城乡居民医保报销政策宣传栏

一、参保居民在哪里看病就医能获得医保报销?

参保居民在医保定点医疗机构看病就医可按规定获得医保报销。比如在当地医保定点的村卫生室、乡镇卫生院、社区卫生服务中心、县人民医院、县中医院、市人民医院、市中医院等医疗机构。

二、参保居民普通门诊能报销吗?

能。在门诊统筹定点的乡级医疗机构(社区卫生服务中心)、 村级医疗机构(社区卫生服务站)等基层医疗卫生机构看普通门诊，政策范围内合规费用报销比例60%左右，一年最多可以报销300元。

三、参保居民享受医保门诊慢性病待遇的条件有哪些?

参保居民享受医保门诊慢性病待遇需要同时具备以下三个条件:

1. 所患疾病是我市确定的24种医保门诊慢性病病种。

2. 本人申请，专业医生审核通过。可在住院的医院申请，也可在微信的医保小程序上按提示提交相关资料申请。

3. 原则上只能选定一家定点医疗机构作为门诊慢性病就医的定点医疗机构。

四、哪些医疗费用可以医保报销?怎样报销?

参保居民在医保定点医院发生的医保政策范围内医疗费用可以纳入医保报销。医保政策范围内医疗费用是指医保可以直接按比例支付的费用，纳入医保支付范围的药品、检查、诊疗、床位费等医疗费用中，分为甲类和乙类两种，甲类费用可由医保直接按比例支付，乙类费用要先按一定比例扣除后剩余的部分，医保再按比例支付。

五、住院花费比较高，城乡居民大病保险怎么申请报销?

大病保险不需要申请就可以直接报销。大病保险是在基本医保按比例报销的同时，把按比例个人负担的部分累计到大病保险可以报销的费用里，当相应费用累计到1.1万元时，超出1.1万元以上的部分，大病保险直接报销60%，超出10万元时，报销70%。大病保险和居民基本医保共同在一个自然年度内最高可以报销55万元。

驻马店市城乡居民医保待遇政策明白卡

险种	待遇类别	基本政策			
基本医疗保险	普通门诊待遇	医疗机构级别	起付标准（元）	报销比例（%）	支付限额（元）
		基层医疗机构	0	60%	300元/年
		二级医疗机构	—	—	
		三级医疗机构	—	—	
		备注：门诊统筹年度最高支付限额在一个参保年度使用，不结转下一年度。			

门诊慢特病待遇 — 慢性病病种

申报方式：
线上申报：电脑登录“河南省医疗保障公共服务平台”，或微信“河南省医疗保障服务中心”公众号，支付宝“河南医保”小程序进行申报。
线下申报：可通过医保定点医疗机构协助上传病历资料申报。

序号	病种名称	报销比例（%）	基本医保支付限额（元）
1	慢性肾功能衰竭	70%	与其他待遇合并计算不超过基本医保、大病最高支付限额
2	异体器官移植		
3	恶性肿瘤		
4	糖尿病并发性		
5	脑血管意外后遗症		
6	心衰		
7	支架植入术、心脏瓣膜置换术或冠脉搭桥术后		
8	高血压合并症		
9	帕金森病		
10	阻塞性肺气肿		
11	慢性肺源性心脏病		
12	肝硬化（失代偿期）		
13	结核病		
14	精神分裂症		
15	类风湿性关节炎		
16	系统性免疫疾病（系统性红斑狼疮，硬皮病）		
17	强直性脊柱炎		
18	股骨头坏死		
19	艾滋病机会性感染		
20	双相情感障碍		
21	偏执性精神障碍		
22	癫痫所致精神障碍		
23	精神发育迟滞伴发精神障碍		
24	分裂情感性精神障碍		

备注：

门诊重特大疾病待遇 — 重特大疾病病种

申报方式：携带本人确诊住院病历复印件（加盖病历复印章）或门诊病历、二级及以上医疗机构开具的3个月内的疾病诊断证明及其他相关申报资料，经责任医师鉴定并填写申请表，按参保地申报流程办理待遇认定申请。

序号	病种名称	报销比例（%）	基本医保支付限额（元）
1	透析	85%	血液透析7000元/月，腹膜透析6000元/月
2	血友病	80%	≤6岁，40000元/年，>6岁，80000元/年
3	I型糖尿病	80%	400元/月
4	甲状腺机能亢进	80%	200元/月
5	苯丙酮尿症	80%	经典型苯丙酮尿症14000元/年；四氢生物蝶呤缺乏症累计支付不超过统筹基金年度最高支付限额
6	耐多药肺结核	80%	20000元/年
7	再生障碍性贫血	80%	1250元/月

