



# 医保政策宣传手册



国家医保服务平台



巴中医保微信公众号

巴中市医疗保障局

2025年11月



# 编印说明

医疗保障是减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定的重大制度安排。习近平总书记指出：“我们建立全民医保制度的根本目的，就是要解除全体人民的疾病医疗后顾之忧。”近年来，我国加快推进医保治理体系和治理能力现代化，坚持呵护“小的”、照顾“老的”、保障“病的”、支持“新的”、挤压“虚的”、打击“假的”，建立起全世界规模最大的医疗保障网，医疗保障制度日益健全，群众就医用药负担持续大幅减轻，全民健康水平显著提升。

为了让更多人了解医保工作并成为医保政策明白人、宣传员，更好地让医保制度惠及民生，巴中市医疗保障局对国省市医保政策规定进行梳理，特编印该手册，内容包括医保政策综合、职工医保、城乡居民医保、慢特病与“两病”、谈判药品和高值药品、医疗救助、就医费用报销“一件事”七个章节，为党政领导干部了解、关心、决策医保工作提供依据，为医保系统、医药机构、参保单位及个人查询、办理医保业务提供操作指南。该手册政策内容为印发前规定，若印发后国省市有新规定则按新规定执行。

2025年11月



# 目 录

第一章 医保政策综合.....	1
第二章 职工医保.....	15
第三章 城乡居民医保.....	29
第四章 门诊慢特病和“两病”.....	41
第五章 谈判药品和高值药品.....	65
第六章 医疗救助.....	68
第七章 “就医费用报销一件事”政策解答.....	72



# 第一章 医保政策综合类

## 一、医疗保险制度

医疗保险（以下简称“医保”）制度是指一个国家或地区按照保险原则为解决社会大众防病治病问题筹集、分配和使用医疗保险基金的制度。

**我国的基本医疗保险制度分为职工基本医疗保险制度和城乡居民基本医疗保险制度。**

## 二、基本医保制度的原则

《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）规定：坚持应保尽保、保障基本、依法覆盖全民、尽力而为、量力而行，实事求是确定保障范围和标准。坚持职工和城乡居民分类保障，待遇与缴费挂钩，基金分别建账、分账核算。统一基本医疗保险统筹层次、医保目录，规范医保支付政策。

## 三、参加基本医保的法律规定

《中华人民共和国社会保险法》第二十三条规定：职工应当参加职工基本医疗保险，由用人单位和职工按照国家规定共同缴纳基本医疗保险费。无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工基本医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员可以参加职工基本医疗保险，由个人按照国家规定缴纳基本医疗保险费。

**《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》第八十二条规定：**公民有依法参加基本医疗保险的权利和义务。用人单位和职工按照国家规定缴纳职工基本医疗保险费。城乡居民按照规定缴纳城乡居民基本医疗保险费。

#### **四、医疗保障待遇清单制度**

《国家医疗保障待遇清单制度》规定：**基本医保制度**包括基本医疗保险、公务员医疗补助、职工大额医疗补助、城乡居民大病保险和医疗救助。

各地在基本制度框架之外不得新设制度，未经批准不得出台超出清单授权范围的政策。统一制定特殊人群保障政策，实施公平适度保障，纠正过度保障和保障不足问题。地方不得根据职业、年龄、身份等自行出台特殊待遇政策。

#### **五、医保基金支付范围的规定**

基金支付范围包括以准入法和排除法确定的药品医用耗材目录和医疗服务项目支付范围。即《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、《四川省基本医疗保险诊疗项目目录》、《四川省基本医疗保险医疗服务设施项目范围》和《四川省医用耗材、民族药、中药饮片、医院制剂》规定内容。

国家统一制定国家基本医疗保险药品目录，各地严格按照国家基本医疗保险药品目录执行，除国家有明确规定外，不得自行制定目录或用变通的方法增加目录内药品。

基本医疗保险、大额医疗补助、公务员医疗补助、城乡居

民大病保险、医疗救助都按照规定的药品、医用耗材和医疗服务项目支付范围支付。

## **六、医保基金不予支付的规定**

(一) 应当从工伤保险基金中支付的。

(二) 应当由第三人负担的。

(三) 应当由公共卫生负担的。

(四) 在境外就医的。

(五) 体育健身、养生保健消费、健康体检。

(六) 国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。遇对经济社会发展有重大影响的，经法定程序，可做临时调整。

## **七、我市现有医疗保险险种**

(一) **医保部门实施的有：**基本医疗保险、大病保险与医疗救助。

(二) **商业保险公司实施的有：**“巴惠保”等其他健康保险产品。

## **八、职工基本医保制度**

职工基本医保制度指的是所有企业、机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位及其职工、无雇工的个体工商户、非全日制从业人员以及其他灵活就业人员参加的一种基本医疗保险制度。

## 九、职工医保险种

**（一）职工基本医保（含生育医疗保险）。**为参保职工提供公平可及的基本医疗保障。

**（二）公务员医疗补助。**参加职工基本医疗保险并由各级财政预算公务员医疗补助资金的人员，享受公务员医疗补助待遇。

**（三）职工大额医疗费用补助。**对参保职工发生的符合规定的高额医疗费用给予进一步保障。

**（四）医疗救助。**对参加职工医保困难职工中符合医疗救助人员发生的医疗费用按规定予以报销。

## 十、职工医保基金的筹集

医保基金由个人、用人单位按月共同缴纳或由个人按月全部缴纳，财政不投入。

## 十一、职工医保待遇

基本医疗保险、生育医疗保险、公务员医疗补助、大额医疗补助、医疗救助、门诊统筹、个人账户、门诊慢特病待遇、“两病”报销。

## 十二、城乡居民基本医保制度

城乡居民医保制度指的为未参加职工医保的城乡居民提供基本医疗保障的制度安排。

## 十三、城乡居民医保险种

**（一）城乡居民基本医疗保险。**为参保居民提供公平普惠的基本医疗保障权益。

**（二）城乡居民大病保险。**对居民医保参保患者发生的符合规定的高额医疗费用给予进一步保障。

**（三）医疗救助。**对参加城乡居民医保人员中符合医疗救助人员发生的医疗费用按规定予以报销。

#### **十四、城乡居民医保基金的筹集**

由城乡居民个人缴费与财政补助相结合，其中财政补助为主，个人缴纳为辅。个人缴费实行集中缴费期征收，一年缴一次。个人缴费标准一直执行财政部、国家医保局、国家税务总局出台的最低缴费基数。

针对特困人员、孤儿等特殊对象按国家规定实行参保资助政策。

#### **十五、城乡居民医保待遇**

基本医疗保险、生育医疗保险、大病保险、医疗救助、门诊统筹、门诊慢特病待遇、“两病”报销。

在乡镇卫生院、社区卫生服务中心和村卫生室门诊就医免缴一般诊疗费包含的挂号费、诊查费、注射输液费、药事服务成本费。

#### **十六、医疗救助制度**

指通过政府拨款和社会捐助等多渠道筹资建立基金，保障参保人员中困难群众基本医保权益的基本性制度安排，包括资助参加城乡居民医保和参保人员政策范围内自付医疗费用报销。

我市医疗救助基金由国、省、市、县（区）财政共同筹集。其中国省投入为主，市、县（区）财政按参加职工和城乡居民医保总人数分别配套 3 元/年.人和 17 元/年.人。

## **十七、长期护理保险制度**

长期护理保险制度是一种社会保障制度，通过国家和个人共同筹资为年老、疾病或伤残而需要长期照顾的被保险人提供护理服务费用补偿。具体规定在实施时出台。

根据国省文件和省级统筹要求，我市将在 2028 年实施长期护理保险制度。

## **十八、大中专学生参保规定**

大中专学生原则上应在学籍地参加居民医保。大学生新生在学籍地入学时可按学制一次性趸缴城乡居民医保费，学制年度内，调整个人缴费标准的，个人不再补缴。若大中专学生为特殊人口，可以选择在特殊人口身份认定地参保。因入学形成的重复参保，学籍地医疗保障部门应依托全国信息平台参保功能模块，及时通知原参保地医疗保障部门终止参保关系。就业后形成的重复参保，就业地医疗保障部门应依托全国信息平台参保功能模块，及时通知原学籍地医疗保障部门暂停参保关系。

## **十九、参保当年退役军人、刑满释放等人员参保缴费规定**

答：退役军人、刑满释放人员等实现就业的，参加职工医疗保险，待遇享受时间按职工医保政策规定；未就业的，在户

籍地参加城乡居民医保，按当年缴费标准缴费，自参保缴费之日起享受医保待遇。

## **二十、港澳台居民在内地（大陆）参加医保规定**

根据《香港澳门台湾居民在内地（大陆）参加社会保险暂行办法》规定，港澳台居民在内地（大陆）可以参加基本医疗保险。具体规定是：

在内地（大陆）依法从事个体工商经营的港澳台居民，可以按照注册地有关规定参加职工基本医疗保险。

在内地（大陆）办理港澳台居民居住证的港澳台居民，已就业的可以按照居住地有关规定参加职工基本医疗保险；未就业的可以在居住地按照规定参加城乡居民基本医疗保险。

在内地（大陆）就读的港澳台大学生，按规定参加高等教育机构所在地城乡居民基本医疗保险。

## **二十一、外国留学生参加医保规定**

外国留学生不参加基本医疗保险。外国留学生应按照《高等学校要求外国留学生购买保险暂行规定》要求，选择中国保险监督管理委员会认可的人身险保险公司购买相关的保险险种。

## **二十二、外国人参加医保规定**

外国人在中国境内居住持有《外国人永久居留证》的，已实现就业的参加职工基本医疗保险，未就业的可以参加城乡居民基本医疗保险，并享受相应保险待遇。

## **二十三、重复参保退费时间规定**

参保人在城乡居民医保缴费后，因重复参加职工或城乡居民医保，在城乡居民医保待遇享受期未开始前，可在终止城乡

居民医保参保关系的同时，依申请为个人办理退费。待遇享受期开始后暂停城乡居民医保参保关系的，原则上个人缴费不再退回。

#### **二十四、职工医保和城乡居民医保是否可以同时参加**

不可以。参保人只能参加其中一种险种，既不能同时参加两种基本医疗保险，也不能同时享受两种医保待遇。

#### **二十五、基本医疗保险参保长效机制**

建立城乡居民医保连续参保和基金零报销人员大病保险报销待遇激励机制；对中断参保人员设置待遇等待期和降低大病保险待遇的约束机制。

#### **二十六、跨制度参保的待遇衔接规定**

参保人已连续2年（含2年）以上参加基本医疗保险的，因就业等个人状态变化在职工医保和城乡居民医保间切换参保关系的，且中断缴费时间不超过3个月的，从缴费之日起即可享受转入险种的医保待遇；中断缴费时间超过3个月的，自转入之日起，设置6个月的待遇享受等待期，待遇享受等待期满后享受转入险种的医保待遇。

#### **二十七、异地就医备案办理**

参保人员因病在异地定点医疗机构就医的，出院结算前应向参保地医保经办机构申报备案。备案方式有：

**线上备案渠道：**国家医保服务APP、国家异地就医备案小程序，国务院客户端小程序，四川医保APP，四川医保公共服务平台小程序。

**线下备案渠道：**参保地医保经办机构窗口以及乡镇便民服务中心医保窗口。

## **二十八问：长期异地就医备案办理对象**

- （一）异地长期就医人员（如村民长期异地随子女生活）
- （二）常驻异地工作人员
- （三）异地居住退休人员

## **二十九、临时异地就医备案办理对象**

- （一）异地转诊就医人员
- （二）因工作、旅游等原因异地急诊抢救人员（视同已备案，无需单独备案）
- （三）其他临时外出就医人员

## **三十、异地就医备案人员医保待遇报销规定**

- （一）在长期备案地住院，起付线和报销比例与市内同等级医疗机构相同；
- （二）在临时备案地住院，执行市外起付标准，报销比例比市内同等级医疗机构降低 5%；
- （三）非急诊且未转诊的其他临时外出住院人员，执行市外起付标准，报销比例比市内同等级医疗机构降低 10%。

## **三十一、医保码**

医保码，也叫“医保电子凭证”，是国家医保局为参保人颁发的统一信息标识。可不依托医保卡（即“社保卡”），支持跨区域、跨渠道办理看病买药、报销等全流程医保业务。

## 三十二、医保码激活

### （一）国家医保 APP

下载“国家医保服务平台 APP”—点击“医保电子凭证”，如未激活，点击右上角“立即注册”—录入身份信息并通过人脸识别进行身份认证。点击“医保电子凭证”—选择参保地—“立即激活”。

### （二）支付宝

打开支付宝首页点击医疗健康，点击进入医保码页面，阅读并同意用户协议，无需证件刷脸认证身份信息，完成激活医保码。

### （三）微信

第一种：打开微信—点击右下角“我”—“支付”—“城市服务”，点击热门服务中“医保”—选择“医保电子凭证”。如未激活，先点击“激活”—身份验证（输入6位数支付密码）—“授权激活”进行人脸认证激活。

第二种：打开微信搜索“我的医保”公众号，点击菜单栏“医保凭证”—“激活凭证”，进入身份验证（输入6位数支付密码）—“授权激活”进行人脸认证激活。

## 三十三、医保码使用

激活医保码后，打开支付宝或微信点击“医疗健康”或者直接打开国家医保服务平台，点击界面上“医保码”即可快速显示供支付的“医保码”。将医保码对准扫码口即可完成门诊费用、住院费用和个人账户的支付。

## **三十四、医保钱包**

医保钱包是国家医保局为优化营商环境，推进“高效办成一件事”，落实惠民惠企措施，破解职工个人账户跨省共济难题，创新性提出的一种新型医保支付载体。参保人通过开立个人医保钱包实现近亲属之间医保个人账户资金“跨省”共济互转使用功能。

## **三十五、医保钱包的功能**

医保钱包最重要的功能有两个，一个是共济，一个是消费。共济就是共济人（开通医保钱包的参保人）可以将其个人账户或者医保钱包的资金转至配偶、父母、子女等亲属成员的医保钱包中。消费就是医保钱包持有人使用医保钱包中的资金支付医药费用、代缴参加城乡居民医保个人缴费。

## **三十六、医保钱包开通流程**

—点击“医保钱包”—点击“确认使用钱包”—点击“确认使用”—点击“完成”—完成“医保钱包激活开通”。

## **三十七、医保钱包共济转账流程**

打开并登陆“国家医保服务平台”—点击“医保钱包转账申请”—按要求填写收款人信息以及转账金额—确认无误后点击“提交”—选择人脸识别或医保密码验证—转账成功。

## **三十八、“医保钱包”缴纳参加城乡居民医保流程**

打开并登陆“国家医保服务平台”—在服务模块找到“城乡居民医保钱包缴费”并点击进入—按要求填写参保区域以及缴

费年限，点击“缴费信息校验”，并按提示进行操作—缴费成功后查询确认。

### **三十九、药品和医用耗材集中带量采购**

国家组织药品和医用耗材集中带量采购是根据党中央、国务院决策部署，按照“国家组织、联盟采购、平台操作”的总体思路，采取带量采购、量价挂钩、以量换价的方式，与药品和医用耗材生产企业进行谈判，在严格保证质量的前提下，达到降低药品和医用耗材虚高价格，减轻患者医药费用负担。

