目录

门诊特殊慢性病医保报销流程 1

城镇职工、城乡居民基本医疗保险待遇 3

职工医保生育保险医疗待遇 5

贫困人口入、出院医保报销流程 6

# 门诊特殊慢性病医保报销流程

只针对于所办理的慢性病种才能够报销，用药与诊断相符，和病种无关的检查和药品不给予报销。开具处方：特殊慢性病种的药品、检查应与非特殊慢性病种分开开。原则上开药量为1个月，对确有需要的慢性病参保人员，经诊治医生评估后，一次处方药量可在遵循医嘱的条件下延长至12周，医保可实行按长期处方结算。

挂号→就诊（出示慢性病卡）→医生经诊治后，开具慢性病电子处方→医疗服务监督窗口审批（政策范围内给予报销，审批不通过告知病人自费）→缴费（至人工窗口出示医保卡或医保电子凭证进行医保报销）

门诊特殊慢性病病种及医保支付

（一）城镇职工门诊特殊慢性病

1、**第一类6种**：慢性肾功能衰竭（尿毒症期）、器官移植后抗排斥治疗，恶性肿瘤，精神病，血友病、地中海贫血（含输血）。个人账户用完后直接进入统筹基金，由统筹基金报销85%；

2、**第二类20种**：系统性红斑狼疮，重症肌无力，系统性硬皮病，再生障碍性贫血，帕金森氏综合症，冠心病，脑溢血、脑梗塞、脑血栓形成，慢性活动性肝炎、肝硬化（失代偿期）,慢性阻塞性肺气肿、高血压Ⅲ期、糖尿病合并症，结核病，慢性心功能衰竭（心脏合并心功能不全Ⅱ级以上），慢性房颤，心肌病（原发性），慢性支气管炎，慢性支气管哮喘，慢性肾病，癫痫，血吸虫病。个人账户用完后个人先自付700元，700元自付段以上部分由统筹基金报销75%；

患有Ⅲ期以下（不含Ⅲ期）的高血压、无合并症的糖尿病参保人员，个人账户用完后个人先自付1000元，1000元自付段以上部分由统筹基金报销65%。

（二）城乡居民门诊特殊慢性病

**医疗待遇：**门诊特殊慢性病执行住院医疗起付标准和报销比例，其中：年度内最高支付限额I类为10万元；II类为5000元；与住院统筹基金最高支付限额合并计算。

1、门诊特殊慢性病：城乡居民门诊特殊慢性病病种原则上暂定27种，分二类。

I类，8种：(1)恶性肿瘤;(2)系统性红斑狼疮;(3)再生障碍性贫血;(4)帕金森氏综合症;(5)慢性肾功能衰竭（尿毒症期);(6)器官移植后抗排斥治疗;(7)地中海贫血(含输血);（8)血友病。

II类，19种：(9)精神病;(10)高血压病;(11)糖尿病;(12)结核病;(13)冠状动脉粥样硬化性心脏病（冠状支架植入术后);(14)慢性心功能衰竭（心脏合并心功能不全2级以上);(15)慢性房颤;(16)心肌病（原发性);(17)慢性肝炎;(18)慢性支气管炎;(19)慢性阻塞性肺疾病;(20)慢性支气管哮喘;(21)肝硬化;(22)慢性肾病;(23)脑卒中后遗症;(24)癫痫;(25)重症肌无力;(26)血吸虫病;(27)儿童生长激素缺乏症。

江西省医疗保障局关于印发《江西省门诊慢性病、特殊病医疗保障管理办法》（以下简称《办法》），自2024年1月1日起正式施行。

《办法》规定Ⅰ类、Ⅱ类门诊慢特病不设起付线，并按照就诊医疗机构住院报销比例执行；一个Ⅱ类或者多个Ⅱ类门诊慢特病年度基金最高支付限额由各统筹区医疗保障行政部门确定。

# 城镇职工、城乡居民基本医疗保险待遇

**一、职工医保普通门诊费用报销**

参保人员在定点医疗机构发生的符合国家和省规定的药品、医用耗材和医疗服务项目范围内的普通门诊医疗费用纳入统筹基金支付。一个自然年度内，统筹基金按下列规定支付：

（一）普通门诊统筹的起付标准为：300 元。

（二）政策范围内支付比例按照医疗机构等级设置为：三级55%，享受职工医保退休待遇的人员支付比例提高 5 个百分点,为60%。

（三）最高支付限额 2000 元；享受职工医保退休待遇的人员年度最高支付限额3000 元。

**二、住院医疗待遇（含生育医疗待遇）**

**（一）城镇职工基本保险住院医疗待遇**

起付标准：三级定点医院800元。治疗精神病发生的住院医疗费用报销不设起付线；恶性肿瘤放化疗发生的医疗费用报销在一个自然年度内第二次住院起不设起付线。在本市范围内年度内两次以上住院起付标准逐次降低100元，但起付标准最少不低于100元。

报销比例：三级定点医疗机构为85%,年度内统筹基金最高支付限额为10万元。

参保职工发生的超过城镇职工基本医疗保险统筹基金年度累计最高支付限额的，且符合城镇职工基本医疗保险支付范围的医疗费用进入大病补偿，由大病保险基金报销90%，年度内累计最高支付限额为40万元。

**（二）城乡居民基本保险住院医疗待遇**

起付标准：三级定点医院600元。

报销比例：三级定点医院60%。城乡居民基本医保年度补偿限额为10万元。

城乡居民大病保险年度限额为30万元，特困人员、低保对象和返贫致贫人口取消年度最高支付限额。城乡居民参保人员在基本医疗保险报销后，年度累计政策范围内个人负担部分医药费超过1.9万元的部分，按60%的比例报销。特困人员、低保对象和返贫致贫人口起付线标准为0.95万元，报销比例为65%。

**三、下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围**

（1）应当从工伤保险基金中支付的；

（2）应当第三人负担的；

（3）应当由公共卫生负担的；

（4）在境外就医的；

（5）按有关规定不予支付的其他情形。

# 职工医保生育保险医疗待遇

**一、职工医保门诊可以享受哪些医疗待遇？**

门诊发生的符合规定的生育医疗费用按以下项目和限额标准纳入统筹基金支付：

产前检查660元/例；宫内节育器放置（取出）术60元/例；避孕药皮下埋植（取出）术60元/例；输精（卵）管结扎术400元/例；刮宫术300元/例；环孕检15元/例。

实际医疗费用低于上述限额标准的据实支付；实际医疗费用高于或等于上述限额标准的，按上述限额标准支付；超出限额标准部分由个人负担。

1. 住院发生的符合规定的生育医疗费用，执行职工基本医疗保险的起付标准、报销比例、年度最高支付限额等有关规定。

# 贫困人口入、出院医保报销流程

贫困人口持“入院卡”至住院服务中心办理入院手续，并提供贫困人口的相关证件

↓

窗口工作人员经认真审核相关证件后，对符合条件的贫困人员无需缴纳住院押金即可住院（先诊疗、后付费）

↓

科室住院

↓

医务人员再次审查核实贫困病人的

相关证件，安排至扶贫病房

↓

医务人员对贫困病人进行诊治

↓

出院至住院服务中心一站式结算(基本医保、大病保险、民政救助等)，贫困病人只需付个人支付部分即可办理出院