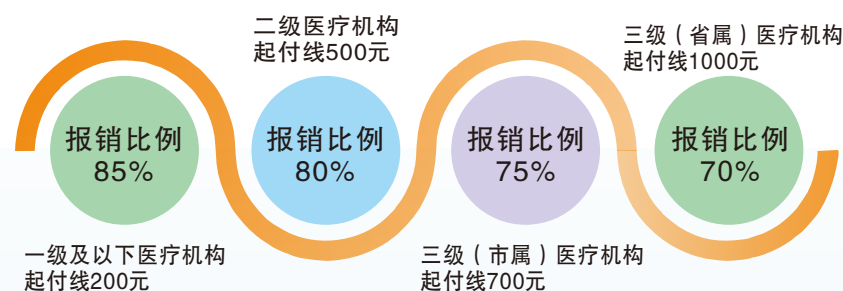


住院保障待遇

普通住院起付线和报销比例

基本医保全面实行公平普惠政策，城乡居民基本医疗保险全体参保人员，包括**特困供养人员、孤儿、事实无人抚养儿童、低保对象、重点优抚对象、一、二级重度残疾人等特殊人群**执行统一的住院起付线标准。

参保人员在一个结算年度内发生的合规医疗费用，起付标准以上、统筹基金最高支付限额以下的，由城乡居民医保基金按比例支付。宣城市域内按以下比例报销：



基本医保参保人员确需分疗程间断多次住院治疗的**白血病、恶性肿瘤（放化疗、靶向治疗、免疫治疗）、脑瘫康复、慢性肾衰竭（尿毒症期）、精神障碍（重性）**5类特殊慢性病患者同一年度内在同一医院多次住院治疗的，只收取**年度内首次住院起付线**。

转诊报销政策

参保人员按规定程序转诊，到宣城市外省内住院治疗的，上述相应类别医疗机构起付线增加1倍，报销比例降低**5个**百分点。到省外医疗机构住院治疗的，起付线按当次住院总费用**20%**计算（不足2000元的按2000元计算，最高不超过1万元），报销比例**60%**。

特别提示

除急诊急救或属参保人员务工（经商）地、长期居住地外，未按规定转诊，在宣城市外定点医疗机构住院治疗的，报销比例（含保底比例）再降低**10个**百分点。

保底报销比例

省内医疗机构**45%**，省外医疗机构**40%**；

普通住院保底报销金额=（当次住院总费用-负面清单费用-起付线）×保底报销比例。

特别提示

● 急诊急救的情形，依据参保患者首诊病历或其他相关证明材料认定。
● 参保人员务工（经商）地、长期居住地，可以依据务工地、经商地、长期居住地提供的劳动合同、居住证或其它工作、生活相关材料认定。

住院分娩报销

住院分娩（含剖宫产）可享受定额补助，补助标准为**800元/次**；妊娠期或分娩期发生的病情严重且费用较高的情形按普通住院政策执行，不再享受定额补助。轻微并发症或合并症仍执行定额补助政策。

意外伤害

意外伤害住院不实行即时结报。

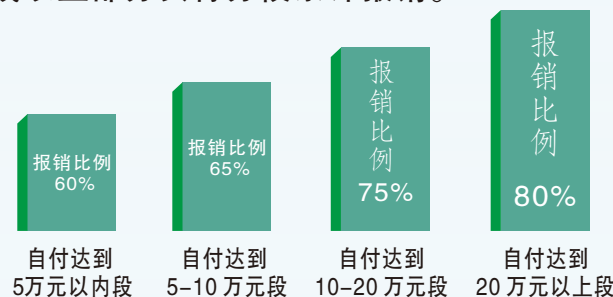
- ◆ 明确有他方责任的意外伤害住院医药费用不予报销；
- ◆ 明确无他方责任的意外伤害住院医药费用按普通住院待遇报销；
- ◆ 无法确定他方责任的意外伤害住院政策内医药费用起付线以上部分按**50%**予以报销。
- ◆ 因见义勇为或执行救灾救援等公益任务而负伤住院，按普通住院报销政策执行。申请报销者须提供县级或县级以上政府相关部门出具的情节证据，意外伤害的后续治疗，在第一次治疗费用经基本医疗保险给予报销的前提下，仍然执行首次意外伤害报销类别。