### **四十、目前我市落地的集采药品和耗材**

**（一）集采药品。**截至目前，我市已落地 29 批次（不含续约）1045 种集采药品，覆盖高血压、糖尿病、肿瘤、心脑血管疾病、肿瘤、心脑血管疾病、精神疾病等众多领域，既包含乳腺癌一线用药盐酸多柔比星脂质体注射液等高值药品，也包含重酒石酸去甲肾上腺素注射液等临床短缺药品。

**（二）集采耗材。**截至目前，我市已落地耗材 28 类，包括冠脉支架、心脏起搏器、人工晶体、骨科创伤、口腔种植体、血液透析类等。

### **四十一、药品比价小程序及使用**

药品比价小程序是由省医保局开发推广的一种帮助用户比较不同药店或平台药品价格的工具。用户通过四川医保 APP、微信、支付宝搜索“四川医保公共服务平台”，点击查看更多，就能看到“定点零售药店比价查询（体验版）”，输入药

品名（如“阿莫西林”），即可查看比价情况，用户可根据自身需求选择最优价格购药。

## 四十二、“四级”医保经办体系建设

全市构建市、县（区）、乡镇（街道）、村（社区）四级医疗保障经办管理体系，大力推进服务下沉，切实做到医保经办有阵地、办事有人员、经费有保障。

目前，我市下沉乡镇（街道）办理事项 18 项，分别是：1 单位参保登记、2 职工参保登记、3 城乡居民参保登记、4 单位参保信息变更登记、5 职工参保信息变更登记、6 城乡居民参保信息变更登记、7 医保电子凭证申领、8 参保单位参保信息查询、9 参保人员参保信息查询、10 异地安置退休人员备案、11 异地长期居住人员备案、12 常驻异地工作人员备案、13 异地转诊人员备案、14 其他临时外出就医人员备案、15 门诊费用报销（资料初审）、16 住院费用报销（资料初审）、17 符合资助条件的救助对象参加城乡居民基本医疗保险个人缴费补贴、18 医疗救助对象手工（零星）报销（资料初审）。

下沉到村（社区）办理事项共 11 项，分别是：1 城乡居民参保登记、2 城乡居民参保信息变更登记、3 职工参保登记（限灵活就业人员）、4 参保单位参保信息查询、5 参保人员参保信息查询、6 异地安置退休人员备案、7 异地长期居住人员备案、8 常驻异地工作人员备案、9 异地转诊人员备案、10 其他临时外出就医人员备案、11 医保电子凭证申领。

### 四十三、医保统筹支付、个人自付、个人自费规定

**医疗总费用=医保统筹（基金）支付+个人自付+个人自费**

**医保统筹支付**是指由医保基金支付参保人员的相关医疗费用，参保人员无需另外支付。

**个人自付**是指医保统筹报销范围内的药品、诊疗和医疗服务设施等，在医保报销后，需要个人支付剩余的费用。

**个人自费**是指医保统筹报销范围外的药品、诊疗和医疗服务设施等，需要个人全额支付。

#### **举个例子：**

张三在市内某乡镇卫生院住院治疗，医药总费用 4500 元。其中符合医保政策报销费用 4200 元，医保目录外不予报销医疗费用 300 元。

张三系我市城乡居民参保人员，按我市住院医疗费用报销政策，乡镇卫生院起付线为 100 元，报销比例为 90%，医保应报销费用= $(4200-100) \times 90\%=3690$  元。

**个人自费**就是医保目录外的医疗费用 300 元；**个人自付**是符合医保政策报销费用经医保报销后，需要自己支付的费用，即  $4200-3690=510$  元。

由此可见，个人自付金额的多少与个人自费金额的多少密切相关。个人自费金额少，个人自付金额就少；个人自费金额多，个人自付金额也就多。

## 第二章 职工医保篇

### 一问：哪些对象应当依法参加我市职工基本医保？

答：本市行政区域内的企业、机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位及其职工应当依法参加我市职工基本医疗保险。

### 二问：哪些对象可以参加我市职工医疗保险？

无雇工的个体工商户、非全日制从业人员以及其他灵活就业人员，可以参加我市职工医疗保险，基本医疗保险费由个人按照规定缴纳。

### 三问：参加职工医保如何申报？

#### （一）单位参保登记

1.办理方式：线下办理。

2.办理地点：参保地医保经办机构。

3.所需材料：统一社会信用代码证书或单位批准成立文件；  
②基本医疗保险单位参保信息登记表；③法人身份证复印件；  
④经办人身份证复印件；⑤职工基本医保参保登记表或单位职工花名册（都需加盖公章）。

4.办理时限：即时办结。

#### （二）灵活就业人员参保登记

1.办理方式：线上办理或线下办理。

①线上办理：通过微信、支付宝小程序“四川医保公共服

务平台”、四川医保 APP 或四川医保公共服务网上服务大厅办理职工基本医保参保登记。

## ②线下办理：

**办理地点：**参保地医保经办机构。

**所需材料：**有效身份证件、《职工基本医疗保险参保登记表》。

**办理时限：**即时办结。

## 四问：职工基本医保缴费如何缴纳？

答：机关、事业单位等在职人员由用人单位和职工个人共同缴纳，个人缴费部分由单位代扣代缴。

灵活就业人员由个人全额缴纳。

失业人员领取失业保险金期间由失业保险经办机构代缴。

## 五问：职工基本医保的缴费费率是多少？

答：用人单位按本单位参保职工个人月缴费基数之和 7%、职工个人按本人上年度月平均工资 2%；灵活就业人员和领取失业保险金的人员按最低缴费基数 9%。

## 六问：初次参加职工基本医疗保险，什么时候能享受基本医疗保险待遇？

答：自在本市参保缴费之日起，6 个月后享受基本医疗保险待遇。

## 七问：职工生育保险费缴费比例是多少？如何征收？

答：由用人单位、个人或失业保险经办机构按职工基本医

疗保险缴费基数中的 0.6% 缴纳。生育保险与职工基本医疗保险合并征缴。

职工个人月缴费基数按本人上年度月平均工资确定，用人单位月缴费基数按本单位参保职工个人月缴费基数之和确定。职工本人上年度月平均工资高于本市职工基本医保最低缴费基数 300% 的，按 300% 确定；低于本市职工基本医保最低缴费基数的，以最低缴费基数为标准。灵活就业人员和失业人员领取失业保险金期间月缴费基数按本市当年职工基本医保最低缴费基数确定。

**八问：用人单位职工初次参加职工医疗保险，什么时候能享受生育医疗保险待遇？**

答：自在本市办理参保缴费之日起，6 个月后享受生育医疗保险待遇。

**九问：参加职工基本医疗保险后，配偶可以享受哪些生育医疗保险待遇？**

答：一是生育医疗费用补差。按职工生育医疗报销标准减去城乡居民基本医疗保险报销的生育费用。

二是产前检查费补差。按职工产前检查费补助标准减去城乡居民产前检查费补助标准。

**十问：初次参加职工基本医疗保险，个人账户资金什么时候计入？**

答：参保缴费当月医保信息系统自动计入个人账户金额。

**十一问：在职人员个人账户划拨比例是多少？**

答：本人参保缴费基数 的 2%。

**十二问：退休人员个人账户划拨比例是多少？**

答：分别按 2022 年机关事业单位、企业（灵活就业）基本养老金平均水平为基数，划入比例为 2.8%。

**十三问：灵活就业人员和领取失业保险金的人员是否可以参加生育保险？如何参加？**

答：自 2025 年 1 月起，灵活就业人员（指无雇工的个体工商户、非全日制从业人员以及其他灵活就业人员）和领取失业保险金的人员（以下简称“两类人员”）可以参加生育保险。

缴费基数与其参加职工基本医保缴费基数一致，缴费费率与我市单位职工一致 0.6%，并与职工基本医保同步缴纳。

灵活就业人员选择参加生育保险的，生育保险关系应与其职工基本医保同参同退。

领取失业金期间的人员在参加我市职工基本医保时，同步参加生育保险，由失业保险经办机构代缴生育保险费，所需资金从失业保险基金中列支，个人不缴费。

**十四问：“两类人员”参加生育保险能享受哪些待遇？**

答：两类人员参加生育保险符合享受条件的，可以享受产前检查费、生育医疗费和生育津贴。

**十五问：“两类人员”享受生育津贴要满足哪些条件？**

答：“两类人员”享受生育津贴需同时满足以下三个条件：

一是参保人生育或终止妊娠时，已在我市参保缴纳生育保险费；

二是在我省生育保险缴费连续不间断满 12 个月（含）；

三是产假期间本人生育保险处于正常参保缴费状态。

“两类人员”参保身份转换前后的在省内的生育保险连续缴费记录合并计算。

**十六问：“两类人员”2025 年生育或终止妊娠时生育保险缴费不满 12 个月的，能否申领生育津贴？**

答：**2025 年**，“两类人员”生育或终止妊娠时，职工基本医疗保险处于连续不间断参保缴费 12 个月（含）及以上，省内生育保险缴费未达到 12 个月的，可待生育保险费缴纳满 12 个月月后，按规定享受生育津贴。

举例：某女士 2025 年 1 月以灵活就业人员身份参加生育保险，同年 1 月顺产一胎。该女士 2024 年 1 月至 2025 年 1 月期间职工基本医疗保险连续不间断缴费，那么该女士 2025 年 1 月至 12 月生育保险连续不间断缴费后，2026 年 1 月可按规定享受 2025 年 1 月顺产一胎的 98 天生育津贴。

**2026 年起**，“两类人员”生育或终止妊娠时，省内生育保险连续缴费满 12 个月（含）的方可享受生育津贴，否则，不能享受。

**十七问：“两类人员”生育津贴支付及提供哪些资料？**

答：“两类人员”生育津贴由医保经办机构按规定支付给个

人，原则上应于我市规定的计发天数结束、生育或终止妊娠后的 12 个月内一次性申领。

已在定点医疗机构联网结算生育医疗费的两类人员，由本人或代办人持身份证或社会保障卡、本人姓名的银行卡到参保地医保经办窗口办理。

未在定点医疗机构联网结算生育医疗费的两类人员，由本人或代办人持相关资料到参保地医保经办窗口办理。所需资料为有效身份证件（身份证或社会保障卡）、本人姓名的银行卡、医院收费票据、费用清单、诊断证明（门诊）/出院记录（住院）等。在规定的计发天数结束后申请手工报销生育医疗费的，产前检查费、生育津贴同步一次性申领。

#### **十八问：退休人员是否需缴纳职工基本医保费？**

答：依法办理了养老保险退休手续（灵活就业人员已达到法定退休年龄）人员中，职工基本医疗保险缴费年限达到规定缴费年限的，不再缴纳基本医疗保险费，享受基本医疗保险退休待遇。

#### **十九问：参保人员达到法定退休年龄时，享受退休职工医保待遇的条件是什么？**

答：2025 年，参保人员累计缴费年限不得低于 20 年且在本市缴费年限不低于 10 年。

2026 年起，实行渐进式延长最低缴费年限，到 2035 年达到全省统一的男性 30 年、女性 25 年和省内累计缴费 15 年的最低缴费年限规定。

**二十问：达到法定退休年龄时，参保人员缴费年限未达到规定最低缴费年限的，用人单位或参保人员应该如何办理？**

答：一是参保时一次性补缴不足年限的基本医疗保险费，达到法定退休年龄后享受基本医疗保险退休待遇；

二是办理退休手续时（灵活就业人员已达到法定退休年龄），一次性补缴不足年限基本医疗保险费，享受基本医疗保险退休待遇；

三是办理退休手续时（灵活就业人员已达到法定退休年龄），继续缴纳至最低缴费年限或申请终止其职工基本医疗保险关系。

一次性补缴不足年限按补缴当年最低缴费基数 $7\%$ 缴纳，补缴部分不计个人账户。

**二十一问：参保人员跨统筹地区转入本市就业的，基本医疗保险关系如何转接？**

答：基本医疗保险关系随本人转移，只转移参保关系和个人账户，缴费年限累计计算。按规定办理职工基本医疗保险转移手续时，中断缴费3个月（含3个月）以内的，缴费当月即可享受待遇；中断缴费3个月以上的，待遇享受等待期为6个月。

从市外转入本市的参保人员达到法定退休年龄时，累计缴费年限符合本市最低缴费年限规定的，不再缴纳基本医疗保险费，按规定享受本市基本医疗保险退休待遇。

**二十二问：军人退役后，其职工基本医疗保险缴费年限如何计算？**

答：军人退出现役后转入本市参加职工基本医疗保险的，服现役年限视同参加本统筹区职工基本医疗保险缴费年限，与入伍前和退役后参加职工基本医疗保险的缴费年限合并计算。

**二十三问：职工基本医疗保险欠费对用人单位(参保人员)有什么影响？**

答：用人单位(参保人员)未按月足额缴费的，从欠费第4个月起暂停其基本医疗保险待遇。

连续欠费6个月以内(含6个月)的，可以申报恢复缴费，补缴其欠费期间的职工医疗保险费，缴费当月即可享受医疗保险待遇，中断期间的待遇追溯享受；

连续欠费6月以上至12个月(含12个月)的，可申请恢复缴费，缴清欠费和滞纳金后，从缴清欠费和滞纳金之日起享受医疗保险待遇；

连续欠费12个月以上的，可申请缴清欠费和滞纳金，只计缴费年限和个人账户，待遇享受等待期为6个月。

**二十四问：用人单位未按规定缴纳参保费，职工发生的医疗费用如何处理？**

因用人单位未在规定期限内办理参保缴费或缴清欠费和滞纳金导致职工发生医疗费用医保不予报销的，其符合医保报销的医疗待遇应由负有缴费义务的用人单位承担。

## 二十五问：职工基本医保个人账户支付范围？

答：一是支付近亲属参加居民医保中个人缴费部分。

二是支付本人和已参保近亲属在定点医药机构就医购药发生的个人自付医药费用。

**近亲属：指配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女。**

## 二十六问：哪些情况个人账户资金余额可以一次性支付？

答：有两种情况。一是参保人员自愿终止职工基本医疗保险关系的；二是参保人员死亡的。

## 二十七问：参保职工基本医疗保险住院医疗费用如何报销？

答：参保人员符合基本医疗保险基金支付范围的住院医疗费用，扣减住院报销起付标准后按定点医疗机构等级确定报销比例。

### （一）市内住院报销

参保人员在市内定点医疗机构住院发生的医疗费用，实行出院即报。具体如下表如示：

定点医疗机构	起付标准	报销比例
乡镇卫生院 (社区卫生服务中心)	100 元	90%
未定级和一级医疗机构	300 元	85%
二级医疗机构	400 元	82%
三级医疗机构	700 元	80%

## （二）市外住院报销标准

参保人员在市外定点医疗机构发生符合医保政策报销的住院费用，也可实行出院即报，未报销的将发票、清单、社保卡交到参保地医保经办机构申请报销。 具体如下表所示：

就医类别	乡镇卫生院（社区卫生服务中心）		一级及未定级定点医疗机构		二级定点医疗机构		三级定点医疗机构	
	起付线（元）	报销比例	起付线（元）	报销比例	起付线（元）	报销比例	起付线（元）	报销比例
异地长期居住人员在备案地住院	100	90%	300	85%	400	82%	700	80%
异地转诊人员和异地急诊抢救人员在备案地住院	1000	85%	1000	80%	1000	77%	1000	75%
非急诊且未转诊的其他临时外出住院	1000	80%	1000	75%	1000	72%	1000	70%

