

# 柞水县医疗保障局文件 柞水县卫生健康局

柞医保发〔2020〕19号



## 柞水县医疗保障局 柞水县卫生健康局 关于印发柞水县城城乡居民医保经办实施 细则的通知

医保事业局、新农合经办中心、各协议医疗机构：

为深入贯彻落实《关于印发城乡居民基本医疗保险待遇清单和门诊慢特病统筹办法的通知》（商医保发〔2020〕50号）文件精神，进一步统一城乡居民医保运作口径，便于日常经办操作，特制定印发《柞水县城城乡居民基本医保经办实施细则》，请遵照执行。



柞水县卫生健康局



柞水县医疗保障局

2020年3月23日

---

抄送：柞水县卫生健康局

---

柞水县医疗保障局

2020年3月23日印发

# 柞水县城城乡居民医保经办实施细则

为进一步统一城乡居民医保运作口径，便于日常经办操作，根据市医保局、财政局、卫健委《关于印发城乡居民基本医疗保险待遇清单和门诊慢特病统筹办法的通知》（商医保发〔2020〕50号），市医保局、财政局、卫健委、市监局《关于印发城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障办法的通知》（商医保发〔2020〕49号）和商洛市医疗保障事业管理局《关于明确新生儿参保及意外伤害报销流程的补充通知》精神，结合我县工作实际，特制定本细则。

## 一、门诊统筹

**（一）普通门诊：**仅限在县内镇卫生院、村卫生室发生的符合规定的门诊费用，纳入本报销范围，不设起付标准。

1. 支付限额：年内每人100元。其中单次（或每日）村卫生室为30元、镇卫生院为50元。

2. 支付比例：村卫生室60%，镇卫生院50%。

3. 经办流程：由就诊的镇卫生院、村卫生室负责在支付限额内即时结算，镇卫生院负责在辖区普通门诊基金支付总额内控制管理；每月由镇卫生院汇总上报县医保经办机构，县医保经办机构与医疗机构实行限额内按月总额控制结算。

**（二）“两病”（高血压、糖尿病）门诊用药保障：**确诊为“两病”但未达到门诊慢特病标准的，在县内本镇卫生院、村卫生室发生的符合基本医保规定的门诊药费，纳入本报销范围，不设起付标准。享受“两病”门诊用药保障的不再享受“普通门诊”统

筹待遇。

1. 支付限额：年内高血压每人每年 200 元，糖尿病每人每年 300 元，同时患有“两病”的每人每年 350 元。

2. 支付比例：“两病”均为 50%。

3. 经办流程

(1) 参保居民持二级及以上医疗机构开具的诊断证明、经执业医师填写的《商洛市城乡居民“两病”鉴定表》(一式三份，空表由各镇卫生院印制，负责向患者发放并指导患者填写、签字、盖章)、治疗方案及处方，在居住地镇卫生院办理“两病”门诊登记建档和定点管理手续，经专家确诊、建档次月起享受“两病”门诊医保待遇。长期在外务工、异地居住的“两病”患者，可在参保地镇办卫生院登记管理，可持居住地定点医疗机构购药发票，回我县县医保经办机构按照规定报销。

(2) 镇卫生院应为符合条件的参保居民办理建档手续，录入患者相关信息，并将诊断证明、治疗方案及处方留存并进行电子化处理，上传医保信息系统。

(3) “两病”门诊支付结算办法，分为个人实时结算和镇村医疗机构按月结算两种。其中：保障对象发生的“两病”门诊药品费用，与镇、村定点医疗机构实时直接结算，患者个人只需支付个人承担的药品费用；医疗机构垫付的“两病”门诊药品费用，由县医保经办机构与医疗机构实行限额内按月据实结算。

(4) 在规定的基本医疗保险等待期内、超过年度报销限额、由公共卫生部门发放的药物费用、其他不符合城乡居民基本医疗保险诊疗规范、药品目录和诊疗项目目录规定的情形，不得享受

“两病”门诊用药保障待遇:

