

周口市医保政策明白卡

类别	政策解读				
周口市城镇职工基本医疗保险本地就医住院报销政策	参保类型	起付线	一级、二级定点医疗机构		三级定点医疗机构
	在职职工	600元	85%		80%
	退休职工	600元	90%		85%
周口市城镇职工基本医疗保险异地就医住院报销政策	急诊、临时外出就医转诊转院报销标准	参保类型	起付线	省内转诊	跨省转诊
		在职职工	600元	80%	75%
		退休职工	600元	85%	80%
异地长期居住	办理长期异地住居备案成功后，直接结算时执行与我市相同级别医疗机构的起付标准和报销比例。		政策范围内医疗保险基金支付比例为在职职工85%，退休职工90%，三级及以上定点医疗机构在职职工80%，退休职工85%。		
注意事项： 1、恶性肿瘤术后放化疗的，一个治疗疗程内，只收一次起付线； 2、24小时内同一病种，出院再入院患者只收一次起付线； 3、未按规定办理转诊转院、异地就医备案手续或自行到周口统筹区以外地市定点医疗机构就医的，也可办理异地就医住院费用直接结算，其医疗费用按规定降低20个百分点报销。					
住院待遇	政策范围	异地长期居住人员：退休后长期在周口市外居住并且户籍迁入定居地；			
		异地安置退休人员：我市基本医疗保险参保人员在周口市外长期居住且未迁户籍			
		常住异地工作人员：我市基本医疗保险参保人员被用人单位派驻周口市外长期工作			
	办理渠道（省外）	线上	目前已经开通的异地备案渠道有：1、国务院客户端；2、国家医保服务平台APP；3、国家异地就医备案微信小程序；4、国家医保局微信公众号；5、支付宝跨省通办服务平台。		
		线下	携带身份证或社保卡或居住证明材料前往参保地办理业务		
	办理渠道（省内）	线上	微信小程序搜索“河南医保”小程序，进入后点击“异地就医”模块，选择异地长期居住备案办理。		
线下		携带身份证或社保卡或居住证明材料前往参保地办理业务			
待遇享受	异地长期居住人员备案有效期内确需回参保地住院的，也可以在参保地享受医保直接结算服务，与本地就医待遇一致。				

周口市城乡居民基本医疗保险本地及异地就医住院报销政策	类别	医院等级	起付线标准(元)	报销比例
	乡级	乡镇卫生院(社区医疗机构)	150	150-800元70% 800元以上90%
	县级	二级或相当规模以下(含二级)医院	400	400-1500元63% 1500元以上83%
	市级	二级或相当规模以下(含二级)医院	500	500-3000元55% 3000元以上75%
		三级医院	1200	1200-4000元53% 4000元以上72%
	省级	二级或相当规模以下(含二级)医院	600	600-4000元53% 4000元以上72%
		三级医院	2000	2000-7000元50% 7000元以上68%
省外		2000	2000-7000元 50% 7000元以上 68%	
注意事项: 1、恶性肿瘤术后放化疗的,一个治疗疗程内,只收一次起付线; 2、14岁(含)以下起付标准减半; 3、80岁(含)以上城乡居民,报销比例提高5%,最高不超过95%; 4、未按规定办理转诊转院、异地就医备案手续或自行到周口统筹区以外地市定点医疗机构就医的,也可办理异地就医住院费用直接结算,其医疗费用按规定降低20个百分点报销。				

职工生育医疗费	待遇类型	项目	待遇标准(元)
	产前检查费	围产期保健(产前检查)	200
	生育医疗费	顺产	1400
		剖宫产	2800
剖宫产合并其他手术(非剖宫产并发症)		2800	
备注:产前检查不受定点医院限制,无需提供票据,生育后,随生育医疗费一并结算。			

职工计划生育手术医疗费	项目	待遇标准(元)
	流产	100
	引产	800
	输精管结扎	500
	输卵管结扎	500
	上环、取环	60
备注:生育或者实施计划生育手术的医疗费用实行按项目定额支付,不足定额据实支付。		

