

濮阳市职工基本医疗保险门诊共济政策

一、普通门诊统筹待遇

参加职工医保并在待遇享受期内的人员,按规定享受职工医保普通门诊统筹保障待遇。在一个自然年度内,参保人员在定点医疗机构门诊就医,统筹基金报销设立起付标准、报销比例和最高报销限额。

(一)一级及以下定点医疗机构不设起付标准,报销比例为60%;二级定点医院起付标准为每次30元,报销比例为60%;三级定点医院起付标准为每次50元,报销比例为50%。退休人员的报销比例提高10%。

(二)在职职工年度最高报销限额为1500元,退休人员年度最高报销限额为2000元,且

不计入职工医保统筹基金年度最高报销限额。

(三)当日(24小时)内在同一定点医疗机构多次就诊,只计算一次起付标准。

二、个人账户资金使用范围

(一)报销参保人员在定点医药机构发生的政策范围内自付费用。

(二)参保职工及其配偶、父母、子女在医保定点医院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、医用耗材发生的由个人负担的费用。

(三)用于配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险和本人参加职工大额医疗费用补助等的个人缴费。

(四)职工个人账户资金不得用于报销公共卫生费用、体育健身或养生保健消费等不属于基本医保保障范围的费用。

(五)个人账户资金可以结转使用,继承。职工医保关系迁移到其他统筹地区的,个人账户随其医保关系转移划转,不具备转移条件的,可将个人账户余额一次性退还给本人;参保人员死亡时,其个人账户结余资金可一次性支付给合法继承人。

三、门诊共济个人账户绑定

(一)线上:通过微信、支付宝搜索“河南医保”小程序注册登录。

(二)点击“我要办”→“家庭共济服务”→

“家庭信息维护”→“新增家庭信息”如实填写户主信息点击保存即可。

(三)返回办理界面,点击“家庭成员信息维护”→点击“新增人员信息”输入相关信息保存即可。

(四)返回办理界面,点击“家庭成员绑定信息维护”→点击“绑定人员”→输入维护好的家庭成员信息即可进行绑定。

绑定成功后,被绑定人用自己的医保电子凭证在门诊即可刷出来绑定人信息进行使用。

四、医保个人账户共济不成功的原因

(一)家庭共济有两个前提条件:一是共济

的家庭成员仅限于父母、配偶和子女,不包含配偶的父母或其他亲属。二是共济的家庭成员必须参加了基本医保。

(二)共济账户不等同于亲情账户。“亲情账户”与“家庭共济”的功能不同,要解决的问题不同,是两项不同的操作。

“亲情账户”是帮助家人展示医保码,花的是家人的医保额度,与绑定人的个人账户无关。共济账户是把绑定人的医保个人账户额度共济给家人,花绑定人的钱帮家人“买单”。

(三)绑定的共济人个人账户余额为0,不能使用。

(四)不在同一医保统筹区,不能绑定“共济关系”。目前,河南省暂未实现家庭成员间的跨区共济个人账户。

濮阳市基本医疗保险门诊慢性病政策

一、门诊慢性病申请

(一)申请资料:

1.《濮阳市门诊慢特病种待遇认定申请表》(可在申请地点现场领取或“濮阳市医疗保障局”官方网站下载);

2.县二级以上医疗机构近五年内完整的一次住院病历复印件;近六个月内各种与申请病种相关的检查报告单和县二级及以上医疗机构出具的诊断证明书(申请时提供近六个月内完整住院病历复印件的,不再另行提供);

3.社会保障卡、居民身份证等有效身份证件,近期1寸照片2张。

(二)认定机构:全市二级及以上定点医疗机构,各县(区)指定的一级定点医疗机构。

(三)申请时间:特殊病种随时申请,普通病种一般上半月申请。

(四)延期审核:异体器官移植、心脏置换、搭桥、体内支架放置术后和恶性肿瘤3个病种应在《濮阳市基本医疗保险重症慢性病门诊就医证》有效期满15日前进行年度延期审核;其他病种不需延期审核。

二、待遇保障

(一)参保人员发生的门诊慢性病医疗费用符合医疗保险规定的由基本医保统筹基金报销,报销不设起付线,报销比例为居民70%、在职职工75%、退休人员80%,实行限额管理(37种病种及限额见附件1、附件2)。门诊慢性病报销金额与基本医保住院报销金额共用年度最高报销限额。

(二)参保人员可以同时享受两个门诊慢性病种待遇。

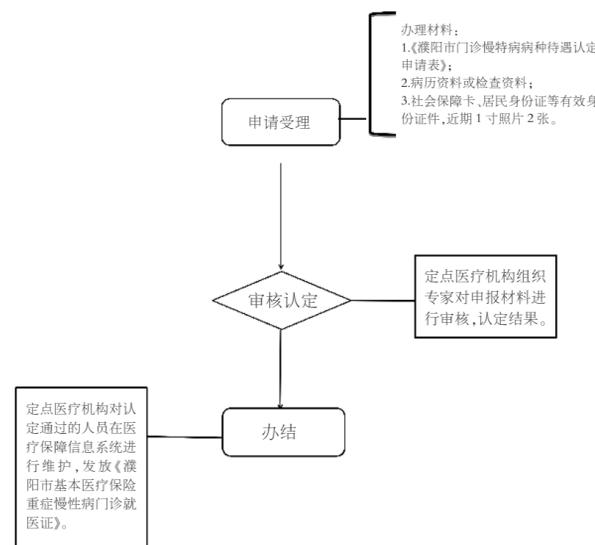
对同一脏器认定有两个病种的,按照限额标准最高的病种核定限额标准;