### 二十八问：职工生育保险待遇有哪些？分别是多少？

答：职工生育保险待遇包括产前检查费用、生育医疗费用和生育津贴。各项补助标准分别是：

（一）**产前检查费**。定额补助标准为 800 元；怀孕满 4 个月（孕 16 周）以上终止妊娠 500 元；怀孕不满 4 个月（孕 16 周）终止妊娠 200 元。

（二）**生育医疗费**。参保女职工因生育发生的政策范围内医疗费用，按以下标准实行限额支付：顺产 3500 元；难产（含剖宫产）5500 元；生育多胞胎的每多一个婴儿增加 800 元。参

保女职工因终止妊娠发生的政策范围内医疗费用，按以下标准实行限额支付：怀孕满4个月（孕16周）以上终止妊娠1800元（施行剖宫术的增加900元）；怀孕不满4个月（孕16周）终止妊娠500元。

**（三）终止妊娠有存活婴儿的。**产前检查费和生育医疗费按生育标准执行。生育或终止妊娠发生的政策范围内医疗费用不足限额支付标准的，其政策范围内医疗费用据实支付。

#### **（四）生育津贴。**

**1、女职工产假期间的生育津贴：**对已经参加生育保险的，按照用人单位上年度职工月平均工资的标准由生育保险基金支付；对未参加生育保险的，按照女职工产假前工资的标准由用人单位支付。

**2、“两类人员”产假期间的生育津贴：**计发基数为“两类人员”上年度月平均缴费基数，计发天数与参保职工保持一致。

#### **二十九问：产前检查费和生育津贴如何申报？**

答：持出生医学证明书或生育医疗费用报销凭据、身份证、社保卡向参保地医保经办机构申报。

#### **三十问：产前检查费和生育津贴如何支付？**

答：产前检查费由医保经办机构支付给产妇本人。职工生育津贴可以由医疗保障经办机构支付给个人；“两类人员”生育津贴支付产妇本人。对财政供养人员，不予支付生育津贴；对非财政供养人员，生育津贴与产假期间的工资不重复享受。

### **三十一问：参保职工哪些门诊费用可纳入住院医疗费用报销？**

答：参保人员因急诊、抢救、日间手术发生的符合职工基本医疗保险基金支付范围内的门（急）诊医疗费用纳入住院医疗费用报销。

### **三十二问：公务员医疗保险补助征缴标准？**

答：按职工基本医疗保险缴费基数 $2\%$ 缴纳。

### **三十三问：公务员医疗补助报销和待遇标准？**

答：住院（含二类门特病）治疗发生的符合职工基本医疗保险基金支付范围的医疗费用，职工基本医疗保险基金支付后，由公务员医疗补助基金报销 $60\%$ 。一个自然年度内最高支付限额（含二类门特） $2$ 万元。

因患一类门特发生的符合职工基本医疗保险基金支付范围的医疗费用，由职工基本医疗保险基金支付后，剩余部分纳入公务员医疗补助基金报销，一个自然年度内最高支付限额 $1500$ 元。

### **三十四问：职工大额医疗费用补助是什么？**

答：职工大额医疗费用补助是参保职工发生符合医保政策报销的医疗费用经基本医疗保险、公务员医疗补助报销后，对未报销部分给予再报销。

### **三十五问：职工大额医疗费用补助如何缴费？**

答：用人单位按本市职工基本医疗保险最低缴费基数的

2%为本单位职工（含退休职工）缴纳职工大额医疗费用补助费，在申报缴纳职工基本医疗保险费时一并申报缴纳。

灵活就业人员和领取失业保险金人员由个人按最低缴费基数 2%全额缴纳。

### 三十六问：职工大额医疗费用补助如何报销？

答：参加职工大额补助的参保人员因住院（含二类门特病）治疗发生的符合职工基本医疗保险基金支付范围的医疗费用，经职工基本医疗保险、公务员医疗补助报销后，剩余部分扣减二级定点医疗机构住院起付标准，实行累计分段按比例报销。

参保人员	起付线	10万以内 (含)报销	10万以上 报销
普通人员	400		
退休人员（享受医疗保险退休待遇的参保人员）和患精神病、艾滋病、恶性肿瘤、肾功能衰竭、器官或骨髓移植术后抗免疫排斥治疗	无	85%	90%
80周岁（含80岁）以上的	无	90%	95%

### 三十七问：职工医保最高支付限额是多少？

答：参保人员一个自然年度内累计发生的住院医疗费用（含二类门诊慢特病、生育医疗费用）最高支付限额为66万元。其中：职工基本医疗保险14万元，公务员医疗补助2万元，职工大额医疗费用补助50万元。

### 三十八问：参保人员异地就医费用如何报销？

答：参保人员在异地定点医疗机构就医的，通过异地就医结算平台实行即时结算；不能实现异地就医即时结算的，由个

人全额垫付，原则上于次年6月底前凭结算票据、费用清单、出院证明等原始资料到参保地医疗保障经办机构申请结算。

### 三十九问：职工门诊统筹如何报销？

答：一个自然年度内，参保职工发生的政策范围内普通门诊费用按规定纳入门诊统筹保障（门诊统筹待遇仅限本人享受），具体报销标准如下表。

人员类别	基本医疗			公务员医疗补助		职工大额医疗费用补助	
	起付标准	支付限额	报销比例	报销比例	支付限额	报销比例	支付限额
在职职工 (含灵活就业人员)	200元/年	800元/年	三级定点医疗机构50%，二级及以下定点医疗机、定点零售药店60%。	60%	700元/年	70%	600元/年
退休人员 (含灵活就业人员)	150元/年	1000元/年	在在职人员报销比例基础上提高10%。				

## 第三章 城乡居民医保篇

### 一问：城乡居民参保对象为哪些？

答：一是具有本市户籍的城乡居民未参加职工基本医疗保险的，应当依法参加城乡居民基本医疗保险；

二是在本市居住且未参加基本医疗保险的市外户籍人员可以参加城乡居民基本医疗保险；

三是在本市就读的全日制大（中）专学生由学校统一组织参加基本医疗保险。

### 二问：城乡居民医保参保登记在哪里办理？

答：城乡居民原则上以家庭为单位在户籍所在地或居住地便民服务中心办理参保登记。首次缴费参保时，必须先参保登记，参保登记时，应当提供户口簿、居民身份证（居住证）或出生医学证明书等有效身份证明。

### 三问：城乡居民医保参保缴费和待遇享受时间？

答：参保城乡居民医保设置集中缴费期，时间相对固定，即上一年的10月至当年的2月底。

2026年城乡居民医保集中征缴期为2025年10月20日至2026年2月28日，学生群体可提前缴纳。

参加2026年度城乡居民医保人员的医保待遇享受执行下面两条规定：

**（一）已参加2025年度医保的人员。**2025年12月31日

(含)前缴费参保的,自2026年1月1日起享受医保待遇;2026年1月1日至2月28日缴费参保的,自缴费之日起享受待遇;2026年3月1日起缴费参保的,有固定待遇等待期3个月(自缴费之日起算,3个月后发生的符合医保报销范围的医药费用方可享受医保报销,后同)。

**(二)未参加2025年度医保的人员。**在2025年12月31日前参加2026年度城乡居民基本医保的,有固定待遇等待期3个月(等待期从2026年1月1日起算);在2026年1月1日后参加2026年度城乡居民基本医保的,有固定待遇等待期3个月(待遇等待期从缴费之日起算)。

#### **四问:城乡居民参保年缴费标准如何确定?**

答:根据国家医保局、财政部、国家税务总局规定的缴费标准执行,我市历年来执行的都是全国最低缴费标准。

#### **五问:城乡居民参保缴费有哪些方式?**

答:**(一)线上缴费渠道。**缴费人可通过四川省电子税务局、微信、支付宝以及税银合作银行(邮储银行、农商行、四川天府银行、工商银行、农业银行、建设银行等)手机APP、税银合作银行二维码等渠道缴费。

**(二)线下缴费渠道。**缴费人凭身份证、户口簿等有效证件到乡镇(街道)、村(社区)和学校指定的集中征收点刷卡或税银合作银行柜面办理缴费业务,也可直接到各办税服务厅社保费征收窗口缴费。

**（三）职工医保个人账户代缴。**参保职工可以通过国家医保服务平台 APP 或微信、支付宝小程序“四川医保服务平台”用医保个人账户余额为亲属及近亲属代缴。

**如果城乡居民以个体身份参加职工医保，可通过手机上四川医保服务平台自主申报或到医保经办机构服务窗口申报。**

**六问：参保资助的对象有哪些？资助标准是多少？**

答：2026 年度，参加城乡居民医保个人缴费标准为 400 元。其中：特困人员、孤儿个人缴费部分给予全额资助；低保对象、未消除风险的防止返贫监测对象按个人缴费标准 75% 给予定额资助（即资助 300 元/人，个人缴费 100 元/人）。

同时具备上述两类及以上身份的，按最高的资助标准进行资助，不得重复资助。

**七问：新生儿如何参保缴费？**

答：新生儿出生 90 天内缴纳出生当年医疗保险费的，待遇享受期为出生之日起至出生当年 12 月 31 日；超过 90 天缴纳出生当年医疗保险费的，待遇享受期自缴费之日起至出生当年 12 月 31 日。

新生儿可凭出生医学证明书或户口簿登记参保和缴费。

**八问：城乡居民医保基金来源？**

答：城乡居民医保资金由财政补助和个人缴费组成。近年来，国家不断加大财政投入，同步提高个人缴费水平，但仍以财政投入为主。如 2025 年度，筹资总额为 1070 元。其中个人缴

费 400 元，占筹资总额的 37.38%，财政补助 670 元，占筹资总额的 62.62%。2026 年度，筹资总额 1100 元，其中个人缴费 400 元，占筹资总额的 36.36%，财政补助 700 元，占筹资总额的 63.64%。

### **九问：连续参保和参保后没报过费的人有哪些奖励措施呢？**

从 2025 年起，对连续参加居民医保满 4 年的参保人员，之后每连续参保 1 年，提高大病保险最高支付限额 4000 元；对参加居民医保当年基金零报销人员，次年提高大病保险最高支付限额 4000 元；连续参保激励和基金零报销激励可同时享受，累计提高总额不超过大病保险原封顶线的 20%。参保人员享受大病保险奖励政策后，前期积累的零报销激励额度清零；断保之后再次参保的，连续参保年数重新计算。

**基金零报销：**指参保人当年未在定点医药机构因住院、普通门诊、门诊慢特病等使用过医保基金。

例一：2025 年起，我市居民李某 2025 年、2026 年、2027 年、2028 年连续 4 年都参加了城乡居民医保，第 5 年（即 2029 年）仍然参加了城乡居民医保，其大病保险支付限额在大病保险原支付限额（30 万元）基础上增加 4000 元，达到 30.4 万元，第 6 年（即 2030 年）继续参加城乡居民医保，大病保险支付限额再提高 4000 元，达到 30.8 万元，以此类推，只要他一直坚持每年参加城乡居民医保，大病保险最高支付限额可达到 36 万元，超过规定支付限额 6 万元。

提高大病保险支付限额政策必须是连续参保，如某年断

保，大病保险支付限额不仅取消增加政策，反而还要降低，连续参保年限也要重新计算。

例二：我市居民张某 2025 年参加城乡居民医保后，当年没有报销过医保基金，2026 年大病保险支付限额在大病保险原支付限额（30 万元）基础上增加 4000 元，达到 30.4 万元，2027 年度大病保险支付限额又恢复到 30 万元，不享受增加 4000 元的奖励政策。如 2025 年、2026 年都没报销过医保基金，2027 年大病保险支付限额也只是在大病保险原支付限额（30 万元）基础上增加 4000 元，达到 30.4 万元，2028 年度大病保险支付限额又恢复到 30 万元，不享受增加 4000 元的奖励政策。没有使用过医保基金的年限不累计计算，提高限额也不累计增加。

#### **十问：不在规定时间参保和不参保的有哪些影响？**

（一）从 2025 年起，断保人员再参保的，每断保 1 年，降低大病保险最高支付限额 4000 元，累计降低额度不超过大病保险原封顶线的 20%。

例：2025 年，我市居民李某没有参加医保（包括职工医保和城乡居民医保），2026 年参加了城乡居民医保，其大病保险支付限额在大病保险原支付限额（30 万元）基础上减少 4000 元，达到 29.6 万元；如 2025 年没参加医保，2026 年也没有参加医保，如 2027 年参加了城乡居民医保，大病保险支付限额再减少 4000 元，支付限额降低到 29.2 万元，以此类推，只要他某年不参保，不参保年限累计计算，大病保险支付每年也要

减少 4000 元，最高支付限额可降低到 24 万元，比规定支付限额少 6 万元。

（二）从 2025 年起，除新生儿等特殊人员外，未在居民医保集中缴费期内参保或未连续参保人员，设置参保后固定待遇等待期 3 个月，也就是自缴费之日起，至少 3 个月以后发生的医药费用才可以报销。对未连续参保人员，每多断 1 年，在固定待遇等待期基础上增加变动等待期 1 个月。举例说明：

**例一：**2025 年度参保人员，到 2026 年参加居民医保时，如果在集中缴费期 2026 年 1 月 1 日前参保，自 2026 年 1 月 1 日起享受待遇；如果在集中缴费期 2026 年 1 月 1 日至 2 月 28 日缴费参保的，自缴费之日起享受待遇；如果在集中缴费期后 3 月 1 日起开始缴费参保的，就有固定待遇等待期 3 个月，待遇自缴费之日起，3 个月后发生的医药费用才能报销。

**例二：**2025 年度未参保，到 2026 年度参加居民医保时，如果在集中缴费期 2026 年 1 月 1 日前参保，有固定待遇等待期 3 个月，4 月 1 日起享受待遇；如果在 2026 年 2 月 28 日前缴费参保的，自缴费之日起，3 个月后才能享受医保待遇。

**例三：**居民 2025 年度断保后，在 2026 年 12 月缴 2026 年保费，仍有 3 个月等待期，则必须同时完成 2027 年缴费，才能顺利在 2027 年 3 月享受待遇。如果 2027 年不缴费，仍然不能享受待遇。

**例四：**2025 年度未参保，2026 年度参保时未在集中缴费

期参保，需在参保后等待 3 个月，比如 1 月 2 日参保，4 月 2 日后才能享受待遇。

**例五：**2025 年度未参保，2026 年度也未参保，等待期为 3(固定等待期)+1(变动等待期)=4 个月，即如果 2027 年度集中缴费期参保，需要在 2027 年 5 月 1 日后享受待遇。如果参保人愿意修复变动等待期，可以通过缴费修复 1 个月，需等待 3 个月。

**例六：**2025-2029 年度连续 5 年未参加居民医保，等待期为 3(固定等待期)+4(变动等待期)=7 个月，即如果 2030 年度集中缴费期参保，需要在 2030 年 8 月 1 日后才可享受待遇。如果参保人愿意修复变动等待期，可以通过缴费修复 1 个月，固定等待期+变动等待期之和不得少于 6 个月。

