

记录查询】，可以查看授权记录和被授权记录，点击【解除绑定】，可进行解绑。



● 线下医保经办机构绑定

参保职工（授权人）到所属统筹地区医保经办机构服务大厅，将所需绑定人员（使用人）的信息交由经办服务人员办理（带身份证、医保凭证），并签署承诺书。

九 门诊统筹定点医疗机构有哪些？

凡是我省基本医疗保险定点医疗机构均可以实施门诊统筹报销。按照分级诊疗政策要求，基层医疗机构报销比例更高。

十 定点零售药店开通门诊统筹报销吗？

我省将逐步扩大定点零售药店纳入门诊统筹管理范围。医疗机构不能提供的医保目录内药品，在确保医疗安全的前提下，参保人员可凭我省定点医疗机构（定点“互联网”医疗机构）电子处方，在门诊统筹定点零售药店购买，执行与开具处方定点医疗机构相同的医保待遇政策。

十一 跨统筹地区可以报销普通门诊费用吗？

需要办理什么手续？

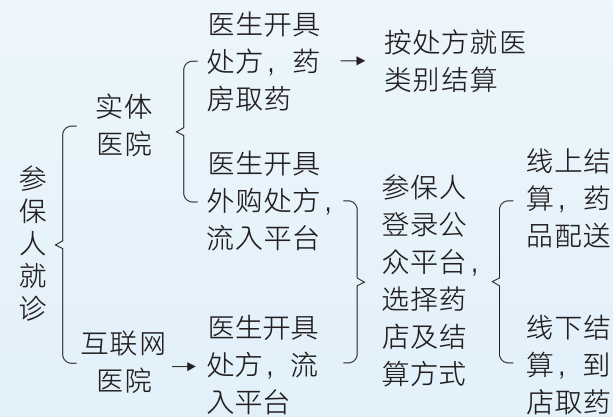
省内跨统筹地区普通门诊就诊，无需办理相关手续，参保人根据自己的需要自行选择定点医疗机构就医，就医持医保码或社会保障卡直接刷卡报销结算。

省外跨统筹地区普通门诊费用可以报销。参保人备案后在开通普通门诊异地结算的定点医疗机构就医，可直接报销。参保人员可通过医保经办机构窗口、电话、云南公共服务平台（一部手机办事通、云南医保服务公众号、云南医保微信小程序）或国家医保服务平台APP（办理跨省异地就医备案）等渠道即时申请办结。

没有直接结算的门诊费，持以下材料前往医保经办机构进行手工报销。

- 医保码或有效身份证件或社会保障卡，代办的还需提供代办人有效身份证件；
- 医疗机构收费票据；
- 门诊费用清单；
- 诊断证明或处方底方或门诊病历；
- 收款银行账户信息。

十二 门诊就医结算流程



门诊共济医保经办咨询电话

医保经办机构	咨询电话
昆明市医疗保险中心	0871-63966663
五华区医疗保险中心	0871-63584979
盘龙区医疗保险中心	0871-63195628 0871-65650391
官渡区医疗保险中心	0871-67176157
西山区医疗保险中心	0871-68158419
东川区医疗保险中心	0871-62122656 (审核) 0871-62138535 (参保)
呈贡区医疗保险中心	0871-67477576 (审核) 0871-67477802 (参保)
晋宁区医疗保险中心	0871-67807910
富民县医疗保险中心	0871-68810316 (审核) 0871-68817926 (统筹)
宜良县医疗保险服务中心	0871-67527137
石林县医疗保险中心	0871-67790143
嵩明县医疗保险中心	0871-67920274 (参保) 0871-67912291 (结算)
禄劝县医疗保险中心	0871-66392498 (审核) 0871-66391063 (参保)
寻甸县医疗保险中心	0871-62653068 (参保) 0871-62657379 (审核)
经开区社会事业服务中心	0871-68163232 0871-68163215
阳宗海风景名胜区医疗保险中心	0871-67517257 0871-67433342
安宁市医疗保险中心	0871-68788435
磨憨-磨丁经济合作区社会事务管理局	0691-8815215