**(三) 门诊慢特病:** 共 22 种。包括: (1)原发性高血压病; (2)糖尿病; (3)慢性阻塞性肺疾病; (4)精神分裂症; (5)恶性肿瘤放化疗之外的门诊治疗; (6)慢性肾功能衰竭腹膜透析、血液透析; (7)器官移植术后服用抗排斥药; (8)白血病; (9)苯丙酮尿症; (10)帕金森病; (11)阿尔茨海默病; (12)尘肺病; (13)脑性瘫痪; (14)血友病; (15)动脉血管内支架植入术后; (16)肝硬化(失代偿期); (17)耐药肺结核; (18)再生障碍性贫血; (19)脑梗塞后遗症; (20)脑出血后遗症; (21)慢性活动性肝炎; (22)系统性红斑狼疮。前 14 种慢特病的治疗有效期为 5 年, 后 8 种慢特病治疗有效期为 1 年。年度内不设起付标准。

1. 支付限额: 按病种不同分别设定, 患有两种及以上慢特病的, 在主要疾病年度限额基础上, 每多一种疾病, 年度基金支付限额增加 380 元, 最多增加 760 元。贫困人口支付限额提高 20%。

2. 支付比例: 符合基本医疗保险政策的费用, 慢性肾功能衰竭腹膜(血液)透析、血友病和耐药肺结核为 70%, 其它病种为 60%。

### 3. 经办流程

(1) 申报及确认程序。参保人员须提供在二级及二级以上定点医疗机构就医确诊为慢性病的相关病案资料(最近一次住院病历复印件、门诊病历或复印件), 并填写《城乡居民医保门诊慢特病鉴定申报表》(一式三份, 空表由县医保经办机构、县医院、县中医院、县精神病院、各镇(中心)卫生院及分院按市上统一模本印制, 负责向患者发放并指导患者填写后到相关医疗机

构签字盖章)后,由所在镇(中心)卫生院及分院负责收集并加注意见后按时间节点统一交县医保经办机构初审汇总。县医保经办机构组织医疗鉴定专家召开审核会议,作出鉴定结论,形成审核意见,审核不符合条件的,及时退回镇(中心)卫生院及分院,由镇(中心)卫生院及分院及时通知申请人并说明原因。申请人对审核结论不服的,可以在5个工作日内向县医保局申请复审。门诊慢特病每年1月上旬、4月上旬、7月上旬、10月上旬各鉴定审核一次,1月上旬鉴定审核的资料需在上年度第四季度提交。

(2)公示。县医保经办机构对经过鉴定专家组审核通过的慢特病患者实行县、镇、村三级公示,公示时间为7天,接受社会监督。

(3)入网确认。县医保经办机构对上报材料经审核、公示无异议后,将符合条件的患者病种和相关信息录入医保门诊慢特病管理系统,并报市医保经办机构备案。同时发放《门诊慢特病治疗通知书》(由各镇(中心)卫生院及分院在县医保经办机构、统一领取《门诊慢特病治疗通知书》并负责通知发放给患者,在发放《门诊慢特病治疗通知书》时,县、镇要制作登记册并做好登记)、发文通知到各镇(中心)卫生院及分院。各镇(中心)卫生院及分院同时按规定做好符合条件的门诊慢特病患者慢病签约服务。

(4)年审管理。参保居民门诊慢特病年审时,各镇(中心)卫生院及分院负责督促患者携带本人社保卡或身份证、《门诊慢特病治疗通知书》、门诊病历等相关材料,按原申报程序申报年审(有效期为五年的五年年审一次,有效期为一年的每年年审一

次，年审在每年1月上旬与一季度的慢特病鉴定审核同步进行)。需要继续治疗的，由县医保经办机构在《门诊慢特病治疗通知书》上签字盖章予以确认，并在医保信息系统中登记标注，继续享受门诊慢特病医保待遇；治疗有效期满未申报年审的视为自动放弃，中止门诊慢特病待遇资格。