**例七：**新生儿出生后参保不设置待遇等待期，如果出生后两年再参保缴费，则需要有固定等待期 3 个月加变动等待期 1 个月，共 4 个月等待期。新生儿父母可通过缴费修复变动等待期，缴费后等待期减少到 3 个月。

国家为了让医保政策最大限度惠民，可以通过缴费修复变动待遇等待期，以便及时享受医保待遇，每多缴纳 1 年可减少 1 个月变动待遇等待期，连续断缴 4 年及以上的，修复后固定待遇等待期和变动待遇等待期之和不少于 6 个月，断保期间的医保待遇不追溯。补缴费用参照当年参保地个人缴费标准执行。

## 十一问：参保城乡居民住院费用报销是如何规定的？

**（一）市内住院：**参保人员在市内定点医疗机构发生符合医保政策报销的住院费用均可出院即报。不同等级的医疗机构起付线和报销比例不同，起付线以上的部分，按医疗机构规定的报销比例报销。具体如下表所示：

定点医疗机构	起付标准	报销比例
乡镇卫生院 (社区卫生服务中心)	100 元	90%
未定级和一级定点医疗	300 元	80%
二级定点医疗机构	400 元	70%
三级定点医疗机构	700 元	60%

**（二）市外住院：**参保人员在市外定点医疗机构发生符合医保政策报销的住院费用，也可实行出院即报，未报销的将发票、清单、社保卡交到参保地医保经办机构申请报销。 报销分三种情况。

就医类别	乡镇卫生院 (社区卫生服务中心)		一级及未定 级定点医疗 机构		二级定点 医疗机构		三级定点 医疗机构	
	起付 线	报销 比例	起付 线	报销 比例	起付 线	报销 比例	起付 线	报销 比例
长期备案人员在备 案地住院	100	90%	300	80%	400	70%	700	60%
临时备案人员在备 案地住院	1000	85%	1000	75%	1000	65%	000	55%
非急诊且未转诊的 其他临时外出住院	1000	80%	1000	70%	1000	60%	1000	50%

## **十二问：参保城乡居民转诊转院有哪些规定？**

答：参保城乡居民在一个治疗过程中因病情需要双向转诊的，由低级别定点医疗机构转往高级别定点医疗机构，只补计起付标准差额；由高级别定点医疗机构转往同级别或低级别定点医疗机构，不再另计起付标准。

## **十三问：参保患者转诊转院由哪个机构负责实施？**

答：医疗机构。定点医疗机构应当严格执行分级医疗制度，建立基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的就医秩序，急诊、抢救等特殊情况除外。

## **十四问：参保城乡居民生育有哪些医保待遇？分别是多少？**

答：（一）**产前检查费**。实行定额补助，生育或怀孕满7个月以上终止妊娠500元。

（二）**住院生育医疗费用**：实行限额支付，顺产2000元；难产（含剖宫产）3500元；生育多胞胎的每多一个婴儿增加800元。

（三）**终止妊娠**：实行限额支付，怀孕满4个月（孕16周）以上终止妊娠1000元（施行剖宫术的增加500元）；怀孕不满4个月（孕16周）终止妊娠200元。参保人员终止妊娠有存活婴儿的，享受产前检查费待遇，生育医疗费用待遇按生育标准执行。

产前检查费由产妇出院后在手机上下载四川医保APP实名认证后，通过“产前检查费申领”申报，医保经办机构审核后直接拨付给产妇。住院医疗费用和终止妊娠费用在医疗机构直

接报销；未报销的将发票、清单、社保卡交到参保地医保经办机构申请报销。

参保人员生育或终止妊娠发生的政策范围内医疗费用不足限额支付标准的据实支付。

**十五问：参保城乡居民急诊、抢救费用医保是否可以报销？**

答：参保城乡居民因急诊、抢救发生的符合城乡居民基本医疗保险统筹基金支付范围的门诊医疗费用纳入当次住院医疗费用报销。

**十六问：城乡居民医保年住院费用报销限额是多少？**

答：城乡居民一个自然年度累计发生的住院费用（含二类门诊特殊疾病、生育医疗费用）年最高支付限额为 11 万元。

**十七问：住院医疗费用报销的截止时间？**

答：参保人员的住院医疗费用应当出院即报，无法报销的，原则上应在费用发生次年 6 月底前结算持发票、费用清单、出院证明等原始资料到参保地医保经办机构申请结算。

**十八问：城乡居民门诊统筹报销标准是多少？**

答：参保城乡居民符合城乡居民基本医疗保险统筹基金支付范围的门诊医疗费用报销 50%，不设起付线，一个自然年度内累计最高支付限额为 100 元。

**十九问：哪些费用可以纳入城乡居民门诊统筹报销？如何报销？**

答：参保人员在定点医疗机构发生的门诊费用符合城乡居民基本医疗保险基金支付范围的，均可纳入门诊统筹基金报

销，并实行“一站式”结算；无法“一站式”结算的，可持处方、发票、社保卡等相关资料到参保地医保服务中心申报。

### **二十问：什么是城乡居民大病保险？**

答：城乡居民大病保险，通常简称“大病保险”，是对参保城乡居民发生的高额医疗费用经基本医疗保险报销后给予再次报销，是我国基本医疗保障体系的重要组成部分，是城乡居民基本医疗保险的拓展和延伸。

### **二十一问：城乡居民大病保险个人需缴费吗？**

答：大病保险资金从城乡居民基本医疗保险统筹基金中列支，参保城乡居民个人不缴费。

### **二十二问：城乡居民大病保险起付标准是如何规定的？**

答：城乡居民大病保险起付线为我市上一年度城乡居民人均可支配收入的 50%；2025 年度为 14448 元。

### **二十三问：城乡居民大病保险报销标准是多少？**

城乡居民大病保险赔付实行扣除起付标准后分段按比例赔付。即：0 至 10 万元（含 10 万元）的部分赔付 60%，10 万元以上至 20 万元（含 20 万元）的部分赔付 70%，20 万元以上的部分赔付 85%（以上比例为 2024—2026 年度的赔付比例）。

### **二十四问：城乡居民大病保险报销对重点人群有哪些倾斜政策？**

答：特困人员、孤儿、低保对象起付线在普通人员起付线基础上降低 50%；分段赔付比例在普通居民的基础上提高 5%。

### **二十五问：大病保险如何报销以及报销时限？**

答：参保人员在定点医疗机构发生的符合大病保险报销的

费用与基本医疗保险一起实行出院时“一站式”即时报销。无法即时报销的，原则上应在次年7月底前持发票、费用清单、报销凭据等相关资料到参保地医保经办机构大病保险窗口申请报销。

### **二十六问：城乡居民大病保险年最高赔付限额多少？**

答：自2025年起，大病保险年最高赔付限额为30万元。其中，特困对象、孤儿、低保不设赔付限额。

### **二十七问：一般诊疗费指的是什么？作用是什么？**

答：一般诊疗费包括挂号费、诊查费、注射输液费、药事服务成本和家庭医生签约服务费。由城乡居民医保基金支付给乡镇卫生院（社区卫生服务中心）、村卫生室，这些机构不得再收取或变相收取该费用，切实减轻就医经济负担。

## 第四章 门诊慢特病和“两病”篇

### 一问：什么是门诊慢特病？

答：全称为门诊慢性病和特殊疾病，是指一些病程较长、病情复杂、治疗难度较大、需要门诊长期治疗和护理的疾病。

### 二问：职工医保和城乡居民慢特病有哪些相同规定？

答：病种相同，认定机构相同，认定标准相同。

### 三问：门诊慢病有多少个病种？病名分别有哪些？职工医保和城乡居民医保分别如何报销？

答：门诊慢性病有33种。门诊慢性病医疗费用实行按比例报销和最高支付限额控制。一个医保统筹年度内，参保人员发生的治疗该类疾病的门诊医疗费用，符合医保基金支付范围的部分，统筹基金按90%支付。患有两种及以上门诊慢性病的人员，其医疗费用均可纳入基本医疗保险统筹基金报销，只按其中限额标准最高的一种结算。病名及报销限额标准如下：

序号	病种		亚类病种		险种类别及慢病年度支付限额标准	
	编码	名称	编码	名称	职工医保(元)	居民医保(元)
1	M01700	甲状腺功能异常	M01701	甲状腺功能减退	1000	600
			M01702	甲状腺功能亢进	1000	600
2	M03600	青光眼	/	/	1000	600
3	M04301	慢性心力衰竭	/	/	1000	600
4	M06101	自身免疫性肝炎	/	/	1000	600
5	M03300	进行性肌营养不良	/	/	1000	600

序号	病 种		亚 类 病 种		险种类别及慢病年度支付 限额标准	
	编码	名称	编码	名称	职工医保 (元)	居民医保 (元)
6	M03911	高血压 2 级及以上 (高血压性 心脏病)	/	/	1000	600
7	M01603	糖尿病伴并发症	/	/	1000	600
8	M00100	结核病	/	/	1000	600
9	M00200	病毒性肝炎	M00202	丙型肝炎	1000	600
			M00201	其他病毒性肝炎 (不含甲型、丙型 肝炎)	1000	600
10	M02500	癫痫	/	/	1000	600
11	M04200	心肌病	/	/	<b>1000</b>	<b>600</b>
12	M05400	支气管哮喘	/	/	<b>1000</b>	<b>600</b>
13	M06700	银屑病	/	/	<b>1000</b>	<b>600</b>
14	M07110	特发性炎性肌病 (皮炎和多 肌炎)	/	/	<b>1000</b>	<b>600</b>
15	M07300	慢性骨髓炎	/	/	<b>1000</b>	<b>600</b>
16	M08206	先天性心脏病	/	/	<b>1000</b>	<b>600</b>
17	M12700	慢性高原性 心脏病	/	/	<b>1000</b>	<b>600</b>
18	M00406	包虫病	/	/	<b>1000</b>	<b>600</b>
19	M07000	痛风	/	/	<b>1000</b>	<b>600</b>
20	M07900	前列腺增生	/	/	<b>1000</b>	<b>600</b>
21	M02200	其他精神类疾病	M02219	精神活性物质所 致精神障碍	<b>1000</b>	<b>600</b>
			M02204	强迫症	<b>1000</b>	<b>600</b>
			M02205	器质性精神病	<b>1000</b>	<b>600</b>
			M02207	孤独症	<b>1000</b>	<b>600</b>

序号	病 种		亚 类 病 种		险种类别及慢病年度支付 限额标准	
	编码	名称	编码	名称	职工医保 (元)	居民医保 (元)
21	M02200	其他精神类疾病	M02208	血管性痴呆	1000	600
			M02400	阿尔茨海默病	1500	800
			M02202	抑郁症	2000	1500
			M02209	焦虑症	2000	1500
			M02221	创伤后应激障碍	2000	1500
			M02220	儿童注意力缺陷症	/	600
22	M04500	心脏瓣膜病 (风湿性心脏病)	/	/	1500	800
23	M04600	冠心病	/	/	1500	800
24	M02300	帕金森病	/	/	1500	800
25	M04803	脑血管病后遗症	/	/	1500	800
26	M05300	慢性阻塞性 肺疾病	/	/	1500	800
27	M04100	慢性肺源性 心脏病	/	/	1500	800
28	M07605	慢性肾炎/肾病 综合征	M07700	肾病综合征	2000	1500
			M07603	慢性肾小球肾炎	2000	1500
29	M06200	肝硬化	/	/	2000	1500
30	M07106	干燥综合征 (舍格伦)	/	/	2000	1500
31	M10800	重度骨质疏松	/	/	2000	1500
32	M06900	类风湿关节炎	/	/	2000	1500
33	M07200	强直性脊柱炎	/	/	2000	1500

## 四问：门诊慢病认定标准是什么（也就是说患者病情有哪些指征或指征达到什么标准才能认定为慢病）？

答：具体规定如下表：

序号	病种		亚类病种		认定依据	认定材料	复审	
	编码	名称	编码	名称			周期/月	依据
1	M01700	甲状腺功能异常	M01701	甲状腺功能减退	同时满足以下条件： 1.甲状腺功能检查如 FT4、FT3、TSH 等符合甲状腺功能减退诊断； 2.需长期药物替代治疗。	1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书； 2.符合认定标准的检验报告。	长期	/
				M01702	甲状腺功能亢进	同时满足以下条件： 1.症状和体征符合高代谢症候群，包括乏力、怕热、多汗、皮肤温暖、潮湿、低热、体重下降等； 2.超声检查提示甲状腺肿大； 3.甲状腺功能检查如 FT4、FT3、TSH 等符合甲状腺功能亢进诊断。		
2	M10800	重度骨质疏松	/	/	诊断骨质疏松症的患者满足以下任意一条： 1.有脆性骨折，且符合其中 1 项： ①DXA 测定的中轴骨骨密度（腰椎或髌部）或桡骨远端 1/3 骨密度的 T-值 $\leq -2.5$ ；②QCT 腰椎骨密度 $< 80\text{mg}/\text{cm}^3$ ； 2.无脆性骨折，但 DXA 测定的腰椎、股骨颈、全髌或桡骨远端 1/3 骨密度的 T-值 $\leq -3.0$ 。	1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书； 2.骨密度检测报告和（或）骨折部位影像学检查报告； 3.脆性骨折患者需要病史资料。	长期	/
3	M06900	类风湿关节炎	/	/	同时满足以下条件： 1.提供符合类风湿关节炎分类诊断标准的病史资料； 2.实验室检查，如血沉、类风湿因子、C 反应蛋白、抗 CCP 抗体；或影像学检查，如 X 线、磁共振成像等符合类风湿关节炎临床诊断标准。	1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书； 2.符合认定标准的检查、检验报告。	长期	/
4	M04600	冠心病	/	/	有典型的心绞痛、心肌梗塞、心衰等发作病史、症状、体征，且同时满足以下任意一条： 1.冠状动脉 CT 或冠脉造影符合冠心病诊断标准； 2.心脏支架或搭桥手术记录。	1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书； 2.符合认定标准的检查报告。	长期	/

