

牡丹区见义勇为宣教拓展基地揭牌

本报讯(牡丹晚报全媒体记者 郭卫东) 10月29日,牡丹区见义勇为宣传教拓展基地在七里河畔揭牌,旨在展示见义勇为模范事迹,弘扬见义勇为崇高精神,培育、践行社会主义核心价值观,在全社会倡导宣传见义勇为行为。

牡丹区见义勇为宣传教拓展基地集事迹展览、宣传教育、道德教化等多功能于一体,规划设计了“领袖嘱托”“薪火相传”“侠肝

义胆”“群星闪耀”“社会支持”“守正创新”“永在路上”等7个板块,通过实物、图片、文字、多媒体等多种形式集中展示了牡丹区10年来在见义勇为方面走过的非凡历程。展馆收集了1000多幅见义勇为工作的珍贵图片,收藏了100多件见义勇为工作的珍贵实物,以及150余幅菏泽书画名家捐赠的见义勇为颁奖词书画作品等。

近年来,菏泽涌现出一

大批可歌可泣的见义勇为先进典型和英雄人物,彰显了新时代菏泽人的崭新面貌和出彩形象。全市上下以推动见义勇为事业高质量发展为契机,构建了即时高效的事迹发现、表彰奖励、关爱保障、宣传教育等工作机制,织密了见义勇为人员权益保障网,在全社会迅速传播弘扬了正气正义,提升了城市形象,为经济社会高质量发展注入强大精神动力。

牡丹区赵楼雅苑项目安置房集中交付

440户回迁居民圆了安居梦

本报讯(牡丹晚报全媒体记者 姜璐璐) 10月30日上午,牡丹区赵楼雅苑项目安置房集中交付,牡丹街道赵楼社区440户回迁居民喜提新房。

当天一大早,在牡丹片区城建项目指挥部,聚集了前来办理交房手续的回迁居民。“这个月刚选完没多久,没想到这么快就交房了,真是太高兴了!”赵楼社区居民洪素芹当天办理了两套安置房的交付手续,激动地告诉牡丹晚报全媒体记者,这两套房她准备马上装修,材料都已经看好了。

当日,牡丹晚报全媒体记者在交房现场看到,在工作人员的引导下,回迁居民有序完成协议签订和资金结算,凭材料前往物业公司办理房屋验收和交房手续,拿到了期盼已久的新家钥匙。



办理交房手续

我市优化调整职工普通门诊待遇政策

符合基本医保支付范围的门诊药品、治疗项目等均纳入报销范围

□牡丹晚报全媒体记者 马敏静



10月29日,市医疗保障局党组副书记、副局长于云华带领相关科室负责人做客12345政务服务便民热线,对群众关注的居民医保、职工医保、异地就医等热门问题进行了详细介绍,并通过电话回答群众提出的问题。

居民医保个人缴费标准 每人每年400元

根据鲁医保发〔2024〕33号文件规定,我市2024年居民医保人均财政补助标准新增30元,达到每人每年不低于670元;人均个人缴费标准同步新增20元,达到每人每年400元。2025年度居民医保集中缴费期为2024年9月1日至2025年2月底。

参保居民在集中缴费期内正常缴费的,自次年1月1日起享受居民基本医疗保险待遇。在集中缴费期外缴费的,补缴后设置待遇享受等待期。

新生儿自出生之日起6个月内办理基本医疗保险参保手续并缴纳当年居民医保费的,自出生之日起享受基本医疗保险待遇;超过6个月的,自缴费次月起享受基本医疗保险待遇;超过12个月的,按普通居民缴费及享受待遇相应政策规定执行。

自2025年起,集中缴费期内出生的新生儿,缴纳下一年度居民医疗保险费,待遇享受期从缴费之日起至次年12月31日。

达到起付线, 才可享受门诊报销

我市优化调整职工普通门诊待遇政策。目前,只要是符合基本医保支付范围的门诊药品、耗材、检查、检验、治疗项目均纳入我市职工普通门诊报销范围。一个医疗年度内,职工普通门诊三级、二级、一级定点医疗机构年度起付标准分别为400元、300元、200元;三级、二级、一级定点医疗机构职工

医保支付比例分别为60%、70%、80%,退休人员相应再提高5个百分点。对年度起付标准以上的政策范围内费用,在职职工年度统筹基金支付限额为3500元,退休人员为4500元;对超过年度统筹基金支付限额以上的费用,由大额医疗补助资金支付,支付限额为1000元。

我市职工住院起付线规定:参保职工在一个医疗年度内,按照定点医疗机构的不同级别制定不同的统筹基金的起付标准。首次在一、二、三级医疗机构住院,统筹基金起付标准分别为300元、500元、700元;第2次住院起付标准减半,第3次住院起付标准不再设起付标准。

高血压和糖尿病 可以享受“两病”待遇

参保居民患有高血压和糖尿病(“两病”),病情达不到门诊慢特病申请标准的,可以享受“两病”待遇。所有定点医疗机构都不设起付线,报销比例从2024年9月20日起由70%调整为75%,单一疾病的封顶线为300元,“两病合并”及使用胰岛素的封顶线为600元。

异地就医无需办理转诊

自2022年1月1日起,将异地就医人员简化整合为两类:“异地长期居住人员”和“临时外出就医人员”。“临时外出就医人员”备案不再提供转诊转院证明或在外就医急诊证明等证明材料。“异地长期居住人员”不再提供户籍证明、居住证等证明材料,实行承诺备案制(个人承诺异地居住、生活、工作6个月以上)。

自2022年1月1日起,省内跨市“临时外出就医人员”住院、普通门诊、门诊慢特病就医一律取消备案手续,就医费用直接联网结算。省外就医需参保地医保经办机构进行备案。参保人外出就医无需办理转诊手续,临时外出就医所发生的医疗费用,符合医保报销政策范围内的费用可以报销。

参保人员外出就医后应及时持医疗费用票据原件、入院记录单或出院小结(加盖医院公章)、医疗费用汇总明细清单等资料到参保地医保经办机构审核结算。