

居民医保普通门诊慢性病申请开始

刘俊超 王洪浩

高血压、冠心病、类风湿等常见慢性疾病,看似每次花钱不多,但因为需要常年看病服药,病患的医疗费用负担也不小。好消息是,近年来威海市逐步扩充基本医保门诊慢性病病种范围,目前居民基本医疗保险的门诊慢性病种已达到77种,极大地满足了参保居民门诊慢性病诊治需要,减轻了患者的经济负担。

居民普通门诊慢性病准入鉴定工作每年第四季度开展一次,居民特定门诊慢性病准入鉴定工作每月组织一次,文登2018年的居民门诊慢性病准入申请工作已经开始,参保居民应及时办理申请手续,以免影响待遇的享受。

哪些门诊慢性病可以报销?

居民基本医疗保险可以报销的慢性病分两类:

一种是64种普通门诊慢性病:冠心病,肺心病,脑出血及脑梗塞恢复期,椎-基底动脉供血不足,高血压病,类风湿病,糖尿病患者非胰岛素治疗,结核病抗痨治疗,甲状腺机能亢进,甲状腺机能减退,肥厚型心肌病,血小板减少性紫癜,过敏性紫癜,先天性心脏病,风湿性心脏瓣膜病,心脏或血管手术后长期抗凝治疗,癫痫,精神病(含抑郁症),慢性肾功能不全,慢性肾炎,肾病综合症,慢性肺纤维化,慢性支气管炎,支气管哮喘,痛风,结石病,慢性结肠炎,胃及十二指肠溃疡,前列腺肥大,慢性前列腺炎,慢性盆腔炎,慢性附件炎,更年期综合症,股骨头缺血性坏死,肢端坏疽,创伤性关节炎,颈椎病,腰椎间盘突出症,银屑病,白癜风,帕金森氏病,脑垂体瘤,进行性延髓麻痹,重症肌无力,柯兴氏综合症,神经性耳聋,尿崩症,原发性醛固酮增多症,原发性神经性肌萎缩,脑白质多发性硬化,骨髓异常增生综合症

(MDS),真性红细胞增多症,原发性血小板增多症,溶血性贫血,骨髓纤维化,白塞氏病,皮肌炎,硬皮病,脂膜炎,结节性多动脉炎,慢性阻塞性肺疾病、干燥综合症、骨关节炎。

另一种是13种特定门诊慢性病:恶性肿瘤门诊放化疗(含保守治疗),慢性肾功能衰竭门诊透析,器官移植手术后抗排异,慢性肝炎、药物治疗,肝硬化,糖尿病患者胰岛素治疗,重性精神病药物维持治疗,系统性红斑狼疮(SLE)药物治疗、白内障门诊手术医疗、苯丙酮尿症、再生障碍性贫血、血友病、儿童和青少年注意缺陷多动障碍。

门诊慢病费用可按比例报销

参保居民申请普通门诊慢性病后,一个自然年度内,在定点医疗机构发生的门诊统筹医疗费用,起付标准为100元,起付标准以上的费用,支付比例为60%。其中,按照一档标准缴费的,年度最高支付限额为500元;按照二档标准缴费的,年度最高支付限额为1000元。

参保居民患特定门诊慢性病的,须在选定一所特定门诊慢性病定点医院治疗,发生符

合规定的医疗费用,起付标准为300元,按住院标准报销。其中,治疗定额结算病种的,按定额结算病种的有关规定执行。

慢性病门诊如何申请和就诊

参加文登居民基本医疗保险并开始享受医疗保险待遇的,同时患有政策规定的门诊慢性病病种并符合病种准入条件的参保人员,可按政策规定就近选择一家定点医疗机构申请办理门诊慢性病医疗待遇。定点医院选定后,一个年度内不予变更。

参保居民享受门诊统筹待遇资格实行准入和复查制度,经鉴定符合门诊统筹病种准入标准的可纳入门诊统筹管理,经治疗病情好转,复查后不再符合规定标准的将终止门诊统筹待遇。定点医疗机构负责门诊慢性病的申请和鉴定工作,参保人员在定点医院发生符合规定的门诊医疗费用,在定点医院即时结算。

居民申请治疗慢性病所需材料

参保居民需持近期病历资料,包括详细的门诊病历或住院病历复印件(需定点医疗机构



构盖章),相关检查报告单原件和复印件,以及本人身份证、近期2寸免冠照片、《威海市居民医疗保险门诊慢性病备案表》到定点医疗机构申请办理。文登20家公立医院、乡镇卫生院均为慢性病定点医疗机构,参保居民可就近选择定点医疗机构,申请门诊慢性病待遇资格。