序号	病种		亚类病种		认定依据	认定材料	复审	
	编码	名称	编码	名称			周期/月	依据
5	M07200	强直性脊柱炎	/	/	<p>1.临床标准，满足以下条件之一：            (1)腰痛、僵硬在3个月以上，活动改善，休息无改善；            (2)腰椎屈曲、侧弯活动受限；            (3)胸廓活动度低于相应年龄、性别的正常人群。            2.放射学标准：双侧骶髂关节炎<math>\geq 2</math>级或单侧骶髂关节炎<math>\geq 3</math>级。</p>	<p>1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书；            2.符合认定标准的病史资料和放射学检查报告。</p>	长期	/
6	M02300	帕金森病	/	/	<p>同时符合下列各项中两项：            1.临床表现:运动迟缓，并有静止性震颤、肌强直、姿势步态异常三项主征中的一项；            2.多巴类药物(含多巴受体激动剂等抗帕金森病药物)治疗有效；            3.头部CT或磁共振(MRI)扫描等检查支持本病诊断，排除其它疾病。</p>	<p>1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书；            2.符合认定标准的病史资料和检查报告。</p>	长期	/
7	M04803	脑血管病后遗症	/	/	<p>满足以下第1.2.3条件或第1.2.4条件的达到标准。            1.有急性脑血管病病史，如脑血栓、脑梗塞、脑出血、蛛网膜下腔出血、脑室出血、静脉(窦)血栓形成；            2.有相应的客观检查诊断依据资料(如脑CT或MRI报告单等)；            3.经临床治疗三个月后仍遗留以下症状和体征(须有任意1项达到标准者)：            (1)意识障碍格拉斯哥(Glasgowcomascaie,GCS)昏迷量表评定<math>&lt; 11</math>分；            (2)肢体运动功能障碍符合其中之一：①肌力(Lovett分级法)<math>&lt; III</math>级肌力；②肌张力：Ashworth痉挛量表评定<math>&gt; 11</math>级；③偏瘫运动功能评定(Brunnstrom评价法)<math>\leq 3</math>级；            (3)失语症程度(BDAE分级法)<math>&lt; 2</math>级；            (4)认知障碍：简易精神状态检查(MMSE)<math>&lt; 17</math>分。            4.经临床治疗三个月后脑血管意外后遗症达到中国脑卒中临床神经功能缺损程度评分为中型或重型者。</p>	<p>1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书；            2.符合认定标准的病史资料和检查报告。</p>	长期	/
8	M06200	肝硬化	/	/	<p>符合下列各项之一：            1.有门脉高压体征；            2.肝功能、凝血功能、影像学检查(B超、CT、MRI)等结果符合肝硬化的改变；            3.肝穿符合G2/S3或肝脏瞬时弹性检查(Fibroscan)符合硬化(包括早期)指标。</p>	<p>1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书；            2.符合认定标准的检查、检验报告。</p>	长期	/

序号	病种		亚类病种		认定依据	认定材料	复审	
	编码	名称	编码	名称			周期/月	依据
9	M01603	糖尿病并发症	/	/	<p>满足下列条件第 1.2.4 条或第 3.4 条或第 1.2.5 条或 3.5 条：</p> <p>1.典型糖尿病症状（多饮、多尿、多食、不明原因体重下降）；</p> <p>2.1 次随机静脉血浆葡萄糖 <math>\geq 11.1\text{mmol/L}</math> 或空腹静脉血浆葡萄糖 <math>\geq 7.0\text{mmol/L}</math> 或 OGTT2 小时静脉血浆葡萄糖 <math>\geq 11.1\text{mmol/L}</math>；</p> <p>3.无糖尿病典型症状的，需两次随机静脉血浆葡萄糖(或 OGTT2 小时静脉血浆葡萄糖) <math>\geq 11.1\text{mmol/L}</math> 或两次空腹静脉血浆葡萄糖 <math>\geq 7.0\text{mmol/L}</math>；</p> <p>4.合并冠心病、脑血管疾病、高血压、肾病或视网膜病变者、下肢（周围）血管病变、周围神经病之一；</p> <p>5.口服降糖药物难以控制血糖须用胰岛素等降糖注射剂治疗的。</p>	<p>1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书；</p> <p>2.有符合认定标准的病史资料、检验、检查报告；</p> <p>3.口服降糖药物难以控制血糖须用胰岛素治疗者提供相应病历资料和副高及以上专科医生治疗计划。</p>	长期	/
10	M03911	高血压 2 级及以上（高血压性心脏病）	/	/	<p>满足下列条件之一：</p> <p>1.病史资料提示非同日三次血压值收缩压 <math>\geq 160\text{mmHg}</math> 和/或舒张压 <math>\geq 100\text{mmHg}</math>；</p> <p>2.动态血压监测符合 2 级及以上高血压诊断标准；</p> <p>3.动态血压监测或既往住院病史资料提示既往符合 2 级高血压诊断标准，经过治疗后目前未达到高血压诊断标准，但需要长期服用降压药维持血压；或心脏彩超、肾功能、眼底检查等其中一项提示靶器官损害。</p>	<p>1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书；</p> <p>2.符合认定标准的检查、检验报告。</p>	长期	/
11	M00100	结核病	/	/	<p>有结核病史或接触史及临床表现,且满足以下条件之一：</p> <p>1.相应器官的体液、穿刺液、活检组织的抗酸杆菌涂片或结核菌培养或分子生物学检查阳性，或相应器官组织病理检查符合结核；</p> <p>2.相应器官的体液、穿刺液、活检组织的抗酸杆菌涂片或结核菌培养或分子生物学检查阴性，但相应器官的影像学检查发现异常且排除其他疾病的，还需符合下列条件之一：①临床有结核中毒症状或受累器官组织有相应临床症状；②影像学或内镜检查符合结核病改变；③结核菌素试验中度及以上或 <math>\gamma</math>-干扰素释放试验阳性或结核抗体阳性；④经抗结核诊断性治疗有效者。</p>	<p>1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书；</p> <p>2.符合认定标准的检查、检验报告。</p>	12	同认定依据

序号	病种		亚类病种		认定依据	认定材料	复审	
	编码	名称	编码	名称			周期/月	依据
12	M05300	慢性阻塞性肺疾病	/	/	<p>有慢性咳嗽、咳痰、逐渐加重的气短或呼吸困难等临床表现，且满足下列条件之一：</p> <p>1.肺功能检查：吸入支气管舒张剂后FEV1（一秒用力呼气容积）/FVC（用力肺活量）所占百分比&lt;70%并排除其他疾病引起的气流受限。</p> <p>2.无法行肺功能检查者： （1）影像学检查符合阻塞性肺气肿诊断；（2）病史资料符合慢性阻塞性肺疾病临床症状和体征。</p> <p>【注】无法行肺功能检查：年龄≥90岁、因认知功能障碍无法配合检查、口腔牙齿等局部问题无法检查、存在肺功能禁忌症。</p>	<p>1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书；</p> <p>2.无法行肺功能检查者，需提交两名副主任及以上级别专科或全科医师出具诊断证明书，证明可以确诊慢性阻塞性肺疾病（明确无法提供肺功能检查报告的原因和可以确诊的理由及依据）；</p> <p>3.符合认定标准的检查报告。</p>	长期	/
13	M04100	慢性肺源性心脏病	/	/	<p>同时符合以下条件：</p> <p>1.有慢阻肺或慢性支气管炎、肺气肿病史或其他胸肺疾病病史；</p> <p>2.超声心动图或心脏彩超提示右心增大或肥厚、肺动脉压增高，且同时排除引起右心增大的其他心脏疾病；</p> <p>3.心电图、影像学检查（胸部CT或X片）提示有肺心病的征象。</p>	<p>1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书；</p> <p>2.符合认定标准的检查报告。</p>	长期	/
14	M00200	病毒性肝炎	M00202	丙型肝炎	<p>实验室检查符合下列各项之一：</p> <p>（1）肝功能异常，血清学检查（血清或肝内HCV-RNA阳性）；</p> <p>（2）肝功能正常，HCV-RNA阳性，需要继续抗病毒治疗的，有明显的肝炎症状，且符合下列两项之一：影像学检查（肝脏B超、CT、核磁共振检查等）提示慢性肝损害；肝脏病理诊断炎症活动度≥G2、纤维化≥S2；</p> <p>（3）抗病毒治疗后，HCV-RNA阴性，经高精度检查HCV-RNA仍为阳性。</p>	<p>1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书；</p> <p>2.符合认定标准的检查、检验报告。</p>	12	同认定依据
			M00201	其他病毒性肝炎（不含甲型、丙型肝炎）	<p>实验室检查符合下列各项之一：</p> <p>1.肝功能异常，血清学检查（HBsAg或HBV-DNA阳性或抗-HDV阳性、血清HBV-RNA阳性）；</p> <p>2.肝功能正常，肝炎病毒检测阳性，需要继续抗病毒治疗的，需具备慢性肝炎病史半年以上，有明显的肝炎症状，且符合下列两项之一：影像学检查（肝脏B超、CT、核磁共振检查等）提示慢性肝损害；肝脏病理诊断炎症活动度≥G2、纤维化≥S2；</p> <p>3.抗病毒治疗后，HBV-DNA阴性，经高精度检查HBV-DNA仍为阳性；</p> <p>4.对于已经抗病毒治疗后，肝功能正常，HBV-DNA阴性，需要继续抗病毒治疗的，需提供一年以内的抗病毒治疗资料，由认定机构专科副主任及以上医师进行认定。</p>	<p>1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书；</p> <p>2.符合认定标准的检查、检验报告。</p>	长期	/

序号	病种		亚类病种		认定依据	认定材料	复审	
	编码	名称	编码	名称			周期/月	依据
15	M022 00	其他 精神 类疾 病	M022 02	抑郁 症	符合《ICD—10 国际疾病分类与诊断标准（第十版）-精神与行为障碍》抑郁症诊断标准。	精神类疾病认定医疗机构出具出院证明书（记载病情和治疗方案）或门诊诊断证明书（提供门诊病历记载病情和治疗方案）。	长期	/
			M022 04	强迫 症	符合《ICD—10 国际疾病分类与诊断标准（第十版）-精神与行为障碍》强迫症诊断标准，并至少符合以下条件中1条： 1.耶鲁-布朗强迫量表（Y-BOCS）评分符合强迫症诊断； 2.病史资料有明确的强迫行为或强迫思想，符合症状标准至少已3个月。	精神类疾病认定医疗机构出具出院证明书（记载病情和治疗方案）或门诊诊断证明书（提供门诊病历记载病情和治疗方案）。	长期	/
			M022 05	器质 性精 神病	同时满足以下条件： 1.病史资料显示由脑部疾病或躯体疾病引起精神障碍； 2.符合《ICD—10 国际疾病分类与诊断标准（第十版）-精神与行为障碍》器质性精神病的诊断标准。	精神类疾病认定医疗机构出具出院证明书（记载病情和治疗方案）或门诊诊断证明书（提供门诊病历记载病情和治疗方案）。	长期	/
			M022 07	孤独 症	病史资料有社会交往障碍，言语发育障碍，兴趣范围狭窄和刻板重复的行为模式等典型症状。	精神类疾病认定医疗机构出具出院证明书（记载病情和治疗方案）或门诊诊断证明书（提供门诊病历记载病情和治疗方案）。	长期	/
			M022 08	血管 性痴 呆	符合《ICD—10 国际疾病分类与诊断标准（第十版）-精神与行为障碍》血管性痴呆诊断标准，并包括以下2条： 1.病史资料显示认知功能和记忆力下降； 2.病史资料显示有脑血管疾病史，如脑梗死等。	精神类疾病认定医疗机构出具出院证明书（记载病情和治疗方案）或门诊诊断证明书（提供门诊病历记载病情和治疗方案）。	长期	/
			M022 09	焦虑 症	符合《ICD—10 国际疾病分类与诊断标准（第十版）-精神与行为障碍》相关精神障碍的诊断标准。	精神类疾病认定医疗机构出具出院证明书（记载病情和治疗方案）或门诊诊断证明书（提供门诊病历记载病情和治疗方案）。	长期	/
			M022 19	精神 活性 物质 所致 精神 障碍	同时满足以下条件： 1.病史资料有长期使用精神活性物质史； 2.符合《ICD—10 国际疾病分类与诊断标准（第十版）-精神与行为障碍》相关精神障碍的诊断标准。	精神类疾病认定医疗机构出具出院证明书（记载病情和治疗方案）或门诊诊断证明书（提供门诊病历记载病情和治疗方案）。	长期	/

序号	病种		亚类病种		认定依据	认定材料	复审	
	编码	名称	编码	名称			周期/月	依据
15	M02200	其他精神类疾病	M02220	儿童注意力缺陷症	符合《ICD—10 国际疾病分类与诊断标准（第十版）-精神与行为障碍》相关精神障碍的诊断标准。	精神类疾病认定医疗机构出具出院证明书（记载病情和治疗方案）或门诊诊断证明书（提供门诊病历记载病情和治疗方案）。	长期	/
			M02221	创伤后应激障碍	同时满足以下条件： 1.病史资料显示患者以一种或多种方式经历过真实死亡或死亡威胁、严重伤害或性暴力等事件，导致延迟出现和长期持续的精神障碍； 2.符合《ICD—10 国际疾病分类与诊断标准（第十版）-精神与行为障碍》相关精神障碍的诊断标准； 3.符合症状标准至少已3个月。	精神类疾病认定医疗机构出具出院证明书（记载病情和治疗方案）或门诊诊断证明书（提供门诊病历记载病情和治疗方案）。	长期	/
			M02400	阿尔茨海默病	同时满足以下条件： 1.有近半年的阿尔茨海默病门诊治疗（不少于2次）或住院病历资料（需记载有病情和治疗方案）； 2.头部影像学检查如CT或MRI等检查报告支持诊断。	1.定点医疗机构的精神科或神经专科医生开具的出院或门诊病情证明书； 2.符合认定标准的病史资料和检查报告。	长期	/
16	M03802	心脏瓣膜病（风湿性心脏病）	/	/	同时满足以下条件： 1.有心脏瓣膜疾病病史； 2.有心脏瓣膜损害、心功能不全相应症状、体征； 3.DR、心电图、心脏彩超、超声心动图等检查提示瓣膜功能异常。	1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书； 2.符合认定标准的病史资料和检查报告。	长期	/
17	M02500	癫痫	/	/	同时满足以下条件： 1.有近半年的癫痫门诊治疗或者住院治疗的记录，或者有病情波动或复发者； 2.脑电图报告符合癫痫诊断标准； 3.抗癫痫药物治疗有效，有需要长期服药治疗的医嘱。	1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书； 2.符合认定标准的病史资料和检查报告。	长期	/
18	M07000	痛风	/	/	一个及以上关节疼痛的病史资料，同时符合下列条件之一： 1.有关节炎表现，同时伴持续高尿酸血症（2次及以上）：血尿酸 $\geq 420\mu\text{mol/L}$ （7mg/dl），白细胞增高、血沉增快； 2.高尿酸血症、痛风石形成和关节畸形，累及肾脏可引起慢性间质性肾炎和尿酸性结石病，并可出现蛋白尿、高血压、肾功能不全。	1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书； 2.符合认定标准的病史资料、检查、检验报告。	长期	/

序号	病种		亚类病种		认定依据	认定材料	复审	
	编码	名称	编码	名称			周期/月	依据
19	M07106	干燥综合征 [舍格伦]	/	/	满足以下 1.2.3.4 中 3 条和第 5 条： 1.临床症状：如口腔、眼部症状符合干燥综合征典型表现； 2.Schirmer 试验阳性（≤5mm/5min）或角膜染色阳性（≥4Van Bijsterveld 计分法）； 3.组织学检查：唇腺病理示淋巴细胞灶≥1； 4.唾液流率阳性（≤1.5ml/15min）或腮腺造影或唾液腺放射性核素检查阳性； 5.自身抗体：抗 SSA 抗体或抗 SSB 抗体阳性。	1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书； 2.符合认定标准的检查、检验报告。	长期	/
20	M07900	前列腺增生	/	/	同时满足以下条件： 1.影像学检查明确提示前列腺增生，前列腺横纵径≥4cm； 2.尿流率检查<10ml/s,或残余尿≥50ml； 3.有急性尿潴留史≥1次； 4.国际前列腺症状评分 I-PSS>8 分。	1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书； 2.符合认定标准的检查报告。	长期 (前列腺手术后停止)	/
21	M04200	心脏病	/	/	同时满足以下条件： 1.具有心肌病相应的临床表现及体征； 2.辅助检查符合心肌病的诊断标准，满足以下任一条： (1)影像学检查显示左室心肌任何节段或多个节段室壁厚度≥15mm，排除高血压、主动脉瓣狭窄相关左室肥厚； (2)X 线检查心胸比>0.5,超声心动图检查示全心扩大，以左心室扩大明显，左心室舒张期末内径>2.7cm/m <sup>2</sup> ,室壁运动弥漫性减弱，射血分数小于正常值； (3)影像学检查显示两个心房明显扩张或左室舒张功能受损。	1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书； 2.符合认定标准的病史资料和检查报告。	长期	/
22	M05400	支气管哮喘	/	/	1.病史资料示反复发作喘息、气急、胸闷或咳嗽等典型的支气管哮喘临床表现； 2.满足下列其中 1 项检查阳性： (1)支气管激发试验或运动激发试验阳性； (2)支气管舒张试验阳性(吸入支气管舒张剂后，FEV1 增加≥12%，且 FEV1 增加绝对值≥200ml； (3)呼气流量峰值 (PEF) 平均每日昼夜变异>10%，或周变异率>20%。	1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书； 2.有符合认定标准的病史资料和检查报告。	长期	/

