****莲池区2021年城乡居民基本医疗保险****

****政策指南****

1. 普通门诊报销

自2021年1月1日取消门诊个人（家庭）账户。居民个人（家庭）账户结余的资金，仍可用于支付门诊统筹中起付标准及政策范围内个人自付部分。实行普通门诊统筹制度，参保居民（除大学生和建档立卡贫困人口）在参保地乡镇卫生院（社区卫生服务中心）、村卫生室（社区卫生服务站）政策范围内普通门诊医疗费用起付标准为每人每年50元，起付标准以上部分普通门诊统筹基金支付比例50%，年度最高支付限额为100元。家庭成员之间不得相互调剂使用，年度不结转。建档立卡贫困人口城乡居民基本医疗保险政策范围内普通门诊医疗费用不设起付线，报销比例70%，年度最高支付限额为450元。

1. 高血压、糖尿病（简称“两病”）门诊用药报销

参加城乡居民医保，并通过的需要采取药物治疗的“两病”患者（不含已通过居民医保“两病”门诊特殊疾病评审人员）门诊发生的降血压、降血糖药品费用由统筹基金支付。在区内“两病”定点机构门诊发生费用政策范围内统筹基金报销比例为50%，不设起付线，统筹基金最高支付限额高血压为225元/年/人，糖尿病为375元/年/人，对同时患有“两病”的保障对象，分别享受相应待遇。

三、门诊特殊疾病申请及报销政策

**（一）申报流程。**申请人将就诊医疗机构住院病历复印件（医疗机构盖章），仅提供门诊病历的须同时提供充分的就诊证据、门诊慢性病病种待遇认定表（一式两份）每月10日前（工作日）交到城乡居民医保中心。每月月底前完成评审鉴定工作，经鉴定通过的病种自申报月的次月1日起享受门诊特殊疾病相关待遇。

**（二）门诊慢性疾病待遇。**成人居民门诊慢性疾病起付标准金为每年800元，学生儿童起付标准金为每年500元。起付金以上部分，门诊慢性病报销比例为60%，乙类费用先行按规定自负部分费用后按报销比例支付。实行限额管理，每人每年单病种最高支付限额1500元，两种及以上每年最高支付限额3000元。

**（三）门诊大病待遇。**按照住院标准执行，一年只负担一次起付标准，起付标准按就医最高级别定点医疗机构确定，医保基金支付比例和最高支付限额按照住院标准执行。

**（四）结算方式。**门诊特殊疾病患者凭本人医保电子凭证、社保卡在市域内定点医药机构就诊、购药，医院直接结算；患者在市域外公立定点医疗机构就医发生的医疗费用报销，需在次年的1月5日到25日期间，将诊断证明、门诊病历、门诊票据原件（机打票据）、费用明细单、处方等交区城乡居民医保中心办理报销手续；未在上述规定时间办理报销手续的，视为自动放弃该部分门诊特殊疾病待遇。门诊特殊疾病患者购药每次不超过三个月药量。

四、普通住院报销

注：对使用中医药治疗的医药和诊疗费用支付比例提高5个百分点。对学生儿童（含大学生）二级及以上医疗机构支付比例提高10个百分点。参保年限与统筹基金支付比例挂钩，连续缴费每满3年，统筹基金支付比例可相应提高1%，但提高比例最多不超过3%。建档立卡贫困人口住院起付线减半，县域内定点医疗机构报销比例90%，县域外报销比例不变。

1. 生育住院报销

符合国家计划生育政策的参保城乡居民住院正常分娩，城乡居民医保基金按规定给予定额报销，发生费用低于定额的据实报销。标准为正常产住院分娩500元，病理性剖腹产1200元，选择性剖腹产参照正常产住院分娩执行500元标准。已享受职工配偶生育保险生育补助金的，城乡居民医保基金不再补助。

1. 大病保险报销

在一个参保年度内，参保人员发生的基本医疗保险基金支付范围内的合规费用，经城乡居民基本医疗保险统筹基金结算后，累计超过大病保险起付标准以上的个人负担的合规医疗费，纳入大病保险支付范围。我区大病保险年度起付线为1.3万元。普通参保居民起付线以上按医疗费用高低分三段对合规医疗费用进行报销，医疗费用越高报销比例越高，即起付线1.3万元以上至10万元（含10万元）的报销60%；10万元以上至15万元（含15万元）的报销70%；15万元以上的报销80%。普通参保居民大病累计支付限额为30万元。建档立卡贫困人口大病保险不设起付线，无封顶线。

七、备案、审批、结算方式

**（一）在保定市域内定点医疗机构就医。**持医保电子凭证（或社会保障卡或有效身份证件）直接住院，不用到城乡医保中心办理任何备案手续，出院即报。

**（二）在保定市域外定点医疗机构就医。**

主要有以下几种情况：

1.网上备案。首选网上自助办理异地就医直接结算备案。异地就医参保人员在入院前，可通过手机关注“莲池医保”或“河北省医疗保障局”微信公众号，自行办理异地就医备案，出院时在就诊医院直接报销。相同备案不要重复登记，不成功可到城乡医保大厅查询登记。