(5) 购药。经标注确认、备案的慢特病，凭协议医疗机构具备相关病种诊断资格和开具该病种专业范围内、用药处方权的执业医师或助理执业医师开具的处方或电子处方，在省内定点医疗机构付款购药、索取发票，个人垫付购药资金。每月购药基金支付费用不超过其病种月限额的两倍，同一种药每次购买不超过其病种4周用量。不在协议医疗机构购药及超出基金支付限额的费用，统筹基金不予支付。

(6) 门诊支付结算办法。按照“属地管理、限额支付”的原则，凭社保卡或身份证、结算票据、处方和银行卡复印件，按季或年到镇(中心)卫生院及分院在支付限额内申请报销。患者办理报销手续时，由镇(中心)卫生院及分院负责收集资料并填写《慢特病医疗费用报销登记表》，按时间节点统一提交至县医保经办机构，县医保经办机构汇总后于3月下旬、6月下旬、9月下旬、12月下旬各审核一次，审核合格后，将报销资金按季度拨入患者社保卡或银行卡内。

(7) 符合异地安置规定的参保居民(含学生儿童)，按规定鉴定为门诊慢特病后，在居住地就近选择两家协议医疗机构治疗购药，年度(疗程)治疗费用按规定报销。

(8) 享受门诊慢特病待遇的参保居民，会同协议医药机构

套取居民医保基金者，取消其剩余有效期内门诊慢特病待遇享受资格。情节严重的，按有关规定处理。

## 二、住院统筹

### (一) 支付办法

一是单病种按定额付费。执行市上确定的单病种政策。

二是非单病种按比例支付。非单病种起付线以上、年度付限额以内的政策范围内住院医疗费用，按以下政策支付：

1. 起付标准：市内镇办卫生院、一级医院、二级医院、三级医院分别为 300 元、400 元、800 元(中医医院、妇幼保健院、专科医院 600 元)、1800 元(中医医院、妇幼保健院、专科医院 1400 元)；市外异地就医一级(含镇卫生院)、二级、三级医院分别为 500 元、1500 元(中医医院、妇幼保健院、专科医院 1300 元)、3000 元(中医医院、妇幼保健院、专科医院 2600 元)。

2. 支付比例：在市内一级医院(含镇办卫生院)、二级医院、三级医院分别为 81%、70%、55%；市外一级(含镇办卫生院)、二级、三级医院分别为 70%、60%、45%。无转诊单或备案手续，在市外联网结算协议医院、非联网结算医院发生的住院费用，支付比例分别降低 10%、20%。

基本医疗保险支付费用=政策范围内住院医疗费用×基本医保支付比例。

政策范围内住院医疗费用=住院医疗总费用-目录范围外费用-政策内个人自付费用-基本医保住院起付标准。

**(二) 建档立卡贫困人员：**在规定比例基础上提高 10%。25 种大病，实行单病种付费管理，在二、三级医院住院的政策范围



内费用，支付比例提高到 70%。

**(三) 当年出生的新生儿：**新生儿母亲参加统筹区域内城乡居民医保或职工医保并正常缴费，当年新生儿出生 90 天内凭新生儿户口本原件、复印件及母亲缴费凭证，到新生儿户籍所在地县医保经办机构免费参保登记，自出生之日起享受居民医保待遇，超过 90 天的从登记次月起享受居民医保待遇；新生儿母亲未参加本统筹区域城乡居民医保或职工医保，或者参加本统筹区外城乡居民医保或职工医保的，新生儿须按正常缴费程序办理城乡居民参保登记手续，在出生 90 天内参保登记的，从出生之日起享受医保待遇，超过 90 天的从登记次月起享受医保待遇。

#### **(四) 其他特殊规定**

1. 目录内的中药饮片、中草药、医疗机构中药制剂，支付比例提高 5%，最高不超过 80%。

2. 普通结核病在三级定点医院支付比例提高到 70%；精神类疾病在市外三级综合或专科医院住院执行 2000 元起付标准。

3. 医用材料，政策范围内总费用低于 5000 元（含 5000 元）的，全部纳入支付范围，按规定比例支付；单价在 5000 元以上的超出部分，个人自付 50%后，剩余部分纳入支付范围，按规定比例支付。单次住院支付限额为 6000 元。