序号	病种		亚类病种		认定依据	认定材料	复审	
	编码	名称	编码	名称			周期/月	依据
23	M06700	银屑病	/	/	<p>满足第1条和第2.3条任意一条。</p> <p>1.有不同分型的相应临床表现和皮疹特点：各个时期形态的鳞屑性红斑、丘疹,无菌性脓疱,或指甲、关节病变(相应影像资料及专科诊断)等。</p> <p>2.组织病理学检查确诊。</p> <p>3.皮肤镜等影像技术检查确诊。</p>	<p>1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书；</p> <p>2.有符合认定标准的病史资料和检查报告。</p>	长期	/
24	M03600	青光眼	/	/	<p>闭角性青光眼同时具备以下1.2.3条；原发性开角型青光眼、先天性青光眼同时具备以下第1条及3、4、5、6其中两条；继发性青光眼同时具备以下第1、3条及4、5、6其中一条。</p> <p>1.裂隙灯检查：开角型青光眼眼前房不浅，闭角性青光眼表现为前房浅、房角窄，继发性青光眼表现为和原发病相关的眼前改变，先天性青光眼可有眼前节扩张的改变(也可无)；</p> <p>2.房角镜或UBM、前段OCT检查：闭角型青光眼表现为窄房角或不同程度的房角关闭；</p> <p>3.眼压测量：眼压高于21mmHg；</p> <p>4.视野检查：特征性青光眼视野损害；</p> <p>5.眼底检查：青光眼视盘改变；</p> <p>6.视盘或黄斑节细胞OCT检查：青光眼视神经纤维层厚度变薄。</p> <p>【注】排除标准：</p> <p>1.绝对期青光眼；</p> <p>2.青光眼术后眼压正常范围6月以上或术后视野无恶化改变1年以上。</p>	<p>1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书；</p> <p>2.有符合认定标准的病史资料和检查报告。</p>	长期(除外排除标准)	/
25	M04301	慢性心力衰竭	/	/	<p>同时满足以下条件：</p> <p>1.病史资料示劳力性呼吸困难、夜间阵发性呼吸困难、运动耐量降低、疲劳、双侧踝关节水肿、心脏杂音、颈静脉扩张等心衰症状或体征；</p> <p>2. NT-proBNP&gt;125ng/L 或 BNP&gt;35ng/L；</p> <p>3.超声心动图显示心脏结构和/或功能异常(射血分数&lt;50%)</p>	<p>1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书；</p> <p>2.有符合认定标准的病史资料、检验、检查报告。</p>	长期	/
26	M06101	自身免疫性肝炎	/	/	<p>满足以下条件：</p> <p>1.自身抗体检查：成人ANA、SMA或抗LKMI大于1:80；儿童大于1:20；AMA阴性；</p> <p>2.无活动性病毒感染(无感染甲、乙、丙型肝炎病毒的证据)，无过度饮酒、输血史及服用致肝损药物史及遗传肝脏疾病；</p> <p>3.血清转氨酶异常，球蛋白、<math>\gamma</math>-球蛋白水平超过正常1.5倍；</p> <p>4.肝组织学符合AIH表现：界面性肝炎。</p>	<p>1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书；</p> <p>2.符合认定标准的检查、检验报告。</p>	长期	/

序号	病种		亚类病种		认定依据	认定材料	复审	
	编码	名称	编码	名称			周期/月	依据
27	M0710	特发性炎症性肌病（皮肌炎和多肌炎）	/	/	<p>皮肌炎需同时满足下列4条，多肌炎需满足第3条：</p> <p>1.临床检查发现（至少需要2条）：Gottron征、Gottron斑疹和（或）向阳性皮疹；</p> <p>2.皮肤活检：界面性皮炎。</p> <p>3.皮肌炎肌肉特点满足下列2条或肌肉活检确诊皮肌炎/多肌炎： （1）四肢近端肌无力； （2）肌酶升高； （3）肌活检提示皮肌炎/多肌炎：淋巴细胞浸润（常在血管周围）；束周病变的依据（即：束周肌纤维COX染色淡染和/或NCAM染色阳性）。</p> <p>4.皮肌炎特异性抗体：抗TIF1-g，抗NXP2，抗Mi2，抗MDA5或抗SAE中任何一种抗体阳性。</p>	1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书； 2.有符合认定标准的病史资料、检验、检查报告。	长期	/
28	M12700	慢性高原性心脏病	/	/	<p>同时满足以下条件：</p> <p>1.有较长的高原工作生活史；</p> <p>2.具有高原性心脏病的临床表现；</p> <p>3.有肺动脉高压征象，经心电图、心脏彩超或X线胸片检查证实。</p>	1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书； 2.符合认定标准的检查报告。	长期	/
29	M00406	包虫病	/	/	<p>同时满足以下条件：</p> <p>1.已确诊包虫病且影像学检查不适合手术治疗或手术治疗后复发不能再次手术治疗；</p> <p>2.需长期服药治疗者。</p>	1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书； 2.有符合认定标准的病史资料和检查报告。	12	同认定依据
30	M07300	慢性骨髓炎	/	/	<p>同时满足以下条件：</p> <p>1.有急性骨髓炎、开放性骨折或创伤史，或慢性化脓性骨髓炎反复发作史超过3个月；</p> <p>2.病史资料示有慢性骨髓炎相关临床症状，包括局部红肿、疼痛、流脓等反复发作，死骨片自窦道排出，窦道周围皮肤色素沉着，窦道口肉芽组织增生；</p> <p>3.影像学检查或骨活检结果符合慢性骨髓炎诊断。</p>	1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书； 2.有符合认定标准的病史资料和检查报告。	24	同认定依据
31	M03300	进行性肌营养不良	/	/	<p>具有进行性肌肉无力和萎缩临床特征，同时符合以下条件之一：</p> <p>1.肌酶明显增高；</p> <p>2.肌电图检查提示肌源性损伤；</p> <p>3.肌肉病理组织学结果符合诊断标准；</p> <p>4.基因检测提示致病变异。</p>	1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书； 2.有符合认定标准的病史资料和检查报告。	长期	/
32	M08206	先天性心脏病	/	/	<p>心电图、心脏彩色多普勒、X片、心肌酶谱、冠脉造影、冠脉CT、血液等检查及检验结果符合先天性心脏病的诊断标准，并有下列各项之一的：</p> <p>1.心功能≥III级；</p> <p>2.B超提示心脏长大；</p> <p>3.严重心律失常（房扑、房颤、室性心动过速，频发室早、病窦综合征）。</p>	1.认定机构开具的出院或门诊病情证明书； 2.有符合认定标准的病史资料和检查报告。	长期	/

序号	病种		亚类病种		认定依据	认定材料	复审	
	编码	名称	编码	名称			周期/月	依据
33	M07605	慢性肾炎/肾病综合征	M07700	肾病综合征	有慢性肾脏病病史且符合下列各项之一： 1.24小时尿蛋白定量>3.5g和血浆白蛋白<30g/L； 2.有明显的肾病综合征的临床表现，24小时尿蛋白定量接近但未达3.5g/d，需认定机构专科副主任（含）以上医师签署诊断证明书和病情说明，并根据相关病史资料、24小时尿蛋白定量、血浆白蛋白、血脂、肾功能检查等进行认定。	1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书； 2.有符合认定标准的病史资料、检验、检查报告。	长期	/
			M07603	慢性肾小球肾炎	1.有蛋白尿、血尿、高血压和水肿等慢性肾小球肾炎临床表现； 2.24小时尿蛋白定量>3g。	1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书； 2.有符合认定标准的病史资料和检验报告。	长期	/

### 五问：门诊特病有多少个？病种分别有哪些？

答：门诊特殊疾病有29种。符合医保基金支付范围的部分，一个自然年度内只扣减一次二级定点医疗机构住院起付标准，城乡居民医保报销60%，职工医保报销70%。病名分别是：肝豆状核变性、普拉德—威利综合征、原发性生长激素缺乏症（儿童生长激素缺乏症）、系统性红斑狼疮、恶性肿瘤门诊治疗、血友病、再生障碍性贫血、器官移植抗排异治疗、慢性肾功能衰竭透析治疗、重症精神障碍、重症肌无力、地中海贫血、系统性硬化症（硬皮病）、艾滋病、克罗恩病、运动神经元疾病〔肌萎缩侧索硬化（ALS）〕、慢性肾脏病、噬血细胞综合征、原发免疫性血小板减少症、脑瘫、视神经脊髓炎、特发性肺间质纤维化、耐药结核病、多发性硬化、湿性年龄相关性黄斑变性（脉络膜新生血管）、白塞病、溃疡性结肠炎、肺动脉高压、天疱疮。

## 六问：门诊特病认定标准是什么（也就是说患者病情有哪些指征或指征达到什么标准才能认定为特病）？

答：具体规定如下：

序号	病种		亚类病种		认定依据	认定材料	复 审	
	编码	名称	编码	名称			周期/月	依据
1	M03200	重症肌无力	/	/	符合下列各项之一： 1.典型临床症状； 2.抗胆碱酯酶药物试验阳性； 3.血清抗 AchR 抗体阳性； 4.肌电图报告支持重症肌无力。	1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书； 2.有符合认定标准的病史资料、检验、检查报告。	长期	/
2	M01904	肝豆状核变性	/	/	1.血清铜蓝蛋白<200mg/L； 2.缓慢进行性震颤、肌僵直、构音障碍等锥体外系症状、体征或/及肝功异常、慢性进行性加重的肝硬化表现； 3.裂隙灯下证实有特异的角膜色素环； 4.24 小时尿铜>100ug； 5.肝铜含量>250ug/g（肝干重）。 患者符合上述条件中第 1 条及 2.3.4.5 条中至少 1 条可诊断。	1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书； 2.符合认定标准的检查、检验报告。	长期	/
3	M08202	普拉-利综合征	/	/	同时满足下列条件： 1.出现肌张力低下、肥胖、普拉德-威利综合征特征面容、性腺发育不全、发育迟缓、智力障碍等临床表现； 2.分子遗传学检查示父源染色体 15q11.2-q13 片段缺失或母源单亲二倍体（UPD）或印记中心缺陷。	1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书； 2.符合认定标准的病史资料和分子遗传学检查报告。	长期	/
4	M01902	原发性生长激素缺乏症（儿童生长激素缺乏症）	/	/	患者同时满足以下 9 项： 1.年龄≤18 岁； 2.身高落后于同年龄、同性别正常健康儿童身高的第三百分位数或 2 个标准差（-2SD）以下； 3.年生长速率<7cm/年（3 岁以下）；<5cm/年（3 岁—青春前期）；<6cm/年（青春期）； 4.匀称性矮小，面容幼稚； 5.骨龄落后于实际年龄 2 年以上； 6.两项生长激素（GH）药物激发试验 GH 峰值均<5ug/L； 7.血清胰岛素样生长因子 1（IGF1）水平低于同性别同年龄正常参考值范围； 8.认定资料为 3 个月内资料； 9.排除其他基础疾病。	1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书； 2.符合认定标准的检查、检验报告。	长期	/
5	M07101	系统性红斑狼疮	/	/	同时满足以下条件： 1.有明确的系统性红斑狼疮病史资料； 2.实验室检查：血常规、肾功能及相关免疫学检查等符合系统性红斑狼疮临床诊断标准。	1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书； 2.符合认定标准的病历资料和检验报告。	长期	/

序号	病种		亚类病种		认定依据	认定材料	复审	
	编码	名称	编码	名称			周期/月	依据
6	M00500	恶性肿瘤门诊治疗	/	/	<p>已确诊为恶性肿瘤（含白血病、骨髓增生异常综合征、淋巴瘤、颅咽管瘤、垂体瘤）患者且满足以下条件之一：</p> <p>1.病理组织学或细胞学结果经专科医生认定符合恶性肿瘤诊断标准；</p> <p>2.因病情或身体情况不能取得病理学组织或细胞学诊断的，需定点医疗机构专科副主任及以上医师签署诊断证明书和病情说明，根据影像学资料（CT、MRI、B超、X片等）、肿瘤标记物等资料诊断为恶性肿瘤；</p> <p>3.血液学检查或骨髓检查或染色体检查等经专科医生认定符合血液系统恶性肿瘤的诊断标准。</p>	<p>1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书；</p> <p>2.符合认定标准的检查、检验报告。</p>	长期	
7	M01200	血友病	/	/	<p>血常规、凝血因子、活化部分凝血活酶时间（APTT）以及其他凝血检查（FVIII活性、FIX活性）支持血友病的诊断。</p>	<p>1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书；</p> <p>2.符合认定标准的检验报告。</p>	长期	/
8	M01102	再生障碍性贫血	/	/	<p>同时满足以下条件：</p> <p>1.血常规检查提示全血细胞减少，淋巴细胞相对增多；</p> <p>2.骨髓检查显示至少有一个部位增生减低或重度降低；</p> <p>3.能除外其他引起全血细胞减少的疾病。</p>	<p>1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书；</p> <p>2.符合认定标准的检查、检验报告。</p>	长期	/
9	M08300	器官移植排斥治疗	M08301	肾移植	<p>同时满足以下条件：</p> <p>1.由具备器官移植手术资质的医疗机构出具器官移植术相关病历资料（出院记录、手术记录等）；</p> <p>2.造血干细胞移植术需明确为异基因造血干细胞移植（亲缘全合、亲缘半合/单倍体、无关供者/非亲缘供者移植、脐血移植等），有明确的干细胞移植/回输日期；</p> <p>3.临床诊断明确且需要长期抗排斥等治疗。</p>	<p>1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书、器官移植的病历资料；</p> <p>2.门诊随访病情记录和药物使用医嘱，符合认定标准的检查、检验报告。</p>	长期	/
			M08302	骨髓移植				
			M08303	心移植				
			M08304	肝移植	<p>同时满足以下条件：</p> <p>1.由具备器官移植手术资质的医疗机构出具器官移植术相关病历资料（出院记录、手术记录等）；</p> <p>2.造血干细胞移植术需明确为异基因造血干细胞移植（亲缘全合、亲缘半合/单倍体、无关供者/非亲缘供者移植、脐血移植等），有明确的干细胞移植/回输日期；</p> <p>3.临床诊断明确且需要长期抗排斥等治疗。</p>	<p>1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书、器官移植的病历资料；</p> <p>2.门诊随访病情记录和药物使用医嘱，符合认定标准的检查、检验报告。</p>		
			M08305	肺移植				
			M08306	肝肾移植				
			M08311	干细胞移植				

