

金堂县医疗保障政策 宣传手册

职工医保



金堂县医疗保障局 印制
二〇二三年

城镇职工医疗保险政策

中国医保|一生守护

China Healthcare Security



一、参保范围

- ◆企业（包括各种所有制和组织形式的企业）及其职工
- ◆国家机关及其工作人员、事业单位及其职工、社会团体及其专职人员
- ◆民办非企业单位及其职工
- ◆个体工商户及其雇工、自由职业者、灵活就业人员
- ◆法律、法规规定或经省、市政府批准的其他单位和人员

二、缴费标准

（一）单位职工的医疗保险费由单位和职工按月共同缴纳：

单位以全部职工工资总额为缴费基数，缴费费率为7.5%（基本医疗6.75%+大病互助0.75%）。

职工以本人上月工资为缴费基数，缴费费率为2%；由所在单位在工资中代扣代缴。

职工工资高于上年度“全口径省月平均工资”3倍的，以省平工资的3倍为缴费基数。

职工工资低于上年度“全口径省月平均工资”60%的，以省平工资的60%为缴费基数。

2020年1月，基本医疗保险和生育保险合并实施后，单位缴费费率之和为7.5%（医疗保险）+0.8%（生育保险）。

（二）灵活就业人员医疗保险费由个人按月缴纳：

以省平工资的80%为缴费基数，缴费费率为9.5%（基本医疗8.75%+大病互助0.75%）。

三、缴费年限

（一）2009年1月1日前已参加城职基本医疗保险的：

★参保人员缴费累计满15年，办理退休手续后可不再缴费，继续享受医疗待遇；不足年限的应继续缴费至规定年限。

★其中，单位参保人员（单位可变化）连续不间断缴费，按规定办理退休手续后可以不再缴费，继续享受医疗待遇。

（二）2009年1月1日后参加城职基本医疗保险的：

★初次参保连续不间断缴费满15年或累计20年，办理退休手续后可以不再缴费，继续享受医疗待遇；不足年限的应继续缴费至规定年限。

（三）单位参保人员退休后基本医疗保险缴费未达到我市规定年限、仍需继续缴纳基本医疗保险费的，由个人按照个体参保人员参保缴费标准继续缴费至规定年限；或在办理退休手续的同时由个人以上年度个体参保人员缴费标准一次性缴足规定年限，一次性缴费后个人账户记账标准按相关规定执行。

四、待遇等待期及城职医保支付范围

从2022年8月4日起，成都市城镇职工（生育）基本医疗保险待遇享受等待期，从连续不间断缴费满12个月，统一调整为连续不间断缴费满6个月。

（一）城职统筹基金支付范围：

- ◆住院医疗费；
- ◆门诊抢救无效死亡发生的医疗费；
- ◆住院期间所在医疗机构条件限制发生在其他定点医疗机构的检查和手术费用；
- ◆入院前3日内在同一家医院发生的门诊阳性特殊检查费用；
- ◆门诊共济保障（包括普通门诊费用统筹保障、“两病”（高血压、糖尿病）门诊用药保障、门诊特殊疾病保障等）；
- ◆符合规定的异地就医费用；
- ◆未参加生育保险的合规的生育相关医疗费。



（二）城职个人账户支付范围：

- ◆在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用；
- ◆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；
- ◆参加城乡居民基本医疗保险、补充医疗保险、长期护理保险等由政府开展的与医疗保障相关的社会保险的个人缴费；

注：1.个人账户全家共济职工本人及其配偶、父母、子女可共用。

2.个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身或养生保健消费等不属于基本医疗保险保障范围的支出。

五、个人账户计算公式

2023年1月1日起，成都市实施职工医保门诊共济保障政策，个人账户划入标准有调整。

◆**在职职工（含灵活就业人员）**：个人账户月计入标准为本人参保缴费基数2%。

实际划拨时，40周岁及以下人员，还需扣缴0.1%的长期护理保险费；40周岁以上人员，还需扣缴0.2%的长期护理保险费。

◆**退休人员**：个人账户月划入额度为2022年成都市基本养老金平均水平的2.8%定额划入。

实际划拨时，还需扣缴0.3%的长期护理保险费。

注：退休人员的划拨基数暂按2021年成都市基本养老金平均水平执行，待2022年成都市基本养老金平均水平确定后，再补划差额。

六、住院费用报销

（一）城镇职工基本医疗保险报销比例

城镇职工基本医疗保险统筹基金支付比例（本市就医）

医院级别	起付标准	年龄						
		50岁以下	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	
三级医院	800	85%	87%	89%	91%	93%	95%	1.不计起付标准 2.报销比例：100%
二级医院	400	90%	92%	94%	96%	98%	100%	
一级医院	200	92%	94%	96%	98%	100%	100%	
社区卫生服务中心（含乡镇卫生院）	160	95%	97%	99%	100%	100%	100%	