对不同脏器认定有两个病种的,按照叠加核定的限额标准执行。叠加核定办法:一个最高限额标准的病种按100%核定,一个次高限额标准的病种按50%核定。

(三)参保患者认定有门诊重大疾病(含门诊特药)医保待遇,也认定有不同脏器的门诊慢性病种待遇的,门诊重大疾病(含门诊特药)按规定执行,门诊慢性病种按照限额标准的50%核定。

(四)参保患者通过待遇认定后可自主选择参保地任意一家定点医疗机构作为本人的门诊慢性病就诊地点,原则上一年(自生效之日开始计算)内不得变更。

基本医疗保险参保人员享受门诊慢性病病种待遇认定流程图



附件1

职工医保门诊慢性病各病种限额标准

序号	病种名称	病种类型	月支付限额	序号	病种名称	病种类型	月支付限额
1	异体器官移植	特殊病种	第1年7000元, 2-3年5000元, 3年以上4000元。	18	肺间质纤维化	普通病种	500元
2	心脏瓣膜置换、搭桥、体内支架放置术后(支架/搭桥/球囊)	特殊病种	1年内500元, 1年后200元。	19	干燥综合征	普通病种	500元
3	恶性肿瘤	特殊病种	放疗700元, 非放疗500元	20	结缔组织病	普通病种	500元
4	结核病	特殊病种	200元	21	强直性脊柱炎	普通病种	500元
5	II型糖尿病(胰岛素)	特殊病种	300元	22	糖尿病并发症	普通病种	400元
6	精神分裂症	特殊病种	300元	23	类风湿性关节炎	普通病种	400元
7	分裂情感性障碍	特殊病种	300元	24	抑郁症(中、重度)	普通病种	400元
8	持久的妄想性障碍(偏执性精神病)	特殊病种	300元	25	肝硬化失代偿期	普通病种	400元
9	双相(情感)障碍	特殊病种	300元	26	小儿脑性瘫痪	普通病种	400元
10	癫痫所致精神障碍	特殊病种	300元	27	前列腺增生(中、重度)	普通病种	300元
11	精神发育迟滞伴发精神障碍	特殊病种	300元	28	高血压并发症	普通病种	300元
12	慢性肾功能衰竭(非透析)	普通病种	800元	29	帕金森	普通病种	300元
13	食管增生异常综合征	普通病种	700元	30	慢性心力衰竭	普通病种	300元
14	系统性红斑狼疮	普通病种	700元	31	溃疡性结肠炎	普通病种	300元
15	肾病综合征	普通病种	600元	32	慢性阻塞性肺疾病	普通病种	300元
16	重症肌无力	普通病种	500元	33	急性脑血管疾病后遗症	普通病种	200元
17	痛风	普通病种	500元	34	慢性肺源性心脏病	普通病种	200元
				35	冠心病(非隐匿型)	普通病种	200元
				36	股骨头坏死	普通病种	200元
				37	癫痫	普通病种	200元

附件2

居民医保门诊慢性病各病种限额标准

序号	病种名称	病种类型	月支付限额	序号	病种名称	病种类型	月支付限额
1	异体器官移植	特殊病种	第1年6000元, 2-3年4000元, 3年以上3000元。	18	肺间质纤维化	普通病种	400元
2	心脏瓣膜置换、搭桥、体内支架放置术后(支架/搭桥/球囊)	特殊病种	1年内400元, 1年后200元。	19	干燥综合征	特殊病种	400元
3	恶性肿瘤	特殊病种	放疗500元, 非放疗300元	20	结缔组织病	特殊病种	400元
4	结核病	特殊病种	200元	21	强直性脊柱炎	特殊病种	350元
5	II型糖尿病(胰岛素)	特殊病种	200元	22	糖尿病并发症	特殊病种	300元
6	精神分裂症	特殊病种	200元	23	类风湿性关节炎	特殊病种	300元
7	分裂情感性障碍	特殊病种	200元	24	抑郁症(中、重度)	特殊病种	300元
8	持久的妄想性障碍(偏执性精神病)	特殊病种	200元	25	肝硬化失代偿期	特殊病种	300元
9	双相(情感)障碍	特殊病种	200元	26	小儿脑性瘫痪	特殊病种	300元
10	癫痫所致精神障碍	特殊病种	200元	27	前列腺增生(中、重度)	特殊病种	200元
11	精神发育迟滞伴发精神障碍	特殊病种	200元	28	高血压并发症	特殊病种	200元
12	慢性肾功能衰竭(非透析)	普通病种	600元	29	帕金森	特殊病种	200元
13	食管增生异常综合征	普通病种	500元	30	慢性心力衰竭	特殊病种	200元
14	系统性红斑狼疮	普通病种	500元	31	溃疡性结肠炎	特殊病种	200元
15	肾病综合征	普通病种	400元	32	慢性阻塞性肺疾病	特殊病种	150元
16	重症肌无力	普通病种	400元	33	急性脑血管疾病后遗症	特殊病种	150元
17	痛风	普通病种	400元	34	慢性肺源性心脏病	特殊病种	150元
				35	冠心病(非隐匿型)	特殊病种	150元
				36	股骨头坏死	特殊病种	150元
				37	癫痫	特殊病种	150元