 万元以上、5 万元以下（含 5 万元）部分按 60% 报销，5 万元以上、10 万元以下（含 10 万元）按 70% 报销，10 万元以上部分按 90% 报销；一个年度内基本医疗保险基金、大病互助基金合并支付封顶线为 30 万元。

问题六十六：哪些项目城镇职工大病互助基金不予支付？

- 答：1.使用超出《中华人民共和国药典》范围的药品；
2.各类器官、组织移植的器官源和组织源；
3.空调费、床位费等超过基本医疗保险规定的服务设施费用；
4.超过国家、省、市物价部门规定的价格收费标准的。

问题六十七：城镇职工大病年度累计报销怎样申请？

答：参保患者于每年的第一季度将申请报销所需提供的资料（上年度享受基本医疗保险报销的结算单、本人已开通金融功能的社会保障卡复印件）送单位医保专管员；单位医保专管员对本单位参保患者提供的资料进行收集整理，填写《宝鸡市城镇职工大病累计报销申报表》，报送参保关系所在的医保经办机构即可。

第三部分 协议管理

问题六十八：零售药店申请纳入宝鸡市基本医疗保险协议管理需提供哪些资料？办理程序是什么？

答：零售药店申请纳入宝鸡市基本医疗保险协议管理，需提供以下材料原件及复印件：1.《宝鸡市基本医疗保险定点医药机构协议管理申请表》；2.有效期内的《药品经营许可证》、《营业执照》；3.执业药师资格证书或药学技术人员相关证书及其劳动合同；4.医保专（兼）职管理人员劳动合同；5.营业场所房屋权属证书或租房协议书；6.经办机构按相关规定要求提供的其他材料。

零售药店申请纳入宝鸡市基本医疗保险协议管理，按照零售药店提出申请、所在县区医保经办机构评估公示、县区医保经办机构与零售药店谈判签约的程序办理。管理、结算在县区。

问题六十九：医疗机构申请纳入宝鸡市基本医疗保险协议管理需提供哪些资料？办理程序是什么？

答：医疗机构申请纳入宝鸡市基本医疗保险协议管理，需提供以下材料原件及复印件：1. 《宝鸡市基本医疗保险定点医药机构协议管理申请表》；2. 有效期内的《医疗机构执业许可证》或《中医诊所备案证》或《军队医疗机构为民服务许可证》，营利性医疗机构另需提供《营业执照》，非营利性医疗机构另需提供《事业单位法人证书》《民办非企业单位登记证书》；3. 与医保政策对应的内部管理制度和财务制度、与医保有关的医疗机构信息系统相关材料以及纳入协议管理后使用医疗保障基金的预测性分析报告；4. 工作人员花名册、劳动合同、上月工资发放表；5. 医师护士的执业证书、资格证书、职称证书，执业药师注册证及药师以上的职称证书；6. 经办机构按相关规定要求提供的其他材料。

医疗机构申请纳入宝鸡市基本医疗保险协议管理，按照医疗机构提出申请、市级医保经办机构评估公示、所在县区医保经办机构与医疗机构谈判签约的程序办理。管理、结算在县区。

第四部分 监督服务

问题七十：信息公司维护电话是多少？

答：3857132。

问题七十一：咨询城镇职工慢性病的服务电话是多少？

答：3871800。

问题七十二：网络中断，不能刷卡之类的问题怎么解决？

答：遇到此类问题，可分为三步排查解决：一是跟软件公司联系排除是否为软件故障；二是联系所租用线路的运营商检查线路情况予以解决；三是需要机房配合解决的，可联系 3857132（长天公司）或 3901863（宣传指导科）协助解决。

问题七十三：系统显示多条信息，不能刷社保卡的问题怎么解决？

答：可联系 3901852（参保登记科）予以处理。

问题七十四：社保卡挂失补办怎么操作？

答：拨打 12333 或 3901922 电话解决，也可以自己登录“宝鸡医保公众号”，在“我要服务->社保卡服务”在线自助办理。

问题七十五：医保个人权益怎么查询？

答：1.携带身份证或社保卡原件，到陈仓园市民中心三楼自助服务区查询打印；2.微信关注“宝鸡医保公众号”，选“我要查询->我的医保”按提示操作，认证后即可完成相关信息查询。

问题七十六：医保定点药店由哪个单位监管？

答：医保定点药店实行分级管理，按照谁签协议谁管理的原则，由所属医保经办机构负责日常监管工作。

问题七十七：遇到医保违规问题，该向哪里投诉？

答：遇到医保违规行为，市本级 11 家医疗机构（宝鸡市中心

医院、宝鸡市中医医院、宝鸡市人民医院、宝鸡市妇幼保健院、解放军第三医院、高新人民医院、宝鸡市第二人民医院、宝鸡市第三人民医院、宝鸡市康复医院、宝鸡市第六人民医院、解放军96607部队医院),我中心投诉办公室设在稽核监督科(陈仓园市民中心三楼),投诉电话0917—3901842;属各县区医保定点医疗机构的,向各县区医保局或医保经办机构投诉。

各县区医保经办机构咨询投诉电话

序号	经办机构	联系电话
1	宝鸡市医保经办机构	0917-3901842 0917-3901861
2	渭滨区医保经办机构	0917-8615592
3	金台区医保经办机构	0917-3153810
4	陈仓区医保经办机构	0917-6216086
5	高新区医疗保障局	0917-3780300
6	凤翔区医保经办机构	0917-7213156
7	岐山县医保经办机构	0917-8226090
8	扶风县医保经办机构	0917-5228797
9	眉县医保经办机构	0917-5543481
10	陇县医保经办机构	0917-4606748
11	千阳县医保经办机构	0917-4241181
12	麟游县医保经办机构	0917-7964382
13	凤县医保经办机构	0917-4806262
14	太白县医保经办机构	0917-4955807

抄送：省医保经办机构，市医疗保障局，各县区医疗保障局，
中心各科室。

宝鸡市医疗保障经办机构

2021年8月17日印发