门诊慢性病待遇资格可在威海市域内异地办理

参保人员可根据自身需要,在威海市范围内就近选择门诊慢性病定点医疗机构,申

请门诊慢性病待遇资格。目前威海市有16家市级门诊慢性病定点医疗机构,居民可自主选择申请门诊慢性病待遇资格。

市级门诊慢性病定点医疗机构名单如下:威海市立医院、威海市妇幼保健院、四〇四医院、威海市中医院、威海市传染病医院、威海市经区医院、威海卫人民医院、威海口腔医院、威海市中心医院、文登整骨医院、荣成市人民医院、荣成市中医医院、荣成市第二人民医院、乳山市人民医院、乳山市中医院及威海市复退军人康宁医院。

职工医保也有门诊慢性病可以报销

本报文登11月28日讯(通讯员 刘俊超 王晓涵)与居民医保报销政策不同,基本医疗保险参保职工经鉴定患门诊慢性病的,可随时在选定的定点医疗机构治疗,发生符合规定的医疗费用,起付标准为900元,按住院医疗费用的规定结算。

威海市职工基本医疗保险

门诊统筹病种共有76种:组织器官移植术后,尿毒症门诊肾透析,恶性肿瘤门诊治疗放化疗,恶性肿瘤门诊普通治疗,慢性病毒性肝炎,肝硬化,心脏瓣膜置换术后抗凝治疗,支气管哮喘,特发性肺纤维化,结核病抗痨治疗,先天性心脏病,风湿性心脏瓣膜病,慢性结肠炎,胃溃疡,十二指肠溃疡,泌尿系结

石,胆系结石,肾病综合症,慢性肾炎,慢性肾功能不全,前列腺增生,慢性前列腺炎,冠心病,脑卒中后遗症,脑出血,癫痫,帕金森病,多发性硬化,重症肌无力,椎-基底动脉供血不足,进行性延髓麻痹,原发性醛固酮增多症,甲状腺功能亢进症,高血压病,系统性红斑狼疮,结节性多动脉炎,白塞氏病,系统性硬化症,多发性皮肌炎,脂膜炎,股骨头缺血性坏

死,类风湿性关节炎,颈椎病,腰椎间盘突出,慢性盆腔炎性疾病,慢性附件炎,围绝经期综合症,创伤性关节炎,银屑病,白癜风,支端坏疽,神经性耳聋,痛风,甲状腺机能减退,肥厚型心肌病,血友病,慢性支气管炎,慢性阻塞性肺疾病,苯丙酮尿症,干燥综合症,骨关节炎。

居民医保缴费档次不同 所以报销比例也不同

本报文登11月28日讯(通讯员 刘俊超 刘梓恒)按照规定,参保居民就医发生的住院医疗费用、门诊统筹医疗费用,先由居民基本医疗保险基金按照相应标准予以支付。居民基本医疗保险基金支付住院医疗费用的起付标准为:一级医院300元、二级医院500元、三级医院800元。

参保居民按照一档缴费的,年度最高支付限额为20万

元,支付比例分别为:一级医院80%、二级医院60%、三级医院50%。参保居民按照二档缴费的,年度最高支付限额为30万元;住院医疗费用超过起付标准至4万元(含4万元)部分,支付比例分别为:一级医院80%、二级医院65%、三级医院55%;超过4万元至年度最高支付限额部分,支付比例分别为:一级医院80%,二级、三级医院均为70%。

另外,患大病居民经基

本医疗保险规定的比例补偿后,个人累计负担的合规医疗费超过大病保险1.2万元起付标准的部分,由居民大病保险给予再补偿,出院时即时结算。其中,个人累计负担的合规医疗费1.2万元以上、10万元以下的部分,给予50%补偿;10万元以上、20万元以下的部分,给予60%的补偿;20万元以上的部分,给予65%的补偿。年度最高补偿限额30万元。

社保问答



问:职工医保住院报销比例分别是多少?

答:职工基本医疗保险统筹基金支付住院费用设置起付标准和年度最高支付限额。一、二、三级医院的起付标准分别为400元、700元、900元,每次住院的起付标准相同,年度内第三次住院不再设起付标准。

统筹基金支付住院费用的年度最高支付限额为4万元。住院医疗费用超过起付标准至1万元部分,个人负担比例分别为:一级医院10%、二级医院15%、三级医院

20%;超过1万元至4万元部分,个人负担比例分别为:一级医院8%、二级医院10%、三级医院12%。

大额医疗费用救助年度最高支付限额为46万元。其中20万元以内的部分,救助比例为90%;20万元至46万元的部分,救助比例提高至80%。

退休人员住院起付标准与在职职工相同;超过起付标准以上的个人负担比例为在职职工的一半,最高支付限额与在职职工相同。

(刘俊超 孙石岩)