4. 单项单次费用在 100 元及以内的检查、治疗，全部纳入支付范围；超出 100 元的特检特治费用按 50%纳入支付范围。

5. 康复、中医适宜技术、理疗项目费用，按 70%纳入支付范围；在非理疗专科的康复理疗费用超过住院总费用 15%的按 15%纳入支付范围；手术及急诊抢救用血全部纳入支付范围，按规定比

例支付，其它用血不予支付。

6. 符合政策的住院分娩，不分医院级别，实行限额支付。顺产、需助产、剖宫产三种情况，每例限额标准分别为 1000 元、1500 元、2000 元。生育多胞胎的，每多生育 1 个婴儿，限额增加 20%。对符合计划生育政策的生育医疗费，不足支付限额的据实支付，超过支付限额部分不予支付。

**(五)就医管理：**实行分级诊疗、双向技术转诊制度。

1. 参保人员就医时，应选择市内基层(二级及以下)医疗机构，当地基层医疗机构无法诊治的，可按规定办理转诊登记。参保人员转市外医疗机构诊治，应由县二级以上(含)医疗机构会诊，属本地无条件治疗的疑难病症，确需转诊的方可外转。

2. 转诊转院均在县级二级定点医院进行电子转诊；暂无电子转诊条件的二级定点医院，办理纸质转诊证明并盖章后，到县医保经办机构进行电子转诊备案，或直接办理电话转诊(电话联系县医保经办机构，告知姓名、二代身份证号或社会保障卡号、诊断结果和拟转入的联网结算定点医院名称，办理电子转诊备案)。

“转诊单”一次一办，三个月内有效，治疗结束时自动终止。

3. 同一疾病二次及以后住院转诊。因同一疾病治疗过程内多次转诊到同一家联网结算定点医院，第二次及以后在住院前电话联系县医保经办机构办理电子转诊，按正常转诊报销。

4. 异地居住一年以上的参保居民，在县医保经办机构申请异地安置就医登记手续后，在居住地联网结算定点医疗机构就医的，按市内医保政策支持待遇。

5. 特殊患者放宽转诊。急性重大传染病，5 周岁及以下儿童、

65 岁以上老人、孕产妇、按限额支付的单病种，病情紧急危重、需及时入院抢救治疗、出据有急诊证明的，手术病人复诊、精神疾病、传染病等在基层医疗机构不具备诊治条件的，到上级协议医院就诊，可免开转诊单，直接到选定的异地联网结算定点医院就医，3 日内电话联系县医保经办机构，告知姓名、身份证号或社会保障卡号、诊断结果和已转入的联网结算定点医院名称，按急诊补办电子转诊，视同正常转诊报销。

6. 白血病、恶性肿瘤术后复诊(限 30 天内)、结核病、重度精神病及眼科患者，到市内三级定点或市外联网结算的医疗机构住院，只需开具首次住院转诊单，后续就诊免开转诊单，使用复印件即可。

7. 异地就医使用就医地目录、执行参保地支付政策、实行就医地管理。按病种付费的病例，执行就医地病种付费标准。

8. 县医保经办机构要将转诊率纳入二级医疗机构年度考核指标，要加强对转诊情况的技术研判，对不符合转诊条件而出具“转诊单”的医疗机构，应按医保政策和协议约定追究责任。

## **(六) 经办流程**

1. 实行基本医保、大病保险、医疗救助“一站式”即时结算，患者只需支付个人承担的费用。

2. 暂时不能提供即时直接结算的，应由县医保经办机构提供费用报销服务，费用报销原则上不得超过 30 个工作日，报销票据需要核查的，应及时告知申报当事人，报销时间可延长 15 天。