（二）城职大病互助报销比例

基本医疗保险政策范围内报销后的剩余部分，实行级距式分段按比例报销。0-10000元剩余部分报销比例为77%；10000以上-30000元剩余部分报销比例为80%；30000以上-50000元剩余部分报销比例为85%；50000元以上剩余部分报销比例为90%。一个自然年度封顶线40万元。

备注：

1. 参保人员在一个自然年度内多次住院的，起付标准逐次降低100元，但最低不低于160元。
2. 参保人员因精神病、艾滋病和年满100周岁及以上的，在定点医疗机构住院发生的符合基本医疗保险报销范围的住院医疗费用不计起付标准。
3. 参保人因恶性肿瘤手术及放化疗治疗，肾功能衰竭透析治疗及移植手术，肝、肾、骨髓移植术后的抗排斥治疗，慢性白血病，重型再生障碍贫血，骨髓增生异常综合症及骨髓增生性疾病，系统性红斑狼疮等特定病在定点医疗机构多次住院发生的符合基本医疗保险报销范围的住院医疗费用，一年度内按首次所住定点医院级别计算一次起付标准。
4. 参保人员因病情需要，由低级别的定点医院转往高级别的定点医院、由专科医院转往综合医院，只补起付标准差额。相反不再另计起付标准。
5. 参保人员办理了门诊特殊疾病的，应按门诊特殊疾病管理办法另计起付标准。



6. 参保人员异地就医待遇政策：

(1) 异地长期居住人员，执行成都市基本医疗保险住院待遇支付政策；临时外出就医、未备案、备案地和就医地不符的参保人员，基本医疗保险和大病医疗互助补充保险支付比例在本地住院就医支付比例基础上降低5%。

(2) 以个人承诺方式备案的异地长期居住人员，应履行承诺事项，补齐相关备案材料后在备案地和成都双向享受医保住院待遇，执行成都市基本医疗保险住院待遇支付政策；未补齐备案材料回成都市就医住院的，基本医疗保险和大病医疗互助补充保险支付比例在本地住院就医支付比例基础上降低5%。

★时间判断：执行以上政策以入院时间为准。

(3) 我市参保人员在异地发生的无第三方责任的外伤住院医疗费用，可填写《外伤无第三方责任承诺书》后，在就医地异地定点医疗机构联网直接结算。待遇支付政策根据参保人员本人备案类型确定。

(4) 我市参保人员可在异地就医免备案地区和成都市双向享受我市住院医保待遇。

注：2022年3月1日起，我市参保人员在四川省内异地就医免备案；2022年7月1日起，在重庆市异地就医免备案；2023年1月1日起，在云南省、贵州省、西藏自治区（西南片区）异地就医免备案。2023年7月1日起，在南京市异地就医免备案；2023年9月1日起，在广州市异地就医免备案。

(三) 费用报销

1. 市内就医：持已激活的社会保障卡或医保电子凭证在定点医疗机构住院，可以直接刷卡结算。若不能直接刷卡结算，消除不能刷卡的因素后，出院之日起3个月内可以前往就诊的定点医疗机构进行补刷，按规定进行报销；超过3个月，可持相关资料前往参保关系所在医保经办机构办理报销手续。

2. 异地就医：持已激活的社会保障卡或医保电子凭证在开通了异地联网结算的定点医疗机构住院，可以直接进行刷卡结算。若不能直接刷卡结算，先个人全额垫付，出院后3个月内前往参保关系所在医保经办机构办理报销手续。

3. 手工报销资料：

- ☒ 医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡；
- ☒ 委托他人办理需提供代办人的有效身份证件；
- ☒ 财政、税务部门制作或监制的住院收费专用票据报销联原件（加盖医院收费章）；
- ☒ 患者或家属签字认可的费用清单原件、处方；
- ☒ 出院病情证明或出院记录、出院小结原件(加盖医院公章或病情证明章)；
- ☒ 外伤住院需提供住院期间的病案首页和入院记录复印件（加盖医院病案专用章）；
- ☒ 参保人员本人银行储蓄卡复印件。

(四) 城镇职工医保不予支付范围：

× 基本医疗保险药品目录、医疗服务设施和诊疗项目、医用材料目录和支付标准范围以外的医疗费用；

- × 工伤（职业病）发生的医疗费用；
- × 除急救、抢救外在非定点医疗机构发生的医疗费用；
- × 因本人吸毒、打架斗殴、违法犯罪等造成伤害发生的医疗费用；
- × 因自伤、自残、醉酒、戒毒、性传播疾病（不含艾滋病）等进行治疗发生的医疗费用；
- × 因美容矫形、生理缺陷及因不孕不育等进行治疗发生的医疗费用；
- × 第三方责任等引发的非疾病医疗费用；
- × 在港澳台地区和境外发生的医疗费用；
- × 因交通事故、医疗事故发生的医疗费用。