基本医疗保险封顶线

一个保险年度内，居民医保基金报销额度实行累计封顶，**封顶线25万元**。

城乡居民大病保险

普通居民大病保险起付线为：**1.5万元**，普通居民大病保险起付线以上部分实行分段累计报销。



★ 大病保险报销金额=（参保患者住院及门诊慢特病医疗费用经基本医保报销后年度累计自付费用-大病保险负面清单费用-基本医保起付线-大病保险起付线）×分段报销比例。

★ 普通居民大病保险封顶线：省内医疗机构**30万元/年**，省外医疗机构**20万元/年**，不叠加计算。一个保险年度内，大病保险合规可报销费用中既含省内医疗机构医药费用，又含省外医疗机构医药费用的，执行省内医疗机构封顶线政策即**30万元/年**。

咨询电话：0563-4037662(居民) 0563-4033853(职工)
投诉、举报电话：0563-4017220



城乡居民基本医疗保险 和大病保险

政策宣传



宁国市医疗保障局
宁国市民生办
二零二二年四月制

基金征缴

参保范围

凡未参加职工基本医疗保险(以下简称“职工医保”),且符合下列条件之一的人员,应当参加城乡居民医保:一是本市户籍居民;二是本市常住人口,在原籍未参加基本医疗保险的人员和其未成年子女;三是各类在校学生;四是持永久居住证的外籍人员,随在本市工作外籍人员共同生活的未成年子女。

征缴标准

城乡居民医保基金实行政府补助和个人缴费相结合,宣城市内统一征缴标准。**2022保障年度个人参保费用320元/年,筹资总额900元/年。**

对象	缴费标准	待遇享受日期	等待期
3个月(含3个月)新生儿	个人参保费用	自出生之日起	无
3个月以上新生儿	筹资总额	自出生之日起	无
当年退出现役的军人及随迁的由部队保障的随军未就业配偶	个人参保费用	自退出现役的军人报到之日起	无
当年动态新增的特殊群体	个人参保费用	自参保缴费次日起	无
职工医保中断不超过3个月参保对象	筹资总额	缴费次日起	无
职工医保中断超过3个月参保对象	筹资总额	缴费次日起	三个月
刑满释放不超过3个月人员	筹资总额	缴费之日起	三个月
刑满释放超过3个月人员	筹资总额	缴费之日起	三个月

✳原则上不允许重复参保,已在异地参加居民医保或连续稳定参加职工医保的不得重复参加我市城乡居民医保。

待遇享受期

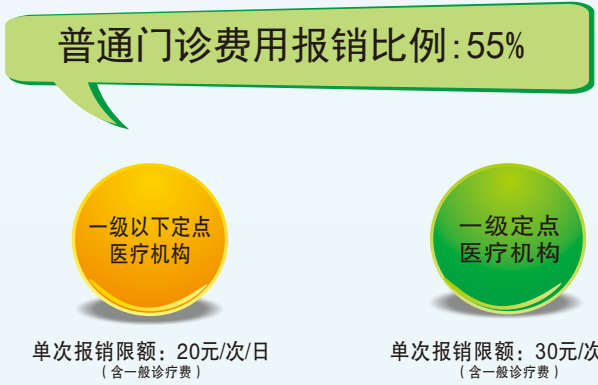
参保人员按时缴费的,于次年1月1日至12月31日享受医保待遇。
参保人员在待遇享受期内实现就业并参加职工医保或因其他原因终止居民医保关系的,自享受职工医保待遇之日或终止居民医保关系之日起不再享受居民医保待遇,已缴纳的居民医保费不予退还。



门诊保障待遇

普通门诊(县域内)