到县医保经办机构报销需提供以下材料：

(1) 诊断证明原件；

- (2) 费用总清单原件;
- (3) 住院结算单原件;
- (4) 完整住院病历复印件;
- (5) 转诊单;
- (6) 城乡居民参保凭据;
- (7) 医保证原件;
- (8) 社会保障卡或信用联社“惠农卡”卡号复印件;
- (9) 户口本或身份证原件及复印件;

资料准备齐全后，在县政务服务中心（原县招商楼一楼）城乡居民医保窗口办理报销手续。

3. 意外伤害患者（外伤、烫伤、药物及气体中毒）：在统筹区域内县、镇级医疗机构住院的，由接诊医师负责如实详细记载病案资料，即时录入诊疗信息系统，并于12小时内城乡居民医疗保险结算系统内报告登记，由个人先行垫付住院费用。参保人须在住院48小时内（节假日顺延）到所住医疗机构医保窗口登记并填写《商洛市城乡居民医保意外伤害报销申请表》，完善相关材料，回单位或村委会（社区）加注意见，提供无第三方责任证明，连同首诊医院门（急）诊病历、住院病案首页、个人承诺，一并交县区医保经办机构审核。县区医保经办机构根据《陕西省城乡居民意外伤害医保（新农合）报销管理方案》（陕卫办体改发〔2018〕5号）调查、公示、审核，在《商洛市城乡居民医保意外伤害报销申请表》上填注审核意见。患者持加注县医保经办机构审核意见的《商洛市城乡居民医保意外伤害报销申请表》在医疗机构直接结算；在统筹区域市级及统筹区域外（市外）医疗

机构住院的意外伤害患者，由个人先行垫付住院费，出院后携带门（急）诊病历、住院病历复印件、费用汇总明细、有效票据，到参保所属地医保经办机构领取《商洛市城乡居民医保意外伤害报销申请表》，回单位或村委会（社区）加注意见并出具无第三方责任证明等材料，县医保经办机构经调查审核无第三方责任的，在《商洛市城乡居民医保意外伤害报销申请表》上填注审核意见，办理医疗费用的支付手续。所有意外伤害患者，在各级医疗机构规定报销比例基础上降低 15 个百分点支付。有第三方责任的，不予支付。费用支付后，经群众举报调查确有第三方责任的，由县区医保经办机构依法追回所报销费用。

4. 医疗机构垫付的医疗费，由县医保经办机构每月对账审核结算一次。

### 三、大病保险

**（一）起付标准：**设定为 1 万元，建档立卡贫困人口为 5000 元。一个年度内多次住院，只负担一次起付标准。

**（二）支付限额：**年度内为 30 万元/人，全面取消建档立卡贫困人口支付限额。

**（三）支付比例：**分段计算，1-3 万元支付 60%，3-10 万元支付 70%，10 万元（不含）以上部分支付 80%。建档立卡贫困人口支付比例提高 5%。每次住院单独结付，大病保险基金支付后的剩余部分，年度内再次住院结算时不再累加。

大病保险支付费用=（政策范围内住院医疗费用-基本医疗保险支付费用-大病保险起付标准）×大病保险支付比例。

**（四）经办流程：**同以前年度。

#### 四、医疗救助

**(一) 门诊救助：**重点是因患慢性病需要长期服药或者患重特大疾病需要长期门诊治疗，导致自负费用较高的医疗救助对象。特困人员政策范围内个人自负门诊费用全额救助；城乡低保对象政策范围内个人自负门诊费用，年度内未住院的，救助 50%，日常门诊、重特大疾病每人每年限额分别为 1000 元、5000 元；特定救助对象政策范围内个人自负门诊费用，年度内未住院的，救助 20%，日常门诊、重特大疾病每人每年限额分别为 300 元、1000 元；其他对象不享受门诊医疗救助。

**(二) 住院救助：**特困人员 100% 救助；城乡低保对象救助 70%，年度累计支付限额 1.5 万元(重特大疾病 3 万元)；低收入对象、特定对象救助 50%，年度累计支付限额 1.2 万元(重特大疾病 2 万元)；因病致贫对象重特大疾病救助 30%，年度累计支付限额 1.5 万元。