备注：

门诊特药待遇

申报方式：凡病情符合使用特药的参保人员，携带本人确诊住院病历复印件（加盖病历复印章）或门诊病历、二级及以上医疗机构开具的3个月内的疾病诊断证明及其他相关申报资料，经责任医师鉴定并填写《河南省医疗保障门诊特定药品申请表》，按参保地申报流程办理特药待遇申请认定。

报销政策：使用特药限额标准内符合规定的门诊医疗费纳入基本医疗保险统筹基金支付范围，不设起付标准，统筹基金支付比例为 80%.

备注：

险种	待遇类别	基本政策				
基本医疗保险	住院待遇	医疗机构级别	医院范围	起付标准（元）	报销比例（%）	支付限额（万元）
		一级	乡镇卫生院（含一级民营医院、社区医疗机构）	200	201-800元，70% 800元以上，90%	与门诊慢特病共同使用一个年度限额为15万元。
		二级	县二级（含二级医院）	500	501-1500元，65% 1500元以上，85%	
		市级	二级或相当规模以下（含二级医院）	600	601-3000元，55% 3000元以上，75%	
			三级医院	1200	1201-4000元，55% 4000元以上，75%	
		省级	二级或相当规模以下（含二级医院）	600	601-4000元，53% 4000元以上72%	
			三级医院	2000	2001-7000元，50% 7000元以上，68%	
		省外		2000	2001-7000元，50% 7000元以上68%	
	备注：					

险种	人员类别	合规自付医疗费用（万元）	报销比例（%）	支付限额（万元）
大病保险	普通城乡居民	1.1万元	1.1万元—10万元（含10万元）部分，按60%比例报销；10万元以上部分，按70%比例报销	40万元
	困难群众（特困人员、低保对象和返贫致贫人口）	0.55万元	0.55万元-10万元（含10万元）部分，按65%比例报销；10万元以上部分，按75%比例报销。	

医疗救助	人员类别	资助参保（元）	门诊救助（包括9类病种：终末期肾病（门诊血液透析或腹膜透析方法治疗）、血友病（凝血因子治疗）、慢性粒细胞性白血病（门诊酪氨酸激酶抑制剂治疗）、I型糖尿病（门诊胰岛素治疗）、耐多药肺结核（门诊抗结核药治疗）、再生障碍性贫血（门诊药物治疗）、恶性肿瘤门诊放化疗、器官移植术后抗排异治疗、重性精神病人药物维持治疗）		住院救助		支付限额（元）	倾斜救助（元）
			起付线（元）	救助比例（保险后合规自付费用）（%）	起付线（元）	救助比例（保险后合规自付费用）（%）	住院救助和门诊救助共用年度最高救助限额。对特困人员、低保对象、返致贫人口年度最高救助限额3万元，对低保边缘家庭成员、农村易返贫致贫人口、因病致贫重症患者年度最高救助限额1万元	对规范转诊且在省域内就医的救助对象，救助金额达到年度最高救助限额，经三重制度综合保障后政策范围内自付医疗费用超过11000元以上的部分，按60%予以倾斜救助，年度最高限额1万元
	特困人员	400	0	50%	0	90%		
	孤儿	400	–		–			
	低保对象	90	0	50%	0	70%		
	返贫致贫人口	90	0	50%	0	70%		
	低保边缘家庭成员	0	0	30%	2200	65%		
	符合条件的防止返贫监测对象	90	0	30%	2200	65%		
	因病致贫重病患者	0	0	30%	5600	65%		
备注：								

职工医保报销政策宣传栏

参保职工在哪里看病就医能获得医保报销？参保职工可以获得哪些医保待遇保障？

参保职工在医保定点医疗机构看病就医，可按规定报销医疗费用。具体待遇保障内容如下。

(一)职工基本医保

主要保障参保职工发生的门诊(含普通门诊、门诊慢性病、门诊重特大疾病、门诊特定药品)和住院医疗费用，同时包含个人账户待遇保障。

1. 个人账户待遇

随用人单位参加职工医保的在职职工个人缴纳的基本医疗保险费计入个人账户，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。个人账户资金可用于支付参保人近亲属(配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女)参加居民医保的个人缴费，并可用于支付参保人员本人及其已参保的近亲属在定点医药机构就医购药发生的个人自付医药费用。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。