生育保险待遇	生育津贴待遇	项目	生育津贴享受天数（产假天数）	生育津贴标准
		顺产	188天（98+90）	单位上年度月平均缴费工资/30*生育津贴天数
		剖宫产或难产	203天（98+90+15）	
		生育多胞胎	每多生育一个婴儿，增加15天	
		怀孕未满4个月流产	15天	
		怀孕满4个月流产	42天	
	女职工生育或终止妊娠按照《女职工劳动保护特别规定》产假时间享受生育津贴。符合《河南省人口与计划生育条例》等法律、法规规定生育子女的，除国家规定的产假外，依法增加三个月产假。			
生育津贴核定标准	生育津贴按日发放，日标准按照女职工所在参保单位上年度月平均缴费工资除以30计算，从生育保险基金中支付。 其中，单位上年月平均缴费工资是指女职工生育或计划生育时所在单位上一个社保缴费年度的单位月平均缴费工资。			
生育津贴拨付	职工生育需分娩前连续足额缴费10个月并至分娩6个月后，可足额享受生育津贴，由医保经办机构核定生育津贴并拨付至参保职工银行账户内。			
男职工配偶（无工作单位）生育待遇	一次性生育补助金：参保男职工的配偶无工作单位，符合国家和省计划生育规定生育的，产前检查费和生育发生的医疗费按女职工相应标准的50%支付。无生育津贴待遇。			
生育并发症医疗费	女职工因妊娠而引起的合并症、并发症所发生的医疗费用实行按项目支付，相关政策按照职工基本医疗保险规定执行，纳入基本医疗保险最高支付限额。			
居民生育待遇	项目	待遇标准（元）		
	顺产	1000		
	剖宫产	2000		
备注：生育的医疗费用实行按项目定额支付，不足定额据实支付。无生育津贴待遇。				
门诊统筹	政策解读			
	起付标准	医院等级	起付标准（元）	
		基层医疗机构	无	
		二级医疗机构	50	
		三级医疗机构	50	
	报销比例	医院等级	人员类别	报销比例
		基层医疗机构	在职	55%
			退休	65%
		二级医疗机构	在职	55%
			退休	65%
		三级医疗机构	在职	50%
	退休		60%	
年度支付限额	人员类别	限额标准		
	在职	1500		
	退休	2000		
备注：一天（一个自然日）内在同一门诊统筹定点医疗机构多次就诊的负担一次起付标准。				

		门诊统筹筹资比例	城乡居民基本医疗保险年度个人缴费标准的50%		
		起付标准（元）	0		
	门诊统筹 （居民）	支付比例	60%		
		年度支付限额	城乡居民基本医疗保险年度个人缴费标准的2倍		
注意事项：限乡村基层医疗机构共用					
门诊慢性 病	门诊慢性病 申报	每月15日之前携带《周口市基本医疗保险门诊重症慢性病评审申请表》；申报人身份证复印件一份、近期免冠照片（一寸）1张；与申报病种相关的近一年住院病历复印件一份（复印件必须由病案室审核盖章确认）到评审机构进行申报，评审机构按照相关要求评审鉴定，评审通过的参保人员，次月开始享受门诊慢性病待遇。			
	门诊慢性病 病种及定额 标准	序号	病种名称	职工月定额	居民月定额
		1	恶性肿瘤（0-2年）	4000元/月	1000元/月
			恶性肿瘤（3-5年）	2000元/月	
		2	异体器官移植抗排异治疗	术后0到1年 6000元/月	术后0到1年6000元/月
				术后1到3年 4000元/月	术后1到3年4000元/月
				术后3年以上 3000元/月	术后3年以上3000元/月
		3	糖尿病（伴有严重并发症）	300元/月	200元/月
		4	肝硬化失代偿期	350元/月	200元/月
		5	系统性红斑狼疮	600元/月	200元/月
		6	强直性脊柱炎	500元/月	200元/月
		7	帕金森氏病	300元/月	200元/月
		8	急性脑血管病后遗症	220元/月	150元/月
		9	冠状动脉粥样硬化性心脏病	200元/月	150元/月
		10	高血压病（II期及以上伴靶器官损害）	200元/月	150元/月
		11	类风湿性关节炎	600元/月	200元/月
		12	慢性阻塞性肺气肿	200元/月	150元/月
		13	慢性肺源性心脏病	200元/月	150元/月
		14	结核病（免费项目除外）	300元/月	200元/月
15	重性精神病药物维持治疗	220元/月	150元/月		
16	癫痫病	200元/月	150元/月		
17	艾滋病机会性感染	300元/月	200元/月		
18	慢性肾功能不全非透析治疗	1800元/月	500元/月		