交通事故能提供公安交通管理部门出具的肇事方逃逸或无第三方责任人的相关证明，且没有获得相关赔偿或补偿的，其在定点医疗机构住院发生的医疗费用可列入统筹基金支付范围。



七、普通门诊费用报销

(一) 报销比例

人员类别	起付线 (门槛费)	报销比例		封顶线
		三级定点医疗机构	二级及以下定点医疗机构和符合条件的定点零售药店	
在职职工	200元/年	50%	60%	2000元/年
退休人员	150元/年	60%	70%	2500元/年
注:1.单建统筹参保人员封顶线，在职职工880元/年、退休人员1100元/年。 2.需由个人负担的门诊医疗费用，可用个人账户余额支付。				

(二) 费用报销

参保人员在符合条件的定点医疗机构门诊看病时，凭医保电子凭证或持社会保障卡就医，可直接报销门诊费用。

参保人员持定点医疗机构医生开具的处方，在符合条件的定点零售药店购药，可纳入报销。

八、“两病”（高血压、糖尿病）门诊用药保障

(一) 起付线

“两病”门诊用药保障不设起付线。

(二) 支付比例

在定点医疗机构发生的“两病”门诊政策范围内药品费用由基本医疗保险统筹基金支付，支付比例为70%。

(三) 支付标准

“两病”门诊用药保障医保支付标准，按照四川省医疗保障局相关规定执行。

(四) 年度支付限额

高血压门诊用药保障年度支付限额为200元，糖尿病门诊用药保障年度支付限额为300元。同时患有两种疾病的，“两病”年度支付限额按对应病种支付限额计算。

“两病”门诊用药保障费用计入基本医疗保险统筹基金年度支付限额。

(五) 费用报销

参保人员应凭本人医保电子凭证或社会保障卡就医直接结算。“两病”患者符合门诊特殊疾病标准的，纳入门诊特殊疾病管理范围，执行门诊特殊疾病政策，不得重复享受待遇。

九、门诊特殊疾病医疗费用报销

符合门诊特殊疾病报销范围的医疗费用，按相关规定予以报销（详见门诊特殊疾病政策）。

城镇职工生育保险政策

中国医保|一生守护
China Healthcare Security



一、享受条件

(一) 女职工生育、施行计划生育手术和男职工的配偶生育时，用人单位已为其连续不间断足额缴纳生育保险费满6个月的(从2022年8月4日起，成都市城镇职工生育保险待遇享受等待期调整为6个月)，生育保险待遇由职工基本医疗保险统筹基金按规定支付。

(二) 参保女职工或男职工配偶在办理生育登记后，发生的门诊产前常规检查费，由职工基本医疗保险统筹基金按规定支付。

(三) 在生育或终止妊娠前已办理生育登记的女职工享受生育津贴。

(四) 对财政供养人员，职工基本医疗保险统筹基金不支付生育津贴。

二、申领时限

出院或门诊施行计划生育手术之日起12个月内到参保地医保经办机构申请办理。

三、生育保险待遇项目和待遇标准

报销项目		待遇标准		
女职工生育保险待遇	产前检查费 (定额)	①生产或怀孕满7个月以上终止妊娠的700元； ②怀孕满4个月不满7个月终止妊娠的500元； ③怀孕不满4个月终止妊娠的300元。		
	生育医疗费 (定额)	①顺产2000元，难产(含剖宫产)3000元，生产多胞胎的每多一个婴儿增加400元； ②怀孕满7个月以上终止妊娠的2000元(施行剖宫术的增加1000元)； ③怀孕满4个月不满7个月终止妊娠的1000元； ④怀孕不满4个月终止妊娠的500元。		
	生育津贴(日均缴费工资×天数)	日均缴费工资	单位参保	以自然年为准，职工所在用人单位上年度日均缴费工资。
		享受生育津贴计算天数	个体参保	个体参保人员生产前12个月本人日均缴费工资。
计划生育医疗费	宫内施行放置节育器157元；宫内施行取出节育器160元；施行输精管结扎术150元；施行输卵管结扎术510元；施行输卵管结扎后复通的993元；施行输精管结扎后复通的993元；计划生育流产按生育医疗费中终止妊娠的待遇标准支付。			
并发(合并)症	治疗生育并发症、合并症产生的住院医疗费用，在扣除生育医疗费或计划生育医疗费定额支付标准后，由职工基本医疗保险统筹基金、大病医疗互助补充保险资金按规定支付。			
男职工配偶生育医疗费补贴	男职工配偶生育时未参加生育保险、职工基本医疗保险，或已参加生育保险、职工基本医疗保险但连续缴费不满6个月，按生育医疗费和产前检查费标准给予一次性补贴。			