2. 普通门诊保障

参保职工在定点医疗机构门诊就医时发生的普通门诊费用，按规定进行门诊结算报销。门诊统筹起付标准按次设定，每次不超过50元，基层定点医疗机构不设起付标准。在职职工普通门诊统筹年度最高支付限额1500元，退休人员年度最高支付限额 2000元。起付标准以上、年度限额以下的政策范围内普通门诊医疗费用，门诊统筹按比例报销。在三级定点医疗机构就医的报销比例在职职工为50%,退休职工为60%。在二级定点医疗机构 报销比例在职职工为55%,退休职工为65%。在基层定点医疗机构报销比例在职职工为55%,退休职工为65%。

3.门诊慢特病保障

参保人员罹患需长期或终身在门诊治疗且医疗费用较高的疾病(或治疗项目)，如恶性肿瘤门诊放化疗、慢性肾功能衰竭、重性精神病等，在定点医疗机构发生的门诊政策范围内医疗费用，医保按比例报销，每月或每年有报销限额。

4.门诊特定药品保障

用于治疗癌症、罕见病等重特大疾病的临床必需、疗效确切、适应症明确、价格较高、适于门诊治疗的国家谈判药品，作为门诊特定药品，并纳入“双通道”管理范围。门诊特定药品在定点医疗机构与“双通道”药店执行统一的医保支付政策，没有起付线，报销比例**为85%**。

5. 住院保障

职工医保的住院报销起付标准原则上不高于统筹地区年职工平均工资的10%,不同级别医疗机构起付标准不同。起付标准以上、最高支付限额以下的住院政策范围内费用，职工医保报销比例根据不同级别医疗机构适当拉开差距。

(二)职工大额医疗费用补充保险

参加基本医疗保险的职工，每年再缴纳170元可参加职工大额医疗费用补充保险。在职工基本医保年度报销额度用完后，由职工大额医疗费用补充保险再报销，一年可再报销30万元。

(三)生育保险

职工随用人单位参加生育保险，职工个人不缴费，由用人单位按规定缴纳生育保险费，与职工基本医疗保险统一征缴。生育保险待遇包括生育医疗费用和生育津贴。男职工的无工作单位配偶，符合国家和省计划生育规定生育的，可从生育保险中享受一次性生育补助金。

驻马店市职工医保待遇政策明白卡

险种	待遇类别	基本政策			
职工基本医疗保险	个人账户待遇	参保类型	划入额度	使用范围	
		在职职工	在职职工个人缴纳的基本医疗保险费计入个人账户	个人账户主要用于支付参保人员在定点医疗机构或定点零售药店发生的政策范围内自付费用。可以用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用，以及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。	
		退休职工	定额（60元）		
	普通门诊待遇	医疗机构级别	起付标准（元）	报销比例（%）	支付限额（元）
		基层医疗机构	0	在职55%/退休65%	在职职工年度最高支付限额为1500元，退休人员年度最高支付限额为 2000元
		二级医疗机构	每次30元	在职55%/退休65%	
		三级医疗机构	每次50元	在职50%/退休60%	
		备注：门诊统筹年度最高支付限额在一个参保年度使用，不结转下一年度。 门诊统筹支付限额单独计算，不与职工医保统筹基金年度最高支付限额累计。 参保人员在职转退休的，次月起变更其个人账户计入办法、最高支付限额和报销比例。			
	门诊慢性病待遇	申报方式	申报方式： 线上申报：电脑登录“河南省医疗保障公共服务平台”，或微信“河南省医疗保障服务中心”公众号，支付宝“河南医保”小程序进行申报. 线下申报：可通过医保定点医疗机构协助上传病历资料申报。		
		序号	病种名称	报销比例（%）	支付限额（元）
		1	慢性肾功能衰竭	门诊慢性病符合规定的门诊医疗费用，统筹基金支付比例为在职职工70%, 退休人员75%。	与其他待遇合并计算不超过基本医保、大病最高支付限额
		2	异体器官移植		
		3	恶性肿瘤		
		4	糖尿病并发性		
		5	脑血管意外后遗症		
		6	心衰		
		7	支架植入术、心脏瓣膜置换术或冠脉搭桥术后		
		8	高血压合并症		
		9	帕金森病		
		10	阻塞性肺气肿		
		11	慢性肺源性心脏病		
		12	肝硬化（失代偿期）		
		13	结核病		
		14	精神分裂症		
		15	类风湿性关节炎		
		16	系统性免疫疾病（系统性红斑狼疮，硬皮病）		
		17	强直性脊柱炎		
		18	股骨头坏死		
		19	艾滋病机会性感染		
		20	双相情感障碍		
		21	偏执性精神障碍		
		22	癫痫所致精神障碍		
		23	精神发育迟滞伴发精神障碍		
		24	分裂情感性精神障碍		
	门诊重特大疾病待遇	申报方式	申报方式：携带本人确诊住院病历复印件（加盖病历复印章）或门诊病历、二级及以上医疗机构开具的3个月内的疾病诊断证明及其他相关申报资料，经责任医师鉴定并填写申请表，按参保地申报流程办理待遇认定申请。		
		序号	病种名称	报销比例（%）	支付限额（元）
		1	透析	90%	血液透析7000元/月，腹膜透析6000元/月
		2	血友病	85%	≤6岁，40000元/年；>6岁，80000元/年
		3	I型糖尿病	85%	400元/月
		4	甲状腺机能亢进	85%	200元/月
		5	苯丙酮尿症	85%	经典型苯丙酮尿症14000元/年；四氢生物蝶呤缺乏症累计支付不超过统筹基金年度最高支付限额
		6	耐多药肺结核	85%	20000元/年
		7	再生障碍性贫血	85%	1250元/月

