

居民医保政策！值得收藏！

临沂审批服务 11月19日



点击关注我们



普通门诊

参保居民在县域内定点基层医疗机构（社区卫生服务中心、乡镇卫生院、一体化管理村卫生室）门诊发生的政策范围内普通门诊医疗费用报销比例为**50%**，限额**300元**。

“两病”门诊

高血压、糖尿病门诊用药纳入报销范围，依托乡镇卫生院、社区卫生服务中心、县级医院。乡镇卫生院、社区卫生服务中心不设起付线，县级医院起付线为100元，报销比例为**50%**，高血压患者最高支付限额为每人200元，糖尿病患者200元，合并“两病”患者为**300元**。

“两病”门诊用药与门诊慢性病不得同时享受待遇。



门诊慢性病

门诊慢性病的病种分为甲、乙两类，起付标准统一为每人每年累计**500元**。严重精神障碍患者不设起付标准。

甲类病种起付标准以上符合政策规定的费用报销比例为70%，支付限额与住院支付限额合并计算。

乙类病种起付标准以上符合政策规定的费用报销比例为60%，每人每年限额为**8000元**。



基本医保

住院医疗费报销设起付线，起付标准为：**一级医院**200元/次、**二级医院**500元/次、**三级医院**1000元/次（其中，市内二、三级中医定点机构分别为400元、900元）。市外

定点医疗机构为每次1000元。恶性肿瘤放化疗、尿毒症透析患者年度内在市内同一定点医院再次或多次住院治疗，只承担**一次**住院起付标准。

报销比例：市内乡镇卫生院（社区卫生服务中心）、一级、二级、三级定点医疗机构起付标准以上符合政策规定的住院医疗费用报销比例分别为90%、85%、70%、55%

（未实行药品耗材零差率的一、二级定点机构分别为80%、65%）。

转往市外**联网**定点医疗机构住院治疗的，按规定办理市外转诊备案的报销比例为45%，执行市内三级医院起付标准。转往市外**非联网**定点医疗机构住院治疗的，按规定办理市外转诊备案的，个人先自付10%，执行市内三级医院起付标准和报销比例。转往市外**联网**定点医

疗机构住院治疗的，但未按规定办理市外转诊备案的，个人先自付20%，执行市内三级医院起付标准和报销比例。居民医保统筹基金最高支付限额为每人每年**15万元**。



大病保险

起付标准为**1万元**，分段报销比例分别为：1万元以上（含）、10万元以下的部分给予60%补偿，10万元以上（含）、20万元以下的部分给予65%补偿，20万元以上（含）、30万元以下的部分给予70%补偿，30万元以上的部分给予75%补偿，最高支付限额为**40万元**。

大病特药：起付标准为2万元，报销比例为60%，最高支付限额为20万元。**大病特药种类：**注射用依那西普、盐酸沙丙蝶呤、注射用紫杉醇白蛋白结合型、盐酸多柔比星脂质体注射液。

◇
□ 您可能感兴趣的：

[《山东省行政执法案卷管理办法》出台了！](#)

[【光荣榜】三季度红旗窗口（服务明星）风采展示（五）](#)

扫一扫



了解更多

“在看”的永远18岁~



喜欢此内容的人还喜欢

【项目建设】兰陵县一份保单解“三方”资金困局

临沂审批服务

【跨域通办】费县、平邑、山亭区携手打造政务服务一体化新格局

临沂审批服务

【流程再造】郯城县：审管联合 平台联动 小平台发挥大作用

临沂审批服务