*夫妻双方均符合生育保险待遇支付条件的，由女方申请生育保险待遇，夫妻双方不重复享受生育保险待遇。

*男职工配偶按其他政策(如城乡居民生育保险、新农合等)规定已享受生育医疗费待遇(含产前检查费)，但未达到男职工配偶生育医疗费补贴的，其差额部分由职工基本医疗保险统筹基金补足。



四、提供资料

申领事项	提供材料
女职工产前检查费、生育医疗费、生育津贴（全额垫付生育医疗费人员）	《成都市生育、计划生育手术医疗费审批表》（一式两份加盖公章）、《非财政供养人员申领生育津贴登记表》（财政供养单位提供）、出院证明或病情证明（加盖病情证明专用章）原件和复印件、财政（税务部门）制作或监制医疗服务收费专用票据（加盖医疗机构收费专用章）原件和复印件。
生育津贴（联网结算生育医疗费人员）	《成都市生育津贴拨付申请表》（一式两份加盖公章，非网上经办单位提供）或《成都市用人单位生育津贴拨付申请表》（一式两份加盖公章，网上经办单位提供）、《非财政供养人员申领生育津贴登记表》（财政供养单位提供）、有效身份证件。
计划生育医疗费	《成都市生育、计划生育手术医疗费审批表》（一式两份加盖公章）、病情证明或出院证明（加盖病情证明专用章）原件和复印件、财政（税务部门）制作或监制医疗服务收费专用票据（加盖医疗机构收费专用章）原件和复印件。
男职工配偶生育医疗费补贴	《成都市生育、计划生育手术医疗费审批表》（一式两份加盖公章），配偶未享受生育医疗费待遇情况说明、出院证明（加盖病情证明专用章）原件和复印件、财政（税务部门）制作或监制医疗服务收费专用票据（加盖医疗机构收费专用章）原件和复印件。
住院分娩期间或施行计划生育手术时发生的并发症及合并症	《成都市生育、计划生育手术并发症住院医疗费审批表》（一式两份加盖公章）、出院证明（加盖病情证明专用章）原件和复印件、财政（税务部门）制作或监制医疗服务收费专用票据（加盖医疗机构收费专用章）原件和复印件、住院医疗费用清单原件。

*个体参保人员提供本人在本市工、农、建任何一家银行开户的存折/卡（原件及复印件），已在大成都范围内办理并激活中华人民共和国社会保障卡的人员可不提供。

*异地生育不需在生育前备案。

*单位需填报的表格应电脑填写，A4纸打印。

温馨提示

（一）单位参保人员须由单位经办人申请办理，个体参保人员本人或委托家属代办，代办人需持本人、代办人身份证原件。

（二）请参保人员到参保关系所属的医保经办机构进行生育保险待遇的申领。

（三）详细政策、办理指南、表格下载请登录成都市医疗保障局官网<http://cdyb.chengdu.gov.cn/>，咨询电话：84939209

城镇职工长期护理保险政策

中国医保|一生守护

China Healthcare Security



1. 享受条件

已连续参加我市长期护理保险2年，并处于我市基本医疗保险待遇享受期内，且因年老、疾病、伤残等原因导致失能，丧失生活自理能力持续6个月（含）以上的参保人员，可以申请长期护理保险失能等级评估，评定通过后按规定享受长期护理保险待遇。

不含已按照工伤保险政策享受生活护理费的人员。

2. 支付范围

用于支付重度失能三级、二级、一级和中度失能三级、二级、一级的失能人员产生的与基本生活照料服务相关的基础护理、专业护理等费用。

已由工伤保险等社会保险基金支付、依法应由第三方承担的护理费用，长期护理保险基金不予支付。

3. 支付对象

重度失能三级、二级、一级和中度失能三级、二级、一级的失能人员（或其代理人）选择定点服务机构提供基础护理服务、专业护理服务、辅助器具服务的，长期护理保险基金支付对象为所选择的定点服务机构；选择居家护理服务人员提供居家基础护理服务的，长期护理保险基金支付对象为参保人员所选择的居家护理服务人员。

4. 申请资料

- （1）参保人有效身份证（或户口簿）原件和复印件、社保卡原件和复印件、近期正面免冠照片；
- （2）有效的病情诊断证明、相关医学检查检验报告、出院记录等完整病历材料的原件或复印件；
- （3）其他相关材料。