以个人为单位设定普通门诊统筹报销限额,年度报销限额为**150元/人**,以个人为单位使用,家庭成员间不可统筹使用。



常见慢性病门诊

起付线:**200元/年**
报销比例:**省内**医疗机构发生的常见慢性病门诊医药费用报销比例为60%;**省外**一级及以上医疗机构发生的常见慢性病门诊医疗费用报销比例为50%。
报销限额:**2500元/年**,患两种及以上慢性病的,每增加一个病种,年最高限额增加**500元**,同一慢性病人年最高限额**4500元**。

常见门诊慢性病病种(42)种					
序号	病种	序号	病种	序号	病种
1	高血压	15	结核病	29	结节性多动脉炎
2	心功能不全	16	特发性血小板减少性紫癜	30	脑瘫
3	冠心病	17	系统性硬化症	31	黄斑性眼病
4	脑卒中	18	晚期血吸虫病	32	自身免疫性肝病
5	慢性阻塞性肺疾病	19	银屑病	33	慢性肾脏病
6	溃疡性结肠炎	20	白癜风	34	肺动脉高压
7	克罗恩病	21	艾滋病	35	阿尔茨海默病(老年痴呆)
8	糖尿病	22	白塞氏病	36	先天性免疫蛋白缺乏症
9	甲状腺功能亢进症	23	强直性脊柱炎	37	特发性肺纤维化
10	甲状腺功能减退症	24	支气管哮喘	38	肢端肥大症
11	癫痫	25	肾病综合征	39	多发性硬化
12	帕金森综合症	26	多发性肌炎	40	青光眼
13	类风湿性关节炎	27	皮炎	41	重度特应性皮炎
14	重症肌无力	28	干燥综合征	42	ANCA相关血管炎

特殊慢性病门诊

特殊慢性病**省内**医疗机构发生的特殊慢性病门诊医药费用按当次就诊医疗机构普通住院政策报销。**省外**一级及以上医疗机构发生的特殊慢性病门诊医药费用,起付线设定为**2000元/年**,报销比例**65%**,保底报销比例**45%**。年度内按就诊最高类别医疗机构计算**1次**起付线。

门诊特殊慢性病(21)种					
序号	病种	序号	病种	序号	病种
1	再生障碍性贫血	8	血管支架植入术后	15	慢性丙型肝炎
2	白血病	9	肝硬化	16	肌萎缩侧索硬化症
3	血友病	10	肝豆状核变性	17	骨髓增生性疾病
4	恶性肿瘤	11	系统性红斑狼疮	18	精神障碍
5	慢性肾衰竭(尿毒症期)	12	骨髓增生异常综合症	19	生长激素缺乏症
6	器官移植术后	13	心脏冠脉搭桥术后	20	普拉德-威利综合征
7	心脏瓣膜置换术后	14	慢性乙型肝炎	21	尼曼匹克病

取消纸质慢性病就诊证,申请人携带半年内申请病种相关材料到市内二级以上医疗机构(宁国市人民医院、宁国市中医院、宁国健民医院、宁国骨科医院)进行认定,由定点医疗机构医保科受理、组织专家鉴定。经认定符合条件的参保人员,**自申请认定通过**起享受门诊慢特病保障待遇。

大额门诊报销

建立大额门诊医药费用报销制度:一个参保年度内,所患疾病不属宣城市居民医保慢性病规定病种范围的患者,个人在医疗机构发生的合规门诊医药费用核算后达到**3000元**以上的,超出部分按**30%**予以报销,封顶额**3000元/年**。

两病门诊报销

居民医保参保人员经宣城市**一级及以上**定点医疗机构中具有“两病”诊断资质的医疗保障协议医师诊断,明确患有高血压、糖尿病确需采取药物治疗的患者,享受城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障政策。



“两病”门诊报销不设起付线,在本市范围内**二级及以下**定点基层医疗机构发生的“两病”门诊政策范围内药品费用由统筹基金支付,支付比例为**55%**。
“两病”支付限额含普通门诊统筹报销限额,同时患有“两病”,支付限额累计为850元/人/年。