序号	病种		亚类病种		认定依据	认定材料	复 审	
	编码	名称	编码	名称			周期/月	依据
10	M00104	耐药结核病	/	/	同时满足以下条件： 1.结核病确诊病史； 2.结核菌培养阳性且至少对异烟肼或利福平耐药，或分子生物学检查阳性且至少对异烟肼或利福平耐药。	1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书； 2.符合认定标准的检查、检验报告。	24	同认定依据
11	M02100	重症精神障碍	M02101	精神分裂症	符合《ICD—10 国际疾病分类与诊断标准（第十版）-精神与行为障碍》精神分裂症诊断标准。	精神类疾病认定医疗机构出具出院证明书（记载病情和治疗方案）或门诊诊断证明书（提供门诊病历记载病情和治疗方案）。	长期	/
			M02102	双相（情感）障碍	符合《ICD—10 国际疾病分类与诊断标准（第十版）-精神与行为障碍》双相（情感）障碍诊断标准。	精神类疾病认定医疗机构出具出院证明书（记载病情和治疗方案）或门诊诊断证明书（提供门诊病历记载病情和治疗方案）。	长期	/
			M02103	偏执性精神病	符合《ICD—10 国际疾病分类与诊断标准（第十版）-精神与行为障碍》偏执性精神病诊断标准。	精神类疾病认定医疗机构出具出院证明书（记载病情和治疗方案）或门诊诊断证明书（提供门诊病历记载病情和治疗方案）。	长期	/
			M02104	分裂情感性障碍	符合《ICD—10 国际疾病分类与诊断标准（第十版）-精神与行为障碍》分裂情感障碍诊断标准。	精神类疾病认定医疗机构出具出院证明书（记载病情和治疗方案）或门诊诊断证明书（提供门诊病历记载病情和治疗方案）。	长期	/
			M02105	癫痫所致精神障碍	符合《ICD—10 国际疾病分类与诊断标准（第十版）-精神与行为障碍》癫痫性精神病诊断标准。	精神类疾病认定医疗机构出具出院证明书（记载病情和治疗方案）或门诊诊断证明书（提供门诊病历记载病情和治疗方案）。	长期	/
	M02106	精神发育迟滞伴发精神障碍	符合《ICD—10 国际疾病分类与诊断标准（第十版）-精神与行为障碍》精神发育迟滞所致精神障碍诊断标准。	精神类疾病认定医疗机构出具出院证明书（记载病情和治疗方案）或门诊诊断证明书（提供门诊病历记载病情和治疗方案）。	长期	/		

序号	病种		亚类病种		认定依据	认定材料	复 审	
	编码	名称	编码	名称			周期/月	依据
12	M07801	慢性肾功能衰竭透析治疗	/	/	满足以下条件之一： 1.慢性肾脏病（CKD）5期患者需要血液透析治疗的，根据定点医疗机构肾透析原始资料（血常规、尿常规、肾功能检查）进行认定； 2.CKD3-5期内科保守治疗无效，合并严重并发症者，经肾脏病副高及以上专科医生根据肾透析原始资料（血常规、尿常规、肾功能检查）诊断需要长期维持透析的。	1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书； 2.符合认定标准的检验报告。	长期	/
13	M07807	慢性肾脏病	/	/	符合以下条件之一： 1.肾小球滤过率 eGFR<60mL/（min·1.73m <sup>2</sup> ）； 2.实验室检查包括血常规、尿常规、肾功能检查经专科医生认定符合慢性肾脏病3期及以上临床诊断标准的（非透析）。	1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书； 2.符合认定标准的检验报告。	长期	/
14	M07107	白塞病	/	/	满足第1条和2.3.4.5条中2条以上者： 1.反复性口腔溃疡（≥3次/年）； 2.复发性生殖器溃疡或瘢痕； 3.眼损害：前葡萄膜炎、后葡萄膜炎、裂隙灯检查示玻璃体内浑浊或视网膜血管炎； 4.皮肤损害：结节性红斑，假性毛囊炎，脓性丘疹等； 5.针刺试验阳性。	1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书； 2.有符合认定标准的病史资料和检查报告。	长期	/
15	M00300	艾滋病	/	/	实验室检查 HIV 抗体筛查试验非阴性和 HIV 补充试验阳性（抗体确证阳性或核酸定性检测阳性或核酸定量大于 1000 拷贝/mL）。	1.具有诊断资质的机构开具的病情证明书； 2.有符合认定标准的病史资料和检验报告。	长期	/
16	M01501	原发性免疫性血小板减少症	/	/	血常规和骨髓检查符合原发性免疫性血小板减少症（ITP）诊断标准。	1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书； 2.有符合认定标准的检查、检验报告。	长期	/
17	M01103	地中海贫血	/	/	同时满足以下条件： 1.血常规、血红蛋白电泳、地中海贫血基因检测等支持地中海贫血诊断； 2.有相关临床症状（贫血、黄疸、肝脾肿大、儿童患者发育不良等）。	1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书； 2.有符合认定标准的检查、检验报告。	长期	/
18	M05601	特发性肺间质纤维化	/	/	同时满足以下条件： 1.胸部影像学检查提示典型特发性肺纤维化表现； 2.肺功能报告：提示限制性通气功能障碍、弥散量降低。	1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书； 2.有符合认定标准的检查报告。	长期	/

序号	病种		亚类病种		认定依据	认定材料	复 审	
	编码	名称	编码	名称			周期/月	依据
19	M06000	克罗恩病	/	/	<p>有慢性、反复腹泻、腹痛、体重下降及直肠肛周病变的病史，且内镜、影像学及病理检查符合WHO诊断标准：</p> <p>1.非连续性或区域性肠道病变； 2.肠壁全层炎症，病变伴有脓肿及狭窄； 3.病变肠段黏膜呈铺路石样或纵形溃疡； 4.结节性非干酪样肉芽肿； 5.裂沟或瘘管形成； 6.肛周病变（难治性溃疡、非典型肛瘘或肛裂等）。</p> <p>具有上述1、2、3项再加上4、5、6项之一者可认定。有1、2、3项中的2项加第4项也可认定，但须排除溃疡性结肠炎、肠结核、缺血性及放射性肠炎。</p>	<p>1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书； 2.有符合认定标准的病史资料和检查报告。</p>	长期	
20	M06501	溃疡性结肠炎	/	/	<p>临床表现为持续或反复发作的腹泻、脓血便伴腹痛、里急后重和不同程度的贫血、发热、营养不良全身症状，病程在4-6周以上且同时具有以下一项者：</p> <p>1.内镜下肠黏膜病变呈连续性、弥漫性炎症反应； 2.影像学检查：黏膜粗乱和（或）颗粒样改变；肠管边缘呈锯齿状或毛刺样改变，肠壁有多发性小充盈缺损；肠管短缩、袋囊消失呈铅管样； 3.黏膜活检和（或）手术切除标本病理检查支持溃疡性结肠炎（UC）。</p>	<p>1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书； 2.有符合认定标准的病史资料和检查报告。</p>	长期	/
21	M02800	运动神经元疾病〔肌萎缩侧索硬化（ALS）〕	/	/	<p>同时满足以下条件：</p> <p>1.慢性进行性肌萎缩，肌束震颤； 2.出现上运动神经元和（或）下运动神经元性损害体征，无感觉障碍； 3.肌电图示典型神经源性改变。</p>	<p>1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书； 2.有符合认定标准的检查报告。</p>	长期	/
22	M04000	肺动脉高压	/	/	<p>同时满足以下条件：</p> <p>1.有明确的肺动脉高压病史资料； 2.右心导管检查：静息状态下，平均肺动脉压<math>\geq 25\text{mmHg}</math>，肺毛细血管楔压<math>\leq 15\text{mmHg}</math>；或超声心动图检查：肺动脉收缩压<math>\geq 40\text{mmHg}</math>。 3.有需要长期坚持服药治疗的医嘱。</p>	<p>1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书； 2.有符合认定标准的病史资料和检查报告。</p>	长期	/

序号	病种		亚类病种		认定依据	认定材料	复审	
	编码	名称	编码	名称			周期/月	依据
23	M03701	湿性年龄相关性黄斑变性（脉络膜新生血管）	/	/	同时满足以下条件： 1.首次处方时病眼基线矫正视力0.05-0.5； 2.血管造影或OCT（全身情况不允许的患者可以提供OCT血管成像）证据符合湿性年龄相关性黄斑变性诊断标准或脉络膜新生血管诊断标准。	1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书； 2.有符合认定标准的检查报告。	长期	/
24	M03117	视神经脊髓炎	/	/	满足下列条件中的2条： 1.脊髓MRI异常病灶≥3个脊髓节段； 2.头颅MRI不符合多发性硬化（MS）诊断标准； 3.血清NMO-IgG阳性。	1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书； 2.有符合认定标准的检查、检验报告。	长期	/
25	M02900	多发性硬化	/	/	满足下列条件之一： 1.影像学（头颅或脊髓MRI）检查符合多发性硬化诊断； 2.视觉诱发电位（VEP）或听觉脑干诱发电位（ABR）或躯体感觉诱发电位（SEP）电生理检查报告符合多发性硬化诊断； 3.脑脊液检查符合多发性硬化诊断。	1.有具备开展神经内科专科诊疗资格的三级医院开具的出院或门诊病情证明书； 2.有符合认定标准的检查、检验报告。	长期	/
26	M11200	天疱疮	/	/	满足临床表现中至少1条加上组织病理和免疫诊断指标中的至少1条即可确诊。满足临床表现中至少2条加上免疫诊断指标中2条亦可确诊： 1、临床表现：（1）皮肤出现松弛性水疱和大疱，易破溃；（2）水疱和大疱破溃后形成顽固性糜烂；（3）黏膜出现水疱或糜烂；（4）尼氏征阳性。 2、组织病理：表皮或上皮细胞间棘层松解，形成水疱和大疱。 3、免疫诊断指标：（1）皮损区域或皮损周围正常皮肤DIF示IgG和/或补体网状沉积于表皮（或上皮）细胞间；（2）IIF检测到血清中出现抗表皮细胞间抗体；（3）ELISA检测到血清中出现抗Dsg抗体。	1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书； 2.有符合认定标准的检查、检验报告。	长期	/

序号	病种		亚类病种		认定依据	认定材料	复审	
	编码	名称	编码	名称			周期/月	依据
24	M01506	噬血细胞综合征	/	/	<p>1.符合以下 8 条指标中的 5 条：            (1) 发热：体温<math>\geq 38.5^{\circ}\text{C}</math>，持续<math>&gt; 7</math> 天；            (2) 脾大；            (3) 两系或三系血细胞减少；            (4) 血甘油三酯升高<math>\geq 3\text{mmol/L}</math>和（或）纤维蛋白原下降<math>&lt; 1.5\text{g/L}</math>；            (5) 血清铁蛋白升高<math>\geq 500\mu\text{g/L}</math>；            (6) 血浆可溶性 CD25 升高（<math>\geq 2400\text{U/ml}</math>）；            (7) NK 细胞活性降低或缺乏；            (8) 骨髓、脾、脑脊液或淋巴结发现噬血细胞现象。            2.分子诊断符合噬血细胞综合征。            同时满足以上两条可确诊。</p>	<p>1.认定机构开具的出院或门诊病情证明书；            2.有符合认定标准的病史资料、检验、检查报告。</p>	长期	/
28	M02601	脑瘫	/	/	<p>1.临床相关诊断明确，必须具备：            (1) 中枢性运动障碍持续存在；            (2) 运动和姿势发育异常；            (3) 反射发育异常；            (4) 肌张力和肌力异常。            2.头颅 CT、MRI 检查结果支持脑瘫诊断。</p>	<p>1.认定机构开具的出院或门诊病情证明书；            2.有符合认定标准的病史资料和检查报告。</p>	长期	/
29	M07105	系统性硬化症（硬皮病）	/	/	<p>符合下列标准，当评分总和大于等于 9 分时（同一条下选最高分值），即可诊断系统性硬化症（硬皮病）。            1.双手手指皮肤增厚并超过掌指关节远端 9 分；            2.手指皮肤硬化（仅计最高分）：手指肿胀 2 分，手指硬化（远于掌指关节，但近于近段指间关节 4 分）；            3.指端损伤（PIP 远端）：指端溃疡 2 分，指端凹陷型瘢痕 2 分；            4.毛细血管扩张 2 分；            5.甲褶微循环异常 2 分；            6.肺动脉高压和/或肺间质病变：肺动脉高压 2 分，肺间质病变 2 分；            7.雷诺现象 3 分；            8.SSc 相关自身抗体阳性（抗着丝点抗体或抗 SCL-70 抗体或抗 RNA 聚合酶 III 抗体 3 分）。</p>	<p>1.定点医疗机构开具的出院或门诊病情证明书；            2.有符合认定标准的病史资料、检验、检查报告。</p>	长期	/

## 七问：患者的慢特病到哪里去申请认定？市内认定的医疗机构有哪些？

答：参保患者申请门诊慢特病认定需持相关资料到参保辖区医保局委托的符合条件的定点医疗机构办理。市内认定医疗机构分别是：

市、县 (区)	认定医疗机构名称	
	门诊慢病	门诊特病
市本级	市中心医院、市中医院、二医院(精神病)	市中心医院、市中医院
巴州区	市中心医院、市中医院、二医院	市中心医院、市中医院
恩阳区	四川友好医院、恩阳区人民医院、恩阳区中医院、二医院(精神病)	四川友好医院、恩阳区人民医院
南江县	南江县人民医院、南江县中医医院、南江县妇幼保健院	
通江县	通江县人民医院、通江县中医医院、通江县新区医院	通江县人民医院、通江县中医医院
平昌县	平昌县人民医院、平昌县中医医院、平昌县第二人民医院	

## 八问：参保人员可以从哪里知晓门诊慢特病认定医疗机构？

答：认定门诊慢特病的定点医疗机构名单由市医保局统一在门户网站公布，方便群众查询和接受社会监督。未在市医保局网站公布的定点医疗机构不得开展门诊慢特病认定。

## 九问：患者认定慢特病需提供哪些资料？

答：参保人员申请门诊慢特病病种待遇认定，需提供社保卡或医保电子凭证、有效身份证件、《巴中市医疗保险门诊慢

特病申请（复查）表》和符合门诊慢特病相应病种认定标准的相关病历等资料。

#### **十问：门诊慢特病认定医疗机构如何认定慢特病？**

答：门诊慢特病认定医疗机构应组织主治医师及以上职称的相应病种的专业医师按门诊慢特病病种认定标准进行认定。认定结论须由相关专业医师签名，认定医疗机构审核并加盖单位公章后，每月20日前将符合条件的参保患者信息及认定结论录入国家医疗保障信息平台，认定资料经辖区医保经办机构确认后即可享受门诊慢特病医疗待遇。