5. 申请方式

目前提供“线上+线下”2种申请方式

申请方式一，向居住地所在区（市）县医保经办机构长期护理保险受理窗口线下书面提出申请。

申请方式二，通过手机APP“四川医保”线上提出申请。

6. 护理待遇

（1）选择入住定点护理机构待遇标准

参保人员选择入住我市定点服务机构的，其应享受基础护理、专业护理、辅助器具服务等相关服务费用，长期护理保险基金待遇支付标准为：中度失能一级、二级1060元/月/人，中度失能三级1418元/月/人，重度失能一级1977元/月/人，重度失能二级2637元/月/人，重度失能三级3196元/月/人。

（2）选择居家护理服务待遇标准

①基础护理服务

参保人员选择居家护理的，可由其指定的亲属、家人等居家护理服务人员提供基础护理服务，具体待遇标准为：中度失能一级、二级288元/月/人，中度失能三级574元/月/人，重度失能一级862元/月/人，重度失能二级1150元/月/人，重度失能三级1437元/月/人。

参保人员指定的居家护理服务人员通过规范化培训的，其基础护理服务待遇为：中度失能一级、二级360元/月/人，中度失能三级718元/月/人，重度失能一级1077元/月/人，重度失能二级1437元/月/人，重度失能三级1796元/月/人。评估结论下达次月起3个月内培训通过的，其基础待遇按照培训通过的待遇标准补发差额部分。

②专业护理服务

参保人员选择居家护理的，在享受基础护理服务基础上，可自愿选择由居上门类定点服务机构提供专业护理服务。具体待遇标准为：中度失能一级、二级、三级不超过4次/月/人，重度失能一级不超过5次/月/人，重度失能二级不超过8次/月/人，重度失能三级不超过10次/月/人。居上门类定点服务机构提供的专业护理服务，实行按次计费，每次服务时长不得少于1小时，计费标准为100元/次。

居上门类定点服务机构、培训类定点服务机构提供的居家护理服务人员规范化培训服务，纳入居上门服务项目范围，实行按次计费，每次服务时长不少于1小时，计费标准为：中心城区（东部新区除外）120元/次，近郊区（市）县（含东部新区）150元/次。

③辅具服务待遇

参保人员选择《成都市长期护理辅助器具目录》内的辅具服务，符合规定的辅具服务费用由长期护理保险基金按85%的比例支付，个人承担15%。一个自然年度内，长期护理保险基金为参保人员支付的辅具服务最高限额为：城镇职工中度失能不超过3600元，重度失能不超过4800元。在限额之内的费用由长期护理保险基金按85%比例支付，超出限额的部分由个人支付。



1. 哪些人可以获得医疗救助，标准是什么？

是否能够获得医疗救助，主要看家庭经济状况和个人医疗费用负担情况。按照《社会救助暂行办法》及有关规定，医疗救助的对象范围主要包括：特困人员，孤儿、低保对象、低保边缘家庭成员，防止返贫监测对象、不符合特困人员救助供养、低保或低保边缘家庭条件，但因高额医疗费用支出导致家庭基本生活出现严重困难的大病患者（以下简称因病致贫重病患者）。参加本市基本医保的非本市户籍因病致贫重病患者纳入保障范围，县级以上地方人民政府规定的其他特殊困难人员。其中，特困人员、低保对象属于重点救助对象，具体由地方民政部门核准认定。参保人可以向户籍所在地民政部门咨询不同类别救助对象认定的具体标准和程序。

2. 医疗救助适用于哪些对象？

救助对象有六类

- ☒ 特困人员
- ☒ 孤儿
- ☒ 低保对象
- ☒ 低保边缘家庭成员
- ☒ 防止返贫监测对象
- ☒ 因病致贫重病患者

3. 医疗救助的方式和标准是怎样的？

救助方式有六种。

☒ **资助参保：**根据当年筹资文件予以全额或定额资助。

☒ **门诊救助：**

特困人员、孤儿在本市医保经办机构指定的医疗保障定点医疗机构发生的普通门诊医疗费用，扣除基本医保报销后，剩余的政策范围内医疗费用给予全额救助。低保对象在本市医保经办机构指定的医疗保障定点医疗机构发生的普通门诊医疗费用，扣除基本医保报销后，剩余的政策范围内医疗费用按80%的比例救助，一个自然年度救助限额为500元。

☒ **其他救助：**医疗救助对象在医疗保障定点医疗机构和特药药店发生的住院、门诊特殊疾病医疗费用以及单行支付药品、高值药品费用，扣除基本医保、大病保险、大病医疗互助补充保险等报销后，剩余的政策范围内医疗费用，分类设定年度救助起付标准（以下简称起付标准），按如下待遇标准救助：

- （一）特困人员、孤儿不设起付标准，给予全额救助。
- （二）低保对象不设起付标准，按80%的比例救助。
- （三）防止返贫监测对象起付标准为本市上年度居民人均可支配收入的5%，按65%的比例救助。
- （四）低保边缘家庭成员起付标准为本市上年度居民人均可支配收入的10%，按60%的比例救助。
- （五）因病致贫重病患者起付标准为本市上年度居民人均可支配收入的25%，按60%的比例救助。

