

甘肃省人力资源和社会保障厅 甘肃省财政厅文件

甘人社通〔2013〕449号

关于印发《甘肃省省直机关事业单位职工 生育保险就医管理办法》的通知

省直生育保险各参保单位、定点医疗机构：

为规范省直机关事业单位职工生育保险就医管理工作，保障省直生育保险参保人员待遇，根据省人力资源和社会保障厅、省财政厅《关于印发甘肃省省直机关事业单位职工生育保险办法的通知》（甘人社通〔2013〕147号）精神，结合工作实际，特制定《甘肃省省直机关事业单位职工生育保险就医管理办法》，现

印发给你们，请遵照执行。



2013年11月11日

甘财办(2013)第11号

关于甘肃省直机关事业单位工勤人员绩效工资发放问题的通知

各市、县、区人民政府，州、市人民政府，省直有关部门：根据《甘肃省人力资源和社会保障厅、甘肃省财政厅关于调整省直机关事业单位工勤人员绩效工资发放问题的通知》(甘财办〔2013〕11号)规定，现就有关事项通知如下：一、适用范围。适用于甘肃省直机关事业单位工勤人员绩效工资发放问题。二、发放标准。按照《甘肃省人力资源和社会保障厅、甘肃省财政厅关于调整省直机关事业单位工勤人员绩效工资发放问题的通知》(甘财办〔2013〕11号)规定执行。三、发放时间。从2013年11月起执行。

甘肃省省直机关事业单位 职工生育保险就医管理办法

第一章 总 则

第一条 为保障省直机关事业单位职工生育保险（以下简称“省直生育保险”）参保人员待遇，根据《社会保险法》有关规定和省人力资源社会保障厅、省财政厅《关于印发甘肃省省直机关事业单位职工生育保险办法的通知》（甘人社通〔2013〕147号）精神，结合实际制定本办法。

第二章 适用范围

第二条 本办法适用于省直生育保险参保人员（以下简称“参保人员”）因生育或计划生育在医疗机构就医及相关费用的核报。其中：

生育医疗费用指女职工在孕产期内因产前检查、生育、诊治生育妊娠并发症、合并症的医疗费用。

计划生育医疗费用指职工放置或者取出宫内节育器、施行输卵管或者输精管结扎及复通手术、实施人工流产术或者引产术等发生的医疗费用。

第三条 参保人员妊娠期间并发症、合并症在分娩或计划生育手术出院后，仍需继续治疗的医疗费用，按照省直机关事业单位职工基本医疗保险相关政策规定执行。

第三章 定点就医

第四条 省直生育保险实行定点医疗机构就医管理制度。甘肃省社会保险事业管理局（以下简称“省社保局”）在取得兰州地区定点医疗机构资格的医疗机构中，根据省直生育保险实际需求，统筹确定省直生育保险定点医疗机构（以下简称“定点医疗机构”），并与其签订生育保险医疗服务协议，明确双方的权利、义务和责任，并按照协议进行监督、管理。

第五条 参保人员因生育或计划生育需门诊、住院检查治疗的，其在定点医疗机构发生的医疗费用由定点医疗机构按规定予以结算。

第六条 参保人员确因急诊、抢救等特殊情况在非定点医疗机构发生的生育或计划生育医疗费用，由省社保局按规定直接报销。

第七条 定点医疗机构应当遵守生育保险有关规定，严格履行服务协议，及时为参保人员提供合理、必要的医疗服务，并按省直生育保险有关规定做好参保人员生育保险费用结算。

第八条 定点医疗机构因违反服务协议，造成参保人员损害的，由定点医疗机构承担相应责任。

第四章 门诊就医

第九条 对符合国家和我省计划生育政策规定的参保人员妊娠期间在定点医疗机构实施必要的产前检查（含孕期疾病筛查项目）所发生的费用实行定额补助。因各种原因未生育的，不享受产前检查费定额补助。

产前检查费先由个人垫付，生育后由省社保局在对定点医疗机构申报的生育医疗费用审核结算时，按每次生育1000元（含孕期疾病筛查项目）的标准一次性补助给参保人员，划入本人农业银行省直职工基本医疗保险存折。

第十条 参保人员在定点医疗机构门诊放置或者取出宫内节育器、施行输卵管或者输精管结扎术、实施人工流产术等计划生育项目发生的医疗费用，诊疗结束后由定点医疗机构凭其本人《省直机关事业单位职工医疗保险证》（以下简称“《医疗保险证》”）、居民身份证、单位介绍信及医疗费用票据资料等与参保人员即时结算。

第五章 住院就医

第十一条 《医疗保险证》同时作为参加省直生育保险的有效证件，参保人员因生育或计划生育就医时，应向定点医疗机构提交本人《医疗保险证》。

暂未领取《医疗保险证》的参保人员，定点医疗机构可凭省

社保局开具的住院确认单及本人有效证明，核对并确认参保人员身份后安排住院。

第十二条 参保人员因生育或计划生育在定点医疗机构住院流程为：

（一）登记。参保人员需住院诊疗的，应持以下材料到定点医疗机构生育保险经办部门办理住院登记手续：

1. 本人《医疗保险证》；
2. 本人《生育保健服务证》；
3. 本人居民身份证；
4. 单位介绍信；
5. 定点医疗机构医师开具的诊断证明（住院证）。

（二）入院。参保人员入院时，定点医疗机构生育保险经办部门应会同收治科室确认并核实参保人员身份，对符合规定条件的，方可按省直生育保险参保人员结算费用。参保人员应将《医疗保险证》和单位介绍信交定点医疗机构生育保险经办部门保存。