医疗救助支付费用=(政策范围内住院医疗费用-基本医疗保险支付费用-大病保险支付费用+基本医保住院起付标准+大病保险起付标准) × 医疗救助支付比例。

**(三) 建档立卡贫困人口：**政策范围内住院医疗费用按基本医疗保险(第一重保障)、大病保险(第二重保障)、医疗救助(第三重保障)的顺序，依次递进支付结算，“三重保障”后的总支付比例，控制在 80-85% 以内(特困人员除外)。政策范围内医疗费用支付比例，在任何一重保障达到 80% 以上的，不再启动后续保障。

政策范围内住院支付比例=(基本医疗保险支付费用+大病保险

支付费用+医疗救助支付费用)/政策范围内住院医疗费用。

**(四) 按病种付费：**住院费用纳入大病保险和医疗救助支付范围，审核时也不再审核“一日清单”等收费明细单，只需根据病种的定额标准，凭出院结算发票中超过大病保险起付标准的个人自付部分直接按支付比例进行支付。

**(五) 经办流程：**同以前年度。

## 五、待遇项目

### (一) 药品目录

1. 范围：统一执行《国家医保局人力资源社会保障部关于印发〈国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录〉的通知》(医保发〔2019〕46号)中的药品品种。

2. 价格及支付标准：医保报销药品价格按照挂网招采价格零加成执行。

3. 甲类药品零差率销售价格全额纳入基本医保支付范围，按规定比例支付。乙类药品零差率销售价格在5000元以内的(含5000元)90%纳入支付范围，按规定比例支付；5000元以上的，50%纳入支付范围，分段计算。

4. 国家医保局谈判药品依照谈判价格，住院按40%纳入支付范围，按规定比例支付；门诊慢特病在年度限额内按30%支付。

### (二) 基本医保诊疗项目和医疗服务设施范围

严格执行陕西省医疗服务项目价格相关规定，参照现行职工基本医疗保险使用的医疗服务设施范围及诊疗服务项目目录执行。不得更改、串换、增减项目，不得提高价格，不得违犯省级以上医保诊疗服务设施管理及药品价格规定。

### **(三) 居民医保不予支付的费用包括**

1. 应当从工伤保险基金中支付的。
2. 应当由第三人负担的。
3. 应当由公共卫生负担的。
4. 在境外就医的。
5. 体育健身、养生保健消费、健康体检。
6. 不符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目范围、医疗服务设施标准所规定项目范围的（国家另有规定的除外）。
7. 国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

以上政策自 2020 年 1 月 1 日起执行，由县医保经办机构负责解释。

- 附：1. 《城乡居民医保门诊慢特病鉴定申报表》；  
2. 《城乡居民医保“两病”鉴定表》；  
3. 《城乡居民意外伤害医保报销申请表》；  
4. 《城乡居民医保门诊慢特病基金支付限额表》。



附件 1:

## 城乡居民医保门诊慢特病鉴定申报表

县区\_\_\_\_\_镇办\_\_\_\_\_村(社区)

姓名		性别		年龄		社区		申请 时间	
身份证号		申请 病种				联系 电话			
申请治疗医院									
病情摘要									
初步诊断	主治医师签字: _____ 年 月 日								
医院医保科 意见	签章: _____ 年 月 日								
镇办卫生院 意见	签章: _____ 年 月 日								
县医保经办机 构复审意见	签章: _____ 年 月 日								
专家组鉴定 意见	签章: _____ 年 月 日								

注: 本表一式三份, 县区经办机构、镇办卫生院及本人各一份。

附件 2

## 城乡居民医保“两病”鉴定表

\_\_\_\_\_县\_\_\_\_\_镇（办）\_\_\_\_\_村（社区）

姓名		性别		年龄		申请 时间	
身份证号		申请 病种		联系 电话			
申请治疗医院							
病情摘要							
初步诊断	主治医师签字：_____年 月 日						
医院医保科 意 见	签章：_____年 月 日						
县医保经办机 构复审意见	签章：_____年 月 日						