特困人员、孤儿不设自然年度救助限额，其他医疗救助对象一个自然年度救助限额为4万元。

对规范转诊且在省域内就医的医疗救助对象，经基本医保、大病保险、大病医疗互助补充保险、医疗救助综合保障后，政策范围内个人年度累计自付费用超过本市防止返贫监测收入标准部分的医疗费用，按照55%的比例倾斜救助，一个自然年度救助限额为4万元。

4.从2023年起，医疗救助有了哪些新变化？

☑ 新增了救助人员类别，新增了防止返贫监测对象及因病致贫重病患者两类救助对象。

☑ 更新低保门诊救助方式，低保对象在本市医保经办机构指定的医疗保障定点医疗机构发生的普通门诊医疗费用，门诊救助费用可以直接在定点医疗机构联网结算。

☑ 完善了“一站式”联网结算的工作管理。

5.医疗救助最高可报多少？

☑ 特困人员是没有上限的。

☑ 其他医疗救助对象一个自然年度救助限额为4万元。

6.如何办理住院医疗救助？

住院医疗救助分为“一站式”和非“一站式”医疗救助。

“一站式”医疗救助是指救助对象在成都市内“一站式”定点医疗机构生病住院，在出院时救助费用同医疗保险报销同步进行结算。

非“一站式”医疗救助是指救助对象在成都市外定点医疗机构或成都市内非“一站式”定点医疗机构生病住院，在出院后及时到户籍所在地民政办提交相关资料，包括住院发票、出院病情证明、医疗支付结算表、身份证复印件、社会保障卡复印件等按流程进行医疗



城镇职工门诊特殊疾病政策

中国医保|一生守护

China Healthcare Security



一、什么是门诊特殊疾病？

门诊特殊疾病是指病情相对稳定、需长期在门诊治疗、纳入我市基本医疗保险统筹基金支付范围的慢性或重症疾病。

二、门诊特殊疾病适用哪些人群？

待遇享受期内的城镇职工基本医疗保险参保人员，患有门诊特殊疾病病种范围内疾病的，可以申请门诊特殊疾病认定和治疗，享受门诊特殊疾病基本医疗保险待遇。

三、门诊特殊疾病包含哪些具体病种？

门诊特殊疾病分四类含43个病种：

（一）第一类

- | | | |
|--------------|----------|-----------|
| 1. 阿尔茨海默病 | 4. 精神分裂症 | 7. 双相情感障碍 |
| 2. 脑血管所致精神障碍 | 5. 躁狂症 | 8. 焦虑症 |
| 3. 癫痫所致精神障碍 | 6. 抑郁症 | 9. 强迫症 |

（二）第二类

- | | | |
|-----------------|-------------|-------------|
| 1. 高血压病 | 7. 脑血管意外后遗症 | 13. 重症肌无力 |
| 2. 糖尿病 | 8. 肝硬化 | 14. 类风湿性关节炎 |
| 3. 风湿性心脏病 | 9. 帕金森氏病 | 15. 强直性脊柱炎 |
| 4. 高血压性心脏病 | 10. 硬皮病 | 16. 重度骨质疏松 |
| 5. 冠状动脉粥样硬化性心脏病 | 11. 地中海贫血 | |
| 6. 慢性肺源性心脏病 | 12. 干燥综合征 | |

（三）第三类

- | | |
|-------------------------|-------------|
| 1. 结核病(肺结核、耐多药肺结核、肺外结核) | 4. 甲状腺功能减退 |
| 2. 慢性活动性肝炎 | 5. 慢性阻塞性肺疾病 |
| 3. 甲状腺功能亢进 | 6. 青光眼 |

（四）第四类

- | | | |
|----------------|--------------|----------------|
| 1. 恶性肿瘤 | 5. 系统性红斑狼疮 | 9. 血友病 |
| 2. 器官移植术后抗排斥治疗 | 6. 肾病综合征 | 10. 肝豆状核变性 |
| 3. 再生障碍性贫血 | 7. 慢性肾脏病 | 11. 普拉德-威利综合征 |
| 4. 骨髓增生异常综合征 | 8. 慢性肾脏病门诊血透 | 12. 原发性生长激素缺乏症 |

四、门诊特殊疾病的具体办理流程？

参保人员申请享受门诊特殊疾病基本医疗保险待遇，应当先认定，后治疗。

（一）认定流程：初次办理、认定后超过6个月未进行门诊特殊疾病治疗、出现中断治疗达到6个月以上的参保人员，向认定机构提出门诊特殊疾病病种认定申请，认定医师按照《成都市基本医疗保险门诊特殊疾病认定标准及支付范围》进行病种认定，符合标准的由认定机构出具《成都市基本医疗保险门诊特殊疾病认定申请表》。

