

生育医疗报销待遇需提供的材料有调整吗？

参保人员流产、引产（含妊娠28周及以上引产或死胎）、计划生育手术的，参保人无需提供《结婚证》，2023年7月19日起执行。

省内异地就医政策有哪些调整？

为推进省内异地就医的便利性，减轻参保人员个人垫付和往返报销费用的负担，自2023年7月1日起，省内异地就医直接结算的门诊慢特病病种范围，由高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗5个病种扩大到全部我省统一病种。

一、定点医疗机构对省内异地参保人员在我市门诊慢特病就医视同我市参保人员管理。

二、定点医疗机构须先通过门诊慢特病审批信息查询交易，查询异地参保人员门诊慢特病资格认定信息后，按我市医疗类别及查询返回的相应病种代码就诊。

三、定点医疗机构要严格执行文件规定的门诊慢特病病种限定支付范围，规范诊疗及合理用药。门诊慢特病异地就医直接结算不支持长处方。

四、对参保人员就诊时发生的与门诊慢特病治疗无关的其他医疗费用按普通门诊费用分开结算。

五、如遇特殊原因无法直接结算时，不要通过普通门诊医疗费用直接结算，需按参保地

异地就医直接结算的支付原则？

遵循就医地目录、参保地政策。即异地就医直接结算，执行就医地规定的支付范围及有关规定（基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围）；执行参保地规定的基本医疗保险基金起付标准、支付比例、最高支付限额等有关政策。

未完待续