险种	待遇类别		基本政策		
职工基本医疗保险	门诊特药待遇	申报方式	凡病情符合使用特药的参保人员，携带本人确诊住院病历复印件（加盖病历复印章）或门诊病历、二级及以上医疗机构开具的3个月内的疾病诊断证明及其他相关申报资料，经责任医师鉴定并填写《河南省医疗保障门诊特定药品申请表》按参保地申报流程办理特药待遇申请认定。		
		报销政策	使用特药限额标准内符合规定的门诊医疗费纳入基本医疗保险统筹基金支付范围，不设起付标准，统筹基金支付比例为85%。		
		备注：			
	住院待遇	医疗机构级别	起付标准（元）	报销比例（%）	支付限额（元）
		一级及以下医疗机构（市内）	400	在职90%/退休95%	8万元
		二级医疗机构（市内）	600	在职85%/退休90%	
		三级医疗机构（市内）	900	在职 80%/ 退休85%	
		备注：市外定点医疗机构起付线 1500元；			
职工大额医疗费用补充保险	保障范围	医疗机构级别	起付标准（元）	报销比例（%）	支付限额（元）
	基本医保最高支付限额以上费用	基层医疗机构	基本医保封顶线（8万元）	95%	30万元
		二级医疗机构	基本医保封顶线（8万元）	95%	
		三级医疗机构	基本医保封顶线（8万元）	95%	
生育保险	生育医疗费待遇	项 目	基本政策	待遇标准（元）	
		产检检查费用	参保女职工怀孕6个月以上分娩或终止妊娠发生的医疗费用，生育基金按限额标准支付	市级医院300元；县级200元	
		住院分娩费用	参保女职工怀孕6个月以上分娩或终止妊娠发生的医疗费用，生育基金按限额标准支付	正常分娩：市级1000元/例；县级800元/例； 异常分娩：市级1600元/例；县级1300元/例； 剖宫产：市级2600元/例；县级2200元/例； 剖宫产伴子宫肌瘤切除、卵巢囊肿切除术、子宫切除术等其他手术：市级3000元/例；县级2600元/例	
	计划生育费用待遇	放环置、取出宫腔内节育器	定额补贴	市级：80元/例；县级50元/例	
		输精管结扎术	定额补贴	市级800元/例；县级600元/例	
		输卵管结扎术	定额补贴	市级1000元/例；县级800元/例	
		输精（卵）管复通术	定额补贴	市级2000元/例；县级1500元/例	
		早期妊娠需在门诊终止妊娠	定额补贴	市级120元/例；县级100元/例	
		12周以上住院终止妊娠	定额补贴	市级600元/例；县级400元/例	
		女职工因生育引起的并发症（含异位妊娠、葡萄胎）	年度内最高支付限额	市级医院3000元/例；县级2600元/例	
	生育津贴待遇	用人单位（不含机关和全额拨款事业单位）职工参加基本医疗保险且分娩或实施计划生育手术前连续足额缴费12月（含）以上（不含补缴时间）的，可享受生育津贴。用人单位女职工计划内生育或者终止妊娠，在下列休假时间内享受生育津贴：妊娠满28周以上生育，享受98天生育津贴；剖宫产的增加15天的生育津贴；多胞胎生育的，每多生育1个婴儿增加15天的生育津贴；符合计生条例的，增加90天的生育津贴。			

医保政策宣传栏

异地就医宣传

一、具体适用于哪些人群?