#### **十一问：患者对慢特病认定有异议的如何申诉？**

答：对认定不符合门诊慢特病相关病种的参保患者，由认定医疗机构告知申请人原因，参保患者对认定结论有异议的，由委托的辖区内医保局组织复议并告知结果。

#### **十二问：慢特病患者的待遇享受时间？**

答：认定符合慢病管理的人员，其待遇自认定之日起享受；认定符合特病管理的人员，其待遇自疾病确诊之日起享受。

#### **十三问：慢特病门诊费用如何报销？**

答：慢特病患者在市内定点医疗机构就医购药时，需本人或代办人携带社会保障卡或医保电子凭证，发生的医药费用按规定直接结算；

在市外定点医疗机构发生的门诊费用应实行即时结算；无法即时结算的，需本人或代办人携带社会保障卡、原始发票、

处方或费用清单到参保地医保经办机构申请报销。

**十四问：定点医疗机构如何确保慢特病患者的慢特病门诊费用报销？**

答：定点医疗机构应将参保患者普通疾病与门诊慢特病用药实行分类管理，门诊慢特病单独处方和结算，保证结算准确性和基金安全性。凡因定点医疗机构不执行分类处方管理导致费用无法结算及扣费等问题，责任和后果由定点医疗机构自行承担。

**十五问：门诊慢特病患者的哪些费用不予报销？**

答：有下列情形之一者，基本医疗保险基金不予支付门诊慢特病医药费用：

- （一）未通过认定机构认定的病种产生的门诊医疗费用；
- （二）未在待遇享受期内发生的门诊医疗费用；
- （三）未在定点的门诊慢特病医药机构发生的医疗费用；
- （四）超出认定疾病治疗范围和超出审核量或处方剂量的门诊医疗费用；
- （五）应由公共卫生负担的医药费用；
- （六）其他违反基本医疗保险政策和本办法规定的医药费用。

**十六：市外认定的慢特病是否认可？**

省外通过基本医保参保关系转移接续在我市参加基本医疗保险的人员，符合我市门诊慢特病病种范围和达到认定标准的，提供原参保地纳入门诊慢特病管理相关资料，由转入地确认纳入。

我市参保人员在省内异地就医时，就医地的医保经办机构或委托的认定机构认定的门诊慢特病病种与我市门诊慢特病病种一致的，执行省内认定结果互认规定。

### **十七问：什么是“两病”？**

“两病”即轻症“高血压、糖尿病”。具体指已经在服用降血压和降血糖药物而病情没有达到慢病认定标准的高血压和糖尿病。

### **十八问：哪些参保人员可以享受“两病”待遇？**

答：参保职工和参保居民均可享受“两病”待遇。

### **十九问：参保职工和城乡居民“两病”待遇是否相同？**

答：相同。“两病”患者在定点医疗机构门诊发生的降血压、降血糖的药品费用，符合医保政策范围内报销的，由医保基金报销 50%，一个自然年度内累计最高支付限额：高血压 200 元，糖尿病 300 元，同时患高血压、糖尿病为 500 元。

### **二十问：“两病”认定需要参保患者提交资料吗？如何享受？**

答：参保患者不需要提供资料。卫健部门通过家庭医生签约服务、健康体检等方式纳入规范化管理的糖尿病和高血压病人，对其中病情达不到门诊慢病认定标准的，由卫健部门录入医保信息系统，即可享受“两病”待遇。

## 第五章 谈判药品和高值药品

**一问：什么是国家谈判药品？**

答：国家医保谈判药品（国谈药品）是由国家集中组织谈判确定的药品，药价大幅度降低，且纳入医保报销范围。四川省对国家谈判药品实行分类管理，分为单行支付药品、高值药品和按乙类药品支付管理的谈判药品（含竞价药品）。

**二问：单行支付药品和高值药品的报销政策？**

答：**（一）单行支付药品：**参保人员使用单行支付药品发生的药品费用不计起付线，直接纳入基本医疗保险统筹基金按比例支付，职工支付比例为70%，城乡居民支付比例为60%，个人负担部分不纳入职工大额医疗补助、公务员医疗补助、城乡居民大病保险支付范围。

**（二）高值药品：**高值药品按乙类支付管理。由个人先行自付10%后，纳入基本医疗保险基金报销。

**三问：单行支付药品和高值药品直接购买就可以报销吗？**

答：不是。对于这两类药品，按规定实行“五定”管理，即：定认定机构、定治疗机构、定责任医师、定供药机构、实名制管理。参保人员在购药前需按规定进行认定，才能享受报销待遇。患者需用单行支付药品和高值药品时，具体流程如下：

**（一）选择一家认定机构。**申请实名制建档以及病种认定。由认定机构出具《四川省基本医疗保险单行支付药品和高值药品病种认定表》并上传全省特药系统；

**（二）选择一家治疗机构。**治疗机构根据患者病情和认定

机构出具的建议治疗方案，合理开具用药处方，进行合理性审核，并将处方上传全省特药系统；

**（三）选择一家供药机构。**到供药机构购药并联网结算。

**四问：结算方式有哪些？**

**（一）联网结算：**参保人员在省内供药机构购药凭医保码或社会保障卡通过全省特药系统联网结算。

参保人员在省外就医，定点医药机构已开通异地联网结算的，发生的单行支付药品及高值药品费用，按照就医地目录直接结算。

**（二）手工结算：**参保人员在省外就医，定点医药机构未直接结算的单行支付药品及高值药品费用，通过病种和用药认定后，原则上应于就医结束三个月内持购药发票、处方等相关资料到参保地办理手工结算。

**五问：我市认定、治疗和购药机构有哪些？**

**（一）巴中市国谈药品使用认定医疗机构名称**

序号	县（区）	机构名称
1	巴州区	巴州市中心医院、巴州市中医院
2	恩阳区	巴州市恩阳区人民医院、四川友好医院
3	南江县	南江县人民医院、南江县中医医院、南江县妇幼保健院
4	通江县	通江县人民医院、通江县中医医院
5	平昌县	平昌县人民医院

## (二) 巴中市国谈药品治疗机构名称

序号	市、县(区)	机构名称
1	巴州区	巴中市中心医院、巴中市中医院、巴中骨科医院
2	恩阳区	巴中市恩阳区人民医院
3	南江县	南江县人民医院、南江县中医医院、南江县妇幼保健院
4	通江县	通江县人民医院、通江县中医医院
5	平昌县	平昌县人民医院、平昌县中医医院

## (三) 巴中市“双通道”定点药房名称

序号	县、区	机构名称	执业地址
1	巴州区	国药控股巴中医药有限公司兴文关爱大药房	巴中市巴州区南坝将军大道普天茗都 524、526 号门市
2		四川鹭燕芝兰堂医药有限公司便民药房	巴中市巴州区南坝将军大道中海名苑小区 A 栋 105-1 号门市
3		四川省巴中怡和药业连锁有限责任公司回风双通道药房	巴中市巴州区回风小区(E-03-2(1)号地块)门市
4	南江县	国药控股巴中医药有限公司南江点	巴中市南江县粮影巷 83 号
5	通江县	国药控股巴中医药有限公司通江店	巴中市通江县璧洲街道西华路 44、46 号
6		四川鹭燕芝兰堂医药有限公司通江璧州药房	巴中市通江璧州街道西华路 62 号
7	平昌县	巴中鹭燕医药有限公司平昌新平药店	巴中市平昌县同洲街道新平街社区新平街(天使广场)C1 楼 11—12 号
8		国药控股巴中医药有限公司平昌关爱店	平昌县同州街道办事处新平街(天使广场)C 栋 16、17 号

**双通道：**指国谈药品在定点医疗机构和定点药店购买。

## 第六章 医疗救助

**一问：医疗救助范围是哪些？**

答：参加我市基本医疗保险的困难职工和城乡居民。

**二问：医疗救助对象和认定部门？**

答：救助对象和认定部门分别是：

序号	救助对象	认定部门
1	特困人员	民政部门
2	孤儿	
3	低保对象	
4	低保边缘家庭成员	
5	不符合特困人员救助供养、低保或低保边缘家庭条件，但因高额医疗费用支出导致家庭基本生活出现严重困难的大病患者(简称“因病致贫重病患者”)	
6	防止返贫监测对象	农业农村部门

**三问：哪些费用可以纳入医疗救助？**

答：经基本医保、城乡居民大病保险、公务员医疗补助、职工大额医疗补助报销后符合基本医保支付范围的医疗费用。

**四问：医疗救助资助参保是如何规定的？**

答：参保资助对象参加我市城乡居民医保有全额支助和部份支助。特困人员、孤儿给予全额资助；低保对象、防止返贫监测对象按 75% 给予资助。

**五问：医疗救助对医保费用报销有哪些方式？**

包括三种方式：

**（一）常规救助：**救助对象因住院、治疗门诊慢特病发生的符合基本医疗保险基金报销的医疗费用经基本医疗、城乡居民大病保险报销后超过救助起付标准的部分，在年度救助限额内按比例救助。。

救助类型	救助对象	起付标准（元）	救助比例	年度限额（元）	备注
常规救助	特困人员、	0	100%	30000	未按规定转诊的救助对象，所发生的医疗费用原则上不纳入医疗救助范围。
	低保对象	0	70%	20000	
	防止返贫监测对象	我市上年度城乡居民人均可支配收入的 5%	65%	20000	
	低保边缘家庭成员	我市上年度城乡居民人均可支配收入的 10%	50%	10000	
	因病致贫重病患者	我市上年度城乡居民人均可支配收入的 25%	50%	10000	

**（二）倾斜救助：**对规范转诊且在省域内就医的救助对象（急诊、急症和异地长期备案人员除外），经基本医保、大病保险和医疗救助支付后，年度内个人自付合规医疗费用累计超过我市当年防止返贫监测范围的部分，救助规定如下：

救助类型	救助对象	起付标准（元）	救助比例	年度限额（元）	备注
倾斜救助	特困人员、孤儿	我市当年防止返贫监测线（2025年标准为 8500 元）	100%	10000	规范转诊且省域内就医的救助对象。
	其他救助对象		50%		

**（三）依申请救助：**因高额医疗费用支出导致家庭基本生活出现严重困难的大病患者，经民政、乡村振兴部门认定为6类救助对象的，以认定时间为节点，按照认定类别和对应救助标准，对其年度内经基本医保、补充医疗保险等支付后个人自付的合规医疗费用追溯救助。

救助对象具有多重困难身份属性的，按“待遇就高”原则实施救助，不重复享受医疗救助待遇。身份属性以出院时间为准。

#### **六问：医疗救助结算方式**

救助对象在市域内医疗救助定点医疗机构就医的，医疗救助与基本医疗保险、补充医疗保险实行“一站式”服务、“一窗口”办理、“一单制”结算。

#### **七问：医疗救助的结算时限？**

救助对象通过长期异地就医备案或转诊转院到定点医疗机构就医的（急诊急症除外），不能实现即时结算的，原则上应在费用发生次年6月底前持有关手续到参保地医保经办机构申请救助。

#### **八问：医疗救助费用报销需提交的资料？**

##### **答：（一）门诊慢特病救助：**

1.医疗救助申请表；2.医疗保险结算单；3.定点医药机构门诊发票复印件；4.救助对象身份证或户口本和社会保障卡、困难身份证明材料等复印件。

##### **（二）住院救助：**

1.医疗救助申请表；2.医疗保险结算单；3.住院发票复印件

(报销联或发票联); 4.出院证明或诊断证明复印件; 5.救助对象身份证或户口本和社会保障卡、困难身份证明材料等复印件。

复印件必须加盖公章(证件复印件除外)。

**九问：医疗保障部门需向哪些部门推送数据？推送数据的目的是什么？**

答：医疗保障部门将参保居民个人年度累计自付医疗费用超过我市上一年度城乡居民可支配收入 50% 的人员信息，在次月 5 日前推送至同级农业农村、民政和卫健部门。相关部门确定为医疗救助对象并推送给医保部门后，医保部门及时在医保信息系统标注身份，确保其享受相关医保待遇。

**十问：医疗救助资金的筹集和监督是哪个部门？**

答：财政部门负责医疗救助资金的筹集、管理，并监督资金的使用。

## 第七章 “就医费用报销一件事”政策解答

**一问：什么是“就医费用报销一件事”？**

答：“就医费用报销一件事”是指将就医相关的几个医保高频业务集成到一个专区办理，旨在简化流程，提高办理效率，减少群众跑动次数。

**二问：“就医费用报销一件事”具体包含哪些事项：**

答：（一）**职工医保个人账户家庭共济**：允许职工医保个人账户的资金用于支付近亲属在省内参加居民医保的个人缴费、支付已参保近亲属在省内定点医疗机构就医购药发生的个人自付医药费用。共济前需绑定家庭成员关系，已绑定的无需重复绑定。

（二）**异地就医备案**：异地安置退休人员备案、异地长期居住人员备案、常驻异地工作人员备案、异地转诊人员备案、其他临时外出就医人员备案。参保人根据自身情况自行选择备案类型，备案有效期内无需重复备案。

（三）**门诊慢特病费用跨省直接结算**：参保人因患有高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗、慢性阻塞性肺疾病、类风湿关节炎、冠心病、病毒性肝炎、强直性脊柱炎等已纳入跨省联网直接结算的门诊慢特病病种，按照参保地规定完成医保门诊慢特病待遇认定和异地就医备案后，跨省异地就医可在相关定点医疗机构直接结算医保费用。

（四）**医疗费用报销直接结算**：我市基本医保参保人员在省内定点医疗机构发生的医药费用，应当由医保统筹基金支付的部分，在相关的定点医疗机构直接结算。

**三问：“就医费用报销一件事”服务对象是谁？**

答：基本医疗保险参保人员。

#### 四问：“就医费用报销一件事”具体事项怎么办理？

答：**线上：**申请人进入“四川政务服务网”—“一件事服务”专区—“就医费用报销一件事”，通过个人登录后根据系统提示和指引进行操作。

**线下：**申请人可到市、县（区）市民之家办理异地就医备案业务，咨询个人账户为近亲属缴纳居民医保费业务流程。门诊慢特病费用跨省直接结算、医疗费用报销直接结算、使用职工个人账户为已参保近亲属支付就医购药发生的个人自付医药费用业务的，直接在相关定点医疗机构办理。

#### 巴中市、县（区）市民之家（经办中心）地址及联系电话

市、县（区）	地址	办理时间（工作日）	联系电话
市本级	巴州区红星路70号（市民之家二楼医保窗口）	9:00-12:00 13:30-17:00	0827-5775700
巴州区	巴州区广场街67号九洲商业城4楼（区政务服务中心医保窗口）		0827-8668073
恩阳区	恩阳区文治街道4-1号（恩阳区市民之家4楼C区1-6号）		0827-3369181
南江县	南江县集州街道红塔街（红塔大厦11楼）	9:00-12:00 14:00-18:00	0827-8227681
通江县	通江县壁州街道石牛大道403号（市民之家医保窗口）	9:00-12:00 13:30-17:00	0827-7200248
平昌县	平昌县金宝大道四段十二号		0827-6229907

注：异地就医医疗费用报销直接结算应先按照参保地规定办理异地就医备案；门诊慢特病还要先认定再备案，在跨省定点医疗治疗时，才能实现费用直接结算。

#### 五问：“就医费用报销一件事”评价

答：申请人可通过（0827-12345）服务热线对“就医费用报销一件事”业务办理流程、服务态度等方面进行好差评，提出宝贵的意见和建议。