（二）治疗流程：已通过门诊特殊疾病病种认定的参保人员，自愿选择一家门诊特殊疾病治疗机构（患精神类或传染类合并其他类门诊特殊疾病病种的，可以同时选择一家专科医院和一家综合性医疗机构作为治疗机构）进行疾病治疗，每次就诊完成后持社会保障卡或医保电子凭证即时办理医疗费用医保结算。

五、已通过认定的门诊特殊疾病病种有效期是多长？

通过门诊特殊疾病认定的参保人员，应当及时到定点医疗机构进行门诊特殊疾病治疗。认定后超过6个月未进行门诊特殊疾病治疗或出现中断治疗达到6个月以上的，应当按规定重新申请门诊特殊疾病认定。



六. 结算周期内外购药品、外检费用可否报销？

除特殊管理药品以外，治疗机构开具的外购药或参保人员自行购买的外购药医保不予以结算。

参保人员在门诊特殊疾病治疗期间，因治疗机构条件限制需到其他定点医疗机构检查的，由治疗机构治疗医师提出意见，经治疗机构医疗保险业务管理部门确认后，外检费用按规定纳入门诊特殊疾病医疗费用，与治疗机构结算。

七. 因患多种门诊特殊疾病可否在多家治疗机构办理门诊特殊疾病？

一个自然年度内参保人员只能选择一家治疗机构就医，参保人员患精神类或传染类合并其他类门诊特殊疾病病种的，可以同时选择一家专科性医疗机构和一家综合性医疗机构作为治疗机构。

参保人员按照规定变更治疗机构时，起付标准按更换后的治疗机构重新计算，一个自然年度内变更次数不得超过3次。变更时，参保人员应向最近一次结算的治疗机构提出申请，经治疗机构备案上传医保信息系统后予以变更。

八. 门诊特殊疾病起付标准、报销比例是多少？

城镇职工基本医疗保险					
险种	待遇类别	社区医院	一级医院	二级医院	三级医院
城镇职工	起付标准	160	200	400	800
	报销比例	95%	92%	90%	85%

城镇职工基本医疗保险参保人员年满50周岁的报销比例增加2%，年满60周岁的增加4%，年满70周岁的增加6%，年满80周岁的增加8%，年满90周岁的增加10%。根据年龄增加后的医疗费报销比例，不得超过100%。年满100周岁的城职参保人员不计起付标准。

(二) 大病医疗互助补充保险待遇标准

符合大病医疗互助补充保险报销范围的医疗费用按77%报销。

(三) 医保待遇确定时间

一个自然年度内，参保人员按照规定同时选择两家治疗机构的，起付标准以首次结算门诊特殊疾病医疗费用时的机构确定；报销比例及药品、耗材、诊疗项目的物价标准分别以结算时的治疗机构确定。

(四) 起付标准计算次数

一个自然年度内，第一、四类病种不计起付标准，第二、三类病种计1次起付标准。

(五) 起付标准计算方法

一个自然年度内，起付标准的计算次数以参保人员就诊开始时间的有效认定病种计算，有效认定病种中包含第一、四类病种的，不计起付标准。

(六) 年度内最高支付限额

一个自然年度内，参保人员由医保基金支付的门诊特殊疾病医疗费用计入基本医疗保险基金规定的最高支付限额。门诊特殊疾病医疗费用纳入基本医疗保险基金最高支付限额的年度以就诊时间确定。

大病医疗互助补充保险按现行政策执行。

九. 门诊特殊疾病医疗费用如何进行报销？

新的门诊特殊疾病管理办法取消了“门诊特殊疾病医疗费用以三个月为一个结算周期（特殊情况除外）”，调整为即时结算，即每次就诊结束后即可向就诊医疗机构申请办理医疗费用医保结算。

十. 门诊特殊疾病医疗费用有那些不予支付情形？

- (一) 未经病种认定产生的医疗费用；
- (二) 未在选定的治疗机构产生的医疗费用；
- (三) 未经选定的治疗机构同意产生的外检医疗费用；
- (四) 非门诊特殊疾病治疗医师处方产生的医疗费用；
- (五) 超出成都市门诊特殊疾病基本医疗保险支付范围的医疗费用；
- (六) 医疗费用发生后，超过6个月（特殊情况超过12个月）未办理结算的医疗费用；
- (七) 应当由公共卫生负担的医疗费用；
- (八) 其他违反法律法规和医疗保险政策规定产生的医疗费用。

十一. 门诊特殊疾病治疗期间需要住院治疗的应如何办理？

参保人员因病病情需要在门诊特殊疾病治疗期间需住院治疗的，门诊特殊疾病医疗费用不得与住院医疗费用重复保障。

打击欺诈骗保举报奖励政策

中国医保|一生守护

China Healthcare Security



1.为什么要打击欺诈骗取医保基金的行为?