异地长期居住人员，包括异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员等长期在参保地(自治区、直辖市)以外工作、居住、生活的人员。临时外出就医人员，包括异地转诊就医人员，因工作、旅游等原因异地急诊抢救人员以及其他临时外出就医人员。

二、如何办理异地就医备案呢?

参保人员异地就医前，可通过河南医保小程序、国家医保服务平台App、国家异地就医备案小程序、国务院客户端小程序办理异地就医备案手续。

三、报销是什么标准?

1.异地长期居住人员。异地长期居住人员办理备案后，享受参保地、备案地双向直接结算待遇。备案有效期内确需回参保地就医，以材料制办理的，起付标准按本地同级别医疗机构起付标准执行，支付比例与本地同级别医疗机构保持一致；以承诺制办理，但未补充备案类型所需材料的，起付标准按本地同级别医疗机构起付标准执行，支付比例在本地同级别医疗机构基础上降低20个百分点；承诺制备案人员补充相应材料后，享受与材料制备案相同就医待遇。

以材料制办理的，应按照备案类型提供对应材料，可随时变更或取消备案；以承诺制办理但未补充材料的，6个月内不得变更或取消备案，且取消备案后24个月内不得再次以承诺制办理异地长期居住备案。因参保人员提供虚假备案材料造成基金损失的，按照《医疗保障基金使用监督管理条例》等相关规定执行。

2.临时外出就医人员。我市参保职工异地转诊人员和异地急诊抢救人员支付比例在本地同级别医疗机构基础上降低10个百分点，非急诊且未转诊的其他临时外出就医人员支付比例在本地同级别医疗机构基础上降低20个百分点；参保居民异地转诊人员和异地急诊抢救人员支付比例依照我市既定的分级诊疗政策所明确的省、市、县、乡四级报销比例执行，非急诊且未转诊的其他临时外出就医人员支付比例在我市分级诊疗政策所明确的省、市、县、乡四级报销比例基础上分别降低20个百分点。备案有

四、如何结算?

异地就医备案后可直接结算。对于来不及办理备案的参保 人，若参保人出院自费结算后按规定补办备案手续的，也可以按参保地规定办理医保手工报销。

医保基金监管宣传

一、《医疗保障基金使用监督管理条例》适用范围是什么?

适用于中华人民共和国境内基本医疗保险(含生育保险)基金、医疗救助基金等医疗保障基金使用及其监督管理。此外，职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助等医疗保障资金使用的监督管理，参照本条例执行。居民大病保险资金的使用按照国家有关规定执行，医疗保障行政部门应当加强监督。

二、参保人哪些行为属于违法违规使用医保基金?

个人有下列情形之一的，由医疗保障行政部门责令改正；造成医疗保障基金损失的，责令退回；属于参保人员的，暂停其医疗费用联网结算3个月至12个月：

1. 将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用；
2. 重复享受医疗保障待遇骗取医保基金；
3. 利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品并接受返现、实物或者获得非法利益；

三、定点医药机构违反《条例》规定，将受到哪些惩罚?

(一)国务院医疗保障行政部门应当建立定点医药机构、人员等信用管理制度，根据信用评价等级分级分类监督管理，将日常监督检查结果、行政处罚结果等情况纳入全国信用信息共享平台和其他相关信息公示系统，按照国家有关规定实施惩戒。

(二)定点医药机构违反服务协议的，医疗保障经办机构可以督促其履行服务协议，按照服务协议约定暂停或者不予拨付费用、追回违规费用、中止相关责任人员或者所在部门涉及医疗保障基金使用的医药服务，直至解除服务协议。

(三)定点医药机构有下列情形之一的，由医疗保障行政部门责令改正，并可以约谈有关负责人；造成医疗保障基金损失的，责令退回，处造成损失金额1倍以上2倍以下的罚款；拒不改正或者造成严重后果的，责令定点医药机构暂停相关责任部门6个月以上1年以下涉及医疗保障基金使用的医药服务；违反其他法律、行政法规的，由有关主管部门依法处理：

1.分解住院、挂床住院；

2.违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务；

3.重复收费、超标准收费、分解项目收费；