（三）出院。参保人员出院时，定点医疗机构应及时办理出院手续，参保人员应结清个人负担的费用，领回本人《医疗保险证》。应由省直生育保险基金支付的医疗费用，由省社保局与定点医疗机构按规定进行结算。定点医疗机构开具的《甘肃省医疗住院收费票据》，经参保人员或家属签字后有效。

第十三条 参保人员住院期间，按定点医疗机构规定缴纳一

定数额的预缴金，主要用于参保人员自负部分的医疗费用。

第十四条 参保人员在定点医疗机构发生的符合《甘肃省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、《甘肃省城镇职工生育保险诊疗项目目录》和《甘肃省医疗服务设施标准》规定范围的生育医疗费用，予以全额报销。

第十五条 定点医疗机构向参保人员提供超出生育保险支付范围的药品、诊疗项目、医疗服务设施等医疗服务，需由参保人员承担费用时，应征得参保人员或其家属同意并签字。

第六章 转诊转院

第十六条 参保人员因生育或计划生育住院诊疗期间，经会诊确认因收治医院技术和设备条件所限，需要转院就医的，转出医院要先与准备转入医院联系，征得同意后由转出医院主治以上医师填写《省直机关事业单位职工转院审批表》，并提供病历摘要、专家会诊意见、转院就医理由、科室主任签署意见，经医院生育保险经办部门审核同意后，办理转院手续，并报省社保局备案。

第十七条 经定点医疗机构批准、省社保局备案的异地转院发生的生育或计划生育医疗费用，先由参保人员或单位垫付，出院后与转出医院按规定结算。应由生育保险基金支付的医疗费用，省社保局按规定支付给转出医院。

第十八条 省直生育保险定点医疗机构范围内转院，一般应

为下级定点医院转往上级定点医院或专科医院，并由转出医院批准，报省社保局备案。转出医院和转入医院发生的医疗费用，由省社保局按规定分别与转出和转入医院结算。

第十九条 定点医疗机构将有能力诊疗的参保人员转院的，发生的医疗费用全部由转出医院支付。

第二十条 参保人员未经批准自行转诊转院就医所发生的医疗费用，生育保险基金不予支付。

第七章 异地就医

第二十一条 参保人员由于特殊原因，因生育或计划生育需在异地门诊就医的以及填报了《甘肃省省直生育保险异地生育（计划生育）申请表》（以下简称“《异地生育申请表》”）并经审核同意后在异地住院就医的，所产生的生育或计划生育医疗费用按本办法第九、十、十四条规定标准予以核报。

第二十二条 参保人员异地生育或计划生育就医发生的医疗费用，先由个人垫付，诊疗结束后由单位将下列票据资料报省社保局核报：

- (一) 《医疗保险证》；
- (二) 医疗费用发票；
- (三) 与发票相对应的费用清单；
- (四) 门诊或住院病历；
- (五) 《异地生育申请表》；

(六) 单位介绍信;

(七) 核报产前检查费定额补贴和分娩医疗费用的, 还需提供本人《生育保健服务证》(准生证, 复印件)。

第二十三条 因公(私)出国或赴港、澳、台地区期间发生的生育费用不予报销。

第八章 附 则

第二十四条 对参保人员产前检查费用定额补助标准, 由省社保局会商财政部门后根据社会经济发展水平、费用合理增长水平和生育保险基金收支状况以及国家、省上有关政策变动情况作适时调整。

第二十五条 本办法由省社保局负责解释。

第二十六条 本办法与《甘肃省省直机关事业单位职工生育保险办法》同时实施。

甘肃省省直生育保险异地生育(计划生育)申请表

姓 名		民族		出生年月	
单位名称				联系电话	
身份证号				医保证号	
生育保健服务证 编 码				生育胎次	第一胎/第二胎/多胎
末次月经	年 月 日			预产期	年 月 日
类 别	1. 省直医保异 地工作人员:	异地 工作 地点	____省 ____市	医保异地工 作备案时间	年 月 日
	2. 需回配偶 工作地或原籍 住院就医人 员:	配偶 姓名		工作单位	
		本人 原籍		就医项目	1. 分娩 (); 2. 流(引)产 (); 3. 上(取)环 (); 4. 绝育(复通) ()
参保单位 意见	<div style="text-align: right;">(单位盖章)</div> 单位专管员: _____ 负责人: _____ 年 月 日				
省社保局医疗保险 基金处审核意见	<div style="text-align: right;">(盖 章)</div> 经办人: _____ 审批人: _____ 年 月 日				
异地就医 诊疗情况	医院等级		地 址		
	收治科室		联系电话		
	诊疗情况摘要: <div style="text-align: right;">(医院盖章)</div> 经治医师: _____ 年 月 日				

- 说明:**
1. 本表由参保人员于确认宫内妊娠至怀孕37周内填报,同时须提供本人《医疗保险证》和《生育保健服务证》原件及复印件;回配偶工作地生育或计划生育的,还须提供配偶单位证明;
 2. 本表一式三份,省社保局医疗保险基金处、参保单位、参保人员交就医医院填写各一份;
 3. 参保人员在产假结束后30日内将填写了异地就医诊疗情况的本表一份与相关医疗票据资料等一并提交省社保局医疗保险基金处核报费用。