2.转诊转院或急诊。参保居民因病情需要转诊转院或因工作、旅游等需急诊在市域外住院治疗的，需报区城乡医保中心备案，或通过网络备案平台自行备案。能实行出院即报的城乡居民医保定点医疗机构，参保居民就医实行出院即报；不能实行出院即报的，先由个人全额垫付，治疗结束后持有关证件和资料到区城乡医保中心办理结算手续。多次转院治疗需一次一审批或微信备案，未按规定办理住院、转院和备案审批手续到市域外的定点医疗机构发生的医疗费用，属于统筹基金支付范围内的医疗费用起付线以上部分降低支付比例10%；入住非定点医疗机构产生医疗费用，医保基金不予支付。

参保居民因急、危、重症等情况在门诊实施紧急抢救后立即住院治疗的（急诊抢救与住院时间未间断），其紧急抢救费用并入住院医疗费用，视同一次住院医疗费用。

3.异地长期居住。办理异地长期居住手续的参保居民，需报区城乡居民医保中心备案，或通过网络备案平台自行备案，可直接备案到就医地市或省份。备案地就医待遇执行统筹市域内相同标准的医保待遇，参保地就医待遇执行统筹市域外相同标准的医保待遇。未按规定入住当地医保定点医疗机构所发生的异地住院费用，医保基金不予支付。

**（三）医疗费用手工（零星）结算。**

参保人员在保定市域外定点医疗机构就医未备案或因系统等原因在就医定点医院未直接结算的，由区城乡医保中心统一受理、审核、报销。出院后凭患者的有效身份证件、社保卡、《转院审批表》、医院诊断证明原件（盖章）、病历复印件（加盖医院公章）、费用清单原件（盖章）、住院结算发票原件（盖章）等相关资料到区城乡医保中心办理报销手续；急诊急救患者另提供相关证明；剖宫产患者另提供准生证及复印件；新生儿报销另提供出生证明及复印件；意外伤害患者另提供《意外伤害住院申报表》。

注意事项：1.住院病历复印件（包括病历首页、住院记录、手术记录、介入治疗记录、辅助检查资料、出院记录、长期及临时医嘱）；2.住院手续中的基本信息要和有效身份证件一致；3.所有手续加盖相应科室公章且清晰；4.所有手续请提前复印并保存，报销完毕归档后医保中心将不再提供复印件；5.本年度内发生的门诊特殊疾病及住院费用，务必于次年1月25日前申报报销，逾期视为自动放弃，不予报销。

北京、天津30家医疗机构就医保障执行保定市同级同类定点医疗机构待遇标准。携带患者本人社会保障卡直接到医保大厅办理异地就医直接结算备案或关注“莲池医保”微信公众号进行网上办理异地就医直接结算备案。（不必开具转诊手续）

|  |  |
| --- | --- |
|  | **北京16家医院名称** |
| 1 | 北京儿童医院 |
| 2 | 解放军总医院第七医学中心（陆军总医院） |
| 3 | 北京大学第一医院（北大医院） |
| 4 | 首都医科大学附属北京同仁医院 |
| 5 | 中日友好医院 |
| 6 | 北京大学第三医院（北医三院） |
| 7 | 北京大学人民医院 |
| 8 | 首都医科大学附属北京安贞医院 |
| 9 | 中国医学科学院阜外医院 |
| 10 | 北京大学肿瘤医院（市肿瘤医院） |
| 11 | 北京协和医院 |
| 12 | 中国人民解放军总医院（301医院） |
| 13 | 中国医学科学院肿瘤医院 |
| 14 | 中国人民解放军空军总医院 |
| 15 | 北京积水潭医院 |
| 16 | 清华大学附属北京清华长庚医院 |
| **天津15家医院名称** |
| 1 | 天津泰达国际心血管病医院 |
| 2 | 天津市肿瘤医院 |
| 3 | 中国医学科学院血液病医院（血液病研究所） |
| 4 | 天津医科大学总医院 |
| 5 | 天津市人民医院 |
| 6 | 天津市第一中心医院 |
| 7 | 天津市第三中心医院 |
| 8 | 天津市胸科医院 |
| 9 | 天津市环湖医院 |
| 10 | 天津市儿童医院 |
| 11 | 天津市中心妇产科医院 |
| 12 | 天津市眼科医院 |
| 13 | 天津医科大学口腔医院 |
| 14 | 天津中医药大学第一附属医院 |
| 15 | 天津医科大学朱宪彝纪念医院（天津医科大学代谢病医院） |

八、下列情形医保基金不予支付

1、应当从工伤保险基金中支付的；

2、应当由第三人负担的；

3、应当由公共卫生负担的；

4、在境外就医的；

5、体育健身、养生保健消费、健康体检；

6、参保人入住优质优价病房发生的所有医疗费用，优质优价病房指医院开设的特诊、特需、国际合作病房（区）、VIP病房（区）、贵宾病房（区）等；

7、不符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目范围、医疗服务设施标注所规定的项目范围的（国家另有规定的除外）；

8、法律、法规、规章规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

具体政策以市级文件为准，解释权归莲池区医疗保障局。

城乡居民业务咨询电话：0312-3033668  0312-3032668

城乡居民大病保险咨询电话：0312-3030916