门诊
待遇

	报销政策	不设起付标准，扣除自费项目费用及乙类费用中个人首自付部分费用后，职工医保统筹基金支付比例为80%，居民医保统筹基金支付比例为65%。		
	异地结算	1、跨省异地就医联网结算的门诊慢性病有4种：高血压、糖尿病、恶性肿瘤、异体器官移植抗排异治疗。		
2、省内异地就医联网结算的除以上4种病种外，新增加了脑血管病后遗症、冠心病、慢性阻塞性肺疾病、肝硬化、系统性红斑狼疮、强直性脊柱炎、帕金森病、类风湿性关节炎。				
3、其他未开通异地联网结算的慢病病种，需要参保人员在异地门诊就诊时全额自费结算，持相关材料（门诊发票原价、医疗费用清单、处方、身份证复印件）到参保地经办机构办理报销手续。				
门诊特定药品	门诊特定药品申报	病情符合使用特药的参保人员，携带本人确诊病历复印件（加盖病历复印章）或门诊病历、二级及以上医疗机构开具的3个月内的疾病诊断证明及其他相关申报资料，到选定的定点医疗机构领取《周口市医疗保障门诊特定药品申请表》，由责任医师填写并签署意见后，到定点医疗机构医保办（科）办理申报备案手续。		
	报销政策	共214个特药，根据药品特征，分别实行限额管理和限治疗方案管理，乙类药品首自付比例根据不同药品、不同政策有差异。扣除乙类费用中个人首自付部分费用后，职工医保统筹基金支付比例为在职职工85%，退休职工90%；居民医保统筹基金支付比例为80%。		
	异地结算	异地居住人员可确定一家居住地就医定点医疗机构按周期进行治疗。目前全省有147种特药开通省内异地就医直接结算服务，实行全省统一待遇水平、统一经办规程、统一管理服务。省内及省外非直接结算的，门诊费由个人全额自费结算，持相关材料（门诊发票原件、医疗费用清单、处方、身份证复印件）到参保地经办机构办理报销手续。		
门诊重特大疾病	门诊重特大申报	符合申报范围的参保人员，携带本人确诊病历复印件（加盖病历复印章）、二级及以上医疗机构开具的3个月内的疾病诊断证明，到选定的定点医疗机构领取《周口市医疗保障门诊重特大疾病申请表》，由责任医师填写并签署意见后，到定点医疗机构医保办（科）办理申报备案手续。		
	门诊重特大病种名称及限额标准	序号	病种名称	限额标准（合规医疗费用）
		1	血液透析	7000元/月
		2	腹膜透析	6000元/月
		3	I型糖尿病	400元/月
		4	甲状腺机能亢进	200元/月
	5	再生障碍性贫血	1250元/月	
报销政策	职工医保统筹基金支付比例为在职职工85%，退休职工90%。居民医保统筹基金支付比例为80%（透析85%）。乙类诊疗项目和药品首自付比例为0。			
异地结算	异地居住人员可确定一家居住地就医定点医疗机构进行治疗。			
	跨省异地就医联网结算的病种有：血液透析、腹膜透析。			
	其他未开通异地联网结算的病种，需要参保人员在异地门诊就诊时全额自费结算，持相关材料（门诊发票原件、医疗费用清单、处方、身份证复印件）到参保地经办机构办理报销手续。			

补充 保险	城镇职工 大额补充 医疗保险 报销政策	起付线和报 销比例	同基本医疗保险					
		年度最高支 付限额	47万元					
	城乡居民 大病保险 报销政策	保障范围	参保居民一个保险年度内发生的住院医疗费用(含规定的门诊慢性病、门诊特定药品等限价、限额结算的医疗费用),经城乡居民基本医疗保险基金按规定支付后,个人累计负担的合规医疗费用超过大病保险起付线的部分,由大病保险资金按规定支付。					
		起付线	参保居民在一个保险年度内住院(含多次住院),只负担一次大病保险起付线。大病保险起付线为1.1万元。参保居民一个保险年度内住院累计发生的合规自付医疗费用超出起付线以上部分由大病保险资金按比例分段支付。					
		报销比例	1.1万-10万(含10万)报销60%,10万以上报销70%					
		年度最高支 付限额	40万元					
		倾斜政策	对特困人员、低保对象、返贫致贫人口实行大病保险政策倾斜,起付线0.55万元,0.55万-10万(含10万)报销65%,10万以上报销75%,不设年度封顶线。					
医疗 救助	救助对象	住院救助		门诊救助		住院救助和 门诊救助共 用年度最高 救助限额	对规范转诊且在省域内 就医的救助对象,救助 金额达到年度最高救助 限额,经三重制度综合 保障后正常范围内自付 医疗费用超过10000元以 上部分,给予60%的倾斜 救助	
		起付线	救助比例	起付线	救助比例		救助比例	年度救助限额
	特困人员	0	0.9	0	0.5	30000元	0.6	10000元
	低保对象	0	0.7	0	0.5	30000元	0.6	10000元
	返贫致贫 人口	0	0.7	0	0.5	30000元	0.6	10000元
	低保边缘 家庭成员	2100	0.65	0	0.3	10000元	0.6	10000元
	农村易返 贫致贫人 口	2100	0.65	0	0.3	10000元	0.6	10000元
	因病致贫 重病患者	5200	0.65	0	0.3	10000元	0.6	10000元