昆明市医疗保障局

咨询电话：0871-65952048



昆明市职工医保 门诊共济保障改革 —— 政策问答 ——

昆明市医疗保障局
2024年9月



昆明市职工医保门诊共济保障改革

— 政策问答 —

一 什么是职工医保门诊共济保障改革？

建立健全职工医保门诊共济保障机制，是党中央、国务院关于深化医疗保障制度改革明确的重要任务。门诊共济保障改革是一项综合性改革，主要包括三项内容：

一是建立普通门诊保障机制，将普通门诊费用纳入医保报销。

二是调整个人账户计入办法，增加医保统筹基金规模，增强参保人患病治疗的支付能力。

三是拓宽个人账户使用范围，可以在本人近亲属之间共济使用。

二 职工医保门诊共济保障改革涉及的对象是哪些？

职工医保门诊共济保障改革是国家统一部署的改革，涉及全国所有职工医保参保人员。

在我省只要是职工医保的参保人员，不论是随单位参保还是以灵活就业人员身份参保，在职人员和退休人员都属于改革对象，都可以享受门诊共济保障待遇。

三 职工医保普通门诊统筹起付线（门槛费）、报销比例、报销额度是多少？

根据2024年11月1日起实施的《云南省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法》，

普通门诊待遇进一步提高。

一是每次就诊结算起付标准由原来的一、二、三级定点医疗机构30元、60元、90元分别下调为20元、40元、60元。

二是退休人员支付比例由原来比在职工高5个百分点调整为高10个百分点。

具体待遇标准见下表：

人员类别	每次就诊结算起付线（元）			报销比例			年度报销额度
	一级及以下定点医疗机构	二级定点医疗机构	三级定点医疗机构	一级及以下定点医疗机构	二级定点医疗机构	三级定点医疗机构	
在职人员	20	40	60	60%	55%	50%	普通门诊政策范围内费用，基金年度最高支付限额为6000元，超过的按照职工医保住院待遇保障，与住院年度最高支付限额合并计算。
退休人员				70%	65%	60%	

四 可以举例说明普通门诊统筹具体的报销办法吗？

门诊统筹报销简单的计算公式：

门诊统筹报销金额 = (门诊医疗费用 - 自费医疗费用 - 起付标准 - 先行自付费用) × 报销比例。

【案例】退休参保人员张某某，普通门诊医疗费用500元，其中，医保目录甲类药品费用400元，乙类药品费用100元【乙类药品先自付费用5元（100元*5%=5元）】。

时间	医保报销	个人自负	
改革前	0	500	
改革后	一级及以下医疗机构	332.5【(500元-起付标准20元-先行自付费用5元)*70%=332.5元】	167.5
	二级医疗机构	295.75【(500元-起付标准40元-先行自付费用5元)*65%=295.75元】	204.25
	三级医疗机构	261【(500元-起付标准60元-先行自付费用5元)*60%=261元】	239

五 建立门诊统筹对现有的门诊慢性病特殊病医保待遇有什么影响？

不会有影响。如果参保人已经办理门诊慢性病特殊病备案，可继续享受相应报销待遇，慢性病特殊病外的门诊可享受普通门诊报销待遇。但是，同一笔费用不能同时享受两种待遇。

六 个人账户计入政策如何调整？

• 在职职工个人账户每月计入标准为本人月缴纳基本医疗保险费基数的2%（其中划入长护险0.2%）。

• 退休人员个人账户由统筹基金按照定额划入：70周岁以下退休人员每月划入106元，70周岁及以上退休人员每月划入142元。

七 个人账户使用范围扩大了，具体能用在哪儿？

一是支付参保人员本人及其近亲属（配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女，下同）在定点医疗机构就医发生

的由个人负担的医疗费用。

二是支付在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用。

三是支付参保人员近亲属参加城乡居民基本医疗保险等的个人缴费。

八 个人账户共济绑定如何操作？

近亲属共济使用本人个人账户需要绑定，具体绑定流程：

• 线上手机小程序绑定

1) 绑定：

绑定渠道包含：“云南医保”微信/支付宝小程序、一部手机办事通。截图以“云南医保”小程序为例，微信/支付宝搜索“云南医保”进入小程序，点击首页【个人账户共济绑定申请】，填写使用人信息并签署承诺书。



2) 查看绑定记录和解绑

依次点击【服务】、【个人账户共济授权