注：本表一式三份，县医保经办机构、镇（办）卫生院及本人各一份。

### 附件 3

## 商洛市城乡居民意外伤害医保报销申请表

参保地：\_\_\_\_\_县（市、区）：\_\_\_\_\_镇（街道）：\_\_\_\_\_村委会（居委会）：\_\_\_\_\_

姓名：	性别：	年龄：	身份证号：
家庭地址：		打工地址：	
受伤时间： 年 月 日 时		受伤地点：	
首次就诊时间：	首诊医疗机构：	现治疗医院：	门诊号： 住院号：
意外伤害发生的具体原因、救助与就诊经过：			
有无责任方（人）：有（ ） 无（ ）		是否参加单位或学校组织的集体活动受伤： 是（ ） 否（ ）	
是否申报工伤：是（ ） 否（ ） 本次外伤是否为已认定的工伤旧病复发： 是（ ） 否（ ）		是否报警：110 是（ ） 120 是（ ） 否（ ） 报警人： 电话：	
交通事故：是（ ） 否（ ） 交通工具：摩托车（ ） 电动车（ ） 自行车（ ） 其他（ ） 交警部门是否处理：是（ ） 否（ ）		书写人签字： 与伤者关系： 联系电话： 年 月 日	
本人确认上述情况属实，如有不实，愿承担一切责任，并退回报销资金。 签字： 年 月 日			
外伤专科记录：		诊断：	
外伤原因是否属实：		首诊医师签字：	
单位或村委会（社区）审核意见： 签字： 单位盖章 年 月 日		协议医疗机构医保办审核意见： 主任签字： 医保办盖章 年 月 日	
基本医疗保险经办机构审核意见： 签字： 单位盖章 年 月 日			

注：昏迷者及无民事行为能力的人可由法定代理人确认，并注明关系。本表一式三份，医院、医保经办机构和患者各执一份。办理审核时务必携带急诊病历及相关资料（公安、单位、街道等部门证明），受伤地点须注明何种场所。

附件 4

## 城乡居民医保门诊慢特病基金支付限额表

序号	病种名称		年度基金支付 限额（元/年）	基金支付范围	备注
1	帕金森病		1200		① 慢性肾功能衰竭腹膜（血液）透析、血友病和耐药肺结核按 70% 支付，其它病种按 60% 支付基金。 ② 患者治疗费用不分多少，必须以有效票据中政策范围内的实际费用为基数，按规定比例支付基金，且不超过基金支付限额。
2	阿尔茨海默症		1200		
3	原发性高血压病(限三级)		1800		
4	脑梗塞后遗症		2200		
5	脑出血后遗症		2200		
6	系统性红斑狼疮		2200		
7	糖尿病(限伴有并发症)		2400		
8	再生障碍性贫血		2400		
9	慢性阻塞性肺疾病		2400		
10	慢性活动性肝炎		3000		
11	精神分裂症		3000		
12	耐药肺结核		初治 3000 复治 4000		
13	尘肺病		2100		
14	脑性瘫痪		4800		
15	肝硬化（失代偿期）		5000		
16	动脉血管内支架植入术后		6000(仅限支架术后第一年必须的辅助药物治疗)		
17	器官移植术后抗排斥治疗		术后第一年 16000，以后 12000		
18	白血病		10000		
19	恶性肿瘤门诊放化疗		10000(按住院标准结算支付，患者每年承担一次起付标准费用)		
20	慢性肾功能衰竭	腹膜透析	10000	含住院透析费用	
		血液透析	50000	含住院透析费用	
21	苯丙酮尿症 (PKU)	4 岁以下(含)	10000		
		4-15 岁(含)	12000		
		15-18 岁(含)	14000		
22	血友病	7 岁以下(含)	28000		
		7 岁以上(不含)轻型	35000		
		7 岁以上(不含)中型、重型	56000		