医保基金是老百姓的“救命钱”，具有“专款专用”的性质，将医保基金视作“唐僧肉”而发生的欺诈骗取行为，最终损害的将是每一个参保人的切身利益。守护医保基金安全，促进基金有效使用，人人有责。近年来，欺诈骗取医保基金的行为多发频发，严重损害基金安全，损害广大参保人员切身利益，必须坚决予以打击。

2.涉及定点医疗机构的哪些欺诈骗保行为可以举报呢?

- (1) 虚构医药服务，伪造、变造、隐匿财务票据、医疗文书等有关资料，骗取医疗保障基金的；
- (2) 盗刷和冒用参保人员医疗保障身份凭证，上传虚假医保结算信息的；
- (3) 为参保人员提供虚假发票的；
- (4) 为不属于医疗保障范围的人员办理医疗保障待遇的；
- (5) 将应由个人负担的医疗费用记入医疗保障基金支付范围的；
- (6) 为非定点医药机构、暂停协议机构、非正常营业机构提供刷卡记账和费用结算服务的；
- (7) 挂床住院的；
- (8) 串换药品、耗材、物品、诊疗项目等骗取医疗保障基金的；
- (9) 虚记多记医疗费用；
- (10) 采取不正当方式招揽、诱导、截留参保人就诊或办理住院；
- (11) 定点医疗机构及其工作人员的其他违法违规使用医疗保障基金的行为。

3.涉及定点零售药店的哪些欺诈骗保行为可以举报呢?

- (1) 盗刷、冒用参保人员医疗保障身份凭证，上传虚假医保结算信息的；
- (2) 为参保人员套取现金或购买营养保健品、化妆品、生活用品等非医疗物品的；
- (3) 为参保人员串换药品、耗材、医疗器械、物品等骗取医疗保障基金的；
- (4) 为非定点医药机构、暂停协议机构提供刷卡记账和费用结算服务的；
- (5) 为参保人员虚开发票、提供虚假发票的；
- (6) 定点零售药店及其工作人员其他违法违规使用医疗保障基金的行为。

4.涉及长期护理保险定点服务机构的哪些欺诈骗保行为可以举报呢?

- (1) 未按规定标准提供长期护理保险服务，骗取医疗保障基金的；
- (2) 伪造相关记录，为欺诈骗取医疗保障基金提供便利的；
- (3) 长期护理保险定点服务机构及其工作人员的其他违法违规使用医疗保障基金的行为。

5.涉及参保人员的哪些欺诈骗保行为可以举报呢?

- (1) 伪造医疗服务票据，骗取医疗保障基金的；
- (2) 将本人的医疗保障身份凭证租借他人就医或持他人医疗保障身份凭证冒名就医的(符合个人账户共济使用情形除外)；
- (3) 非法使用医疗保障身份凭证，套取药品、耗材等，倒买倒卖非法牟利的；
- (4) 以虚假伪装等方式，通过长期护理保险失能评估，享受长期护理保险待遇，骗取医疗保障基金的；
- (5) 参保人员的其他违法违规使用医疗保障基金的行为。



6. 我们生活中碰到欺诈骗保违法行为该怎么举报呢？

可以拨打金堂县医疗保障局举报电话：028—84911228

7. 举报奖励标准

医疗保障部门按照案值的一定比例计算奖励金额。奖励资金原则上采用非现金方式支付。具体奖励标准如下：

☑ 违法违规使用行为不涉及违规金额，但举报内容属实、避免基金损失的，给予一次性200元奖励。举报内容属实但不涉及案值的，可视情况给予200元以内(含200元)一次性资金奖励。

☑ 举报定点医药机构及其工作人员、参保人员违法违规使用的，分段计算奖励资金，最低不少于200元，最高不超过20万元：10万元(含10万元)以下部分奖励2%，10万元至100万元(含100万元)部分奖励1.5%，100万元至1000万元(含1000万元)部分奖励1%，1000万元以上部分奖励0.5%，奖励金额最高不超过20万元。



金堂医保微信公众号



医保电子凭证扫码激活

如您有其它疑问，可以拨打金堂县医疗保障局咨询电话：

职工医保：（028）84939209

居民医保：（028）84998277

长期护理保险：（028）84995200

异地就医：（028）84989936

医疗救助：（028）84911268

举报投诉：（028）84911228



中国医保 | 一生守护
China Healthcare Security





中国医疗保障

CHINA HEALTHCARE SECURITY

中国医保|一生守护

China Healthcare Security