

## 关于本地就医

### 1. 居民医保住院待遇方面

参保居民在定点医疗机构住院,持社保卡(或医保电子凭证)刷卡(码)即时结算,未申领社保卡或医保电子凭证的参保人,可凭身份证结算。参保居民只需与定点医疗机构结算个人负担部分。

参保居民在潍坊市内定点医疗机构发生的符合规定的住院医疗费用,根据医院的等级和缴费档次确定起付标准和支付比例。参保居民在一级(含社区卫生服务中心)、二级、三级医疗机构住院,起付标准分别为200元、600元、900元。

参保居民在一个医疗年度内,在一级及以下医疗机构第二次住院,起付标准降低100元,第三次住院开始,不再设置起付标准;在二、三级医疗机构住院,每次都承担相应的起付标

准。参保人员在三级医院住院期间需转入二级及以下医院进行康复或者恢复性治疗的,作为一次住院处理,不再承担起付标准。参保居民在实行基本药物制度的一级医疗机构住院发生的基本药物费用,支付比例比规定的报销标准再提高10个百分点,但最高不超过95%(如下表)。

在市内参加城乡居民医保连续缴费满3年的(自2018年算起,不累计计算),住院报销比例提高1个百分点;在一个医疗年度内,居民基本医疗保险年度最高支付限额为15万元。

对于突发急症的参保人,可就近在非定点医疗机构住院,出院后,需携带住院报销的相关材料到参保地医保经办机构审核,审核通过后,符合急症条件就可以办理手工报销手续。

医疗机构	支付限额(元)	起付标准(元)			报销比例	
		第一次	第二次	第三次及以上	低档	高档
一级医院(含社区卫生服务中心)	150000	200	100	0	85%	90%
二级医院		600	600	600	70%	80%
三级医院		900	900	900	55%	65%

### 2. 居民医保门诊慢特病待遇方面

申办门诊慢特病的参保居民提供申请病种所需材料,到定点医疗机构或任一医保经办机构办理申办手续,也可通过“潍坊医保”微信公众号或潍坊市医疗保障局官网进行网上申报。确认备案后,可到定点医疗机构或任一医保经办机构打印门诊慢特病证,持证到选择的定点医疗机构就医,相关费用即时联网结算。

目前,潍坊市共有57种居民门诊慢特病。医疗年度内参保居民发生的

政策范围内医疗费用,起付标准按照病人选择定点医疗机构的住院起付标准执行(在一、二、三级定点医疗机构起付标准分别是200元、600元、900元),患多种疾病的,合并执行一个最高起付标准。(可识别二维码查看居民医保门诊慢特病病种)



### 3. 居民医保普通门诊待遇方面

参保居民在签约定点医疗机构发生的政策范围内的普通门诊医疗费用,纳入普通门诊统筹基金支付范围,不设

起付标准,支付比例50%,一个医疗年度内最高支付限额为450元,参保居民住院期间不享受普通门诊统筹待遇。

### 4. 居民医保大病保险待遇方面

居民政策范围内住院、门诊慢特病个人负担费用(不含异地就医的医疗费用中个人先自付部分),按规定经基本医疗保险支付后,个人累计负担超出1万元的部分,纳入居民大病保险(如右表)。

起付线	1万元
报销比例	起付线—10万元,报销60%
	10万元(含)—20万元,报销65%
	20万元(含)—30万元,报销70%
	30万元(含)以上,报销75%
封顶线	40万元

### 5. 居民医保生育医疗待遇方面

我市参保居民分娩住院医疗费用纳入居民基本医疗保险支付范围,实行定额结算,定额标准为800元。参保

人员因生育引起疾病的医疗费用,纳入居民基本医疗保险基金支付范围,按居民基本医疗保险规定办理。

### 6. 居民医保“两病”待遇方面

参保居民在定点医疗机构发生的“两病”门诊政策范围内药品费用,不设起付标准,支付比例为60%。高血压、糖尿病医疗年度医保基

金最高支付限额分别为300元、400元;合并高血压糖尿病的患者以及使用胰岛素治疗的患者年度最高支付限额为600元。

我市2023年度城乡居民医保参保缴费已开始,参加居民医保可以享受哪些待遇呢?居民医保到外地还能用吗……针对市民关心的问题,12月1日,记者联系到潍坊市医保局的工作人员,请其进行了解读。

潍坊日报社全媒体记者 王路欣



## 关于异地就医

### 1. 居民医保住院待遇方面

参保居民异地长期居住的需先办理异地长期居住备案,一次备案长期有效,在备案地就医享受与参保地就医相同的医保报销比例;在备案地以外就医,按临时外出就医政策执行。

省内跨市临时外出就医无需办理备案,跨省临时外出就医的需先办理临时外出就医备案。

参保人省内、省外临时外出就医,政策范围内费用个人首先自付10%,剩余部分按照我市待遇标准支付。

参保人异地就医时需持本人社保卡(或医保电子凭证)进行联网结算。

### 2. 居民医保门诊慢特病待遇方面

参保居民长期在省内外异地门诊慢特病就医的,需办理长期异地就医备案手续。已办理异地就医备案的参保人员,可在备案地选择已开通门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算的定点医疗机构就诊,并直接刷社保卡或医保电子凭证结算。

参保居民临时在省内其他地市门诊慢特病就医,无需办理异地备案手续,可在就医地已开通门诊慢病联网结算定点医疗机构就诊,并直接刷社保卡或医保电子凭证结算。

参保居民临时在省外其他地市慢病就医,需办理临时外出备案后,在备案地刷社保卡或医保电子凭证结算。

门诊慢特病异地就医报销比例享受同我市医疗机构就医相同的报销比例。

### 3. 居民医保普通门诊待遇方面

参保居民在省内外其他地市长期居住的,需要办理异地备案手续。已办理异地就医备案的参保人,可在备案地选择已开通普通门诊统筹跨省直接结算功能的定点医疗机构就诊,并直接刷社保卡或医保电子凭证结算。

参保居民临时在省内其他地市普通门诊就医,无需办理异地备案手续,可在就医地已开通门诊统筹联网结算定点医疗机构就诊,并直接刷社保卡结算。参保居民临时在省外普通门诊就医,需办理临时外出备案后,在备案地刷社保卡或医保电子凭证结算。

记者了解到,一个医疗年度内,参保人在省内外其他地市普通门诊就医没有起付线,报销比例为50%,最高可报销450元。

# 城乡居民医保政策解读