**医保(农合）相关须知**

**特别提醒：现因城乡居民医保整合，部分报销政策会有变化，请以医保局文件及通知为准。**

**医保部分：**

**一、门诊政策**

**（一）市级医保门诊起付线标准及享受报销额度：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **人员类别** | **在职标准** | **退休标准** | **每年度可享受额度** |
| 公务员  （普通门诊） | 600元 | 500元 | 5000元 |
| 特殊病种门诊 | 1100元 | 900元 | 1.2万元 |
| 免收起付线 | | 40万元 |
| 居民医保 | 1400元 | | 6000元 |

备注：①免收起付线病种：各类恶性肿瘤、慢性肾功能衰竭、精神分裂症、慢性白血病、器官移植术后抗排异药物治疗、再生障碍性贫血、血友病。

②特殊病种门诊和住院一个自然年度只设一次起付线。

**（二）省本级医保门诊起付线标准及享受报销额度**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **类 型** | **在职标准** | **退休标准** | **每年度可享受额度** |
| 普通卡 | 600元 | 500元 | 5000元 |
| 持慢特病 | 600元 | 500元 | 1万元 |
| 持规定病 | 900元 | 900元 | 30万元 |

备注：省医保特殊病种门诊和住院一个自然年度各设一次起付线。

**二、住院政策**

**（一）市级城镇职工基本医疗保险住院起付线标准**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医院  等级 | 起付标准（元） | | | | | | | |
| 第一次住院 | | 第二次住院（70%） | | 第三次住院（60%） | | 第四次住院及以上（50%） | |
| 在职 | 退休 | 在职 | 退休 | 在职 | 退休 | 在职 | 退休 |
| 三级医院院 | 1500 | 1200 | 1050 | 840 | 900 | 720 | 750 | 600 |

备注：①对持有“恶性肿瘤、慢性肾功能衰竭、精神分裂症、慢性白血病、器官移植术后抗排异药物治疗、再生障碍性贫血或血友病”特殊病种（大病门诊）门诊医疗证的患者，免收住院起付线。

②住院和持《特殊病种门诊症》的参保人员每年收取一次起付线。

**(二)城乡居民基本医疗保险政策（1）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住 院 | 起付线 | 贵州医科大学附属医院、贵州省人民医院：1400元，困难群体（低保户）起付线减半。 |
| 统筹基金支付比例 | 发生的医疗费用除全自费、乙类药品或特殊药品诊疗项目先由个人自付15%部分和起付线后，剩余的医疗费用由统筹基金和参保人员按照分担比例共同支付，三级医院基金支付：60%，二级医院：75%，一级医院：77%。 |
| 年度最高支付限额 | 城乡居民基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额25万元。 |

**城乡居民（一档）大病保险政策（2）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 大病保险起赔标准（元） | 大病保险报销比例 | 大病保险最高支付限额（元） |
| 7000-60000 | 60% | 120000 |
| 60001-90000 | 65% |
| 90001以上 | 70% |

**（三）省本级基本医疗保险住院起付线标准**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医 院  等 级 | 起付标准（元） | | | | | | | |
| 第一次住院 | | 第二次住院 | | 第三次住院 | | 第四次住院及以上 | |
| 在职 | 退休 | 在职 | 退休 | 在职 | 退休 | 在职 | 退休 |
| 三级医院 | 900 | 700 | 700 | 500 | 500 | 300 | 300 | 300 |

**贵州省省级新农合定点医疗机构普通住院补偿政策**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 医疗机构级别 | 起付线（元） | 纳入补偿范围的住院医疗费用（元） | 补偿比例（%） |
| 经转诊 | 省级II类 | 1200 | 5000以下 | 55 |
| 5000以上（含5000） | 65 |
| 非转诊 | 省级II类 | 2000 |  | 30 |

注：各参合地政策略有微调，具体以各参合地医保局发布的政策为准。新农合重大病补偿政策以省新农合相关文件为准。

住院结算科、新农合办双审核后，

由新农合办向参合地合医办申请拨款

患者持预缴款收据、出院记录、疾病证明书、身份证（户口簿）、大病确诊单，到第三住院楼一楼**新农合重大疾病直补窗口**，签署《重大疾病直补协议》，**按重大疾病直补结算，现场报销**

持**发票**在门诊取药、检查及治疗