

## 临沧市参保人医疗保障待遇一览表（职工）

医疗类别	起付标准					职工基本医疗保险统筹基金报销					职工大额医疗费用补助				备注
	人员类型	一级及以下医院	二级医院	三级医院	备注	人员类型	一级医院	二级医院	三级医院	费用封顶（统筹基金纯支付）	人员类型	报销比例	基金封顶	起付标准	
职工普通住院	在职、退休、灵活就业人员	300	600	1200	慢性肾功能衰竭和重性精神病不设起付线	在职	95%	90%	80%	5万	在职、退休、灵活就业人员	90%	40万	0	对不符合转诊转院规范发生的住院费用，职工基本医疗保险、职工大额医疗费用补助支付比例分别下调10%。在统筹内定点医疗机构住院的受影响。
	70周岁（含）以上老年人	150	300	600		退休	98%	95%	85%						
职工普通门诊		一级及以下	二级	三级	1. 普通门诊统筹基金年度最高支付限额6000元，与住院年度最高支付限额分别计算。 2. 超过普通门诊最高支付限额的政策范围内费用，统筹基金支付比例按照就诊定点医疗机构住院支付比例执行，最高支付限额与住院年度最高支付限额（含职工大额医疗费用补助）合并计算。 3. 起付线按单次计算。										
	起付标准	30元	60元	90元											
	在职报销比例	60%	55%	50%											
	退休报销比例	65%	60%	55%											
职工门诊慢性病	人员类型	起付标准	统筹报销比例	单个病种支付限额	费用封顶（统筹基金纯支付）	1、单一慢性病病种统筹基金支付限额为2000元，参保人员罹患多种慢性病的，每增加一个病种，统筹基金报销增加1000元，统筹基金每年最高报销限额为5000元。（但是限额初始值和增加的病种限额均与审批月份的剩余有关。即：初始值限额=初始值÷12个月×当年可享受的月数，新增病种限额=1000÷12个月×当年可享受的月数，最终最高支付限额=初始值限额+新增病种限额）。 2、一个自然年度内门诊慢性病起付线累加计算，与住院统筹基金起付线分别计算；									
	在职，退休	300	80%	2000（精神病3000）	5000（每增加一个病种支付限额增加1000）										
	70周岁（含）以上老年人	150													

	病种	起付标准	报销比例	年度限额	
职工门诊 特殊病	慢性肾功能衰竭和重性精神病	0	90%	与住院最高支付 限额（含职工大 额医疗费用补 助）合并计算	一个自然年度内起付标准累加计算，最高支付限额与住院最高支付限额（含职工大额医疗费用补助）合并计算。
	其他疾病	1200（70 岁及以上 600）	按医院等 级的住院 报销比例 报销		
异地就医	执行就医地的基本医疗保险药品目录、诊疗项目、耗材的支付范围及其标准；起付标准，支付比例，最高支付限额（含大病）执行参保地的政策。统筹区外没有办理转诊转院的报销比例（含大病）降低10%。				

## 临沧市参保人医疗保障待遇一览表（居民）

医疗类别	起付标准				城乡居民基本医疗保险统筹基金报销				城乡居民大病保险报销						备注		
	一级及以下医院	二级医院	三级医院	备注	一级医院	二级医院	三级医院	统筹基金最高支付限额	人员类型	起付标准	起付标准~2万（含2万元）	2万~4万（含4万元）	4万~6万（含6万元）	6万以上		大病保险最高支付限额	
居民普通住院	300	600	1200	1. 一个自然年度内，起付标准不累计计算（按次计算）。县域内三级医疗机构起付标准和支付比例按照二级医疗机构标准执行。 2. 转院住院实行补差，低等级转高等级医院补收起付线差额，高等级转低等级医院不收取起付标准（转院住院有效期限系统自动设置为10天，10天内（含10天）完成转院住院手续的起付线补差，时间可由医保中心调整，超过10天的，按规定全额收取起付线。	90%	75%	60%	15万	普通居民	6000	60%	70%	80%	90%	40	不符合转诊转院规范发生的住院费用在临沧市内三级定点医疗机构（不含县域内三级定点医疗机构）住院的，居民基本医疗保险、居民大病保险支付比例分别下调 10%。	
										农村贫困参保人员	3000	65%	75%	85%	95%		不设最高支付限额
										脱贫稳定户、未纳入监测对象的脱贫户、脱贫不稳定户、脱贫户中的突发严重困难户、边缘易致贫户返贫致贫人	3000	65%	75%	85%	95%		
居民普通门诊	乡镇卫生院、社区卫生服务中心、村级医疗机构	二级以上定点医疗机构	统筹基金最高支付限额		门诊统筹基金年度最高支付限额为 400元。												
	50%	25%	400元														
居民门诊慢性病	起付标准	报销比例	单个病种支付限额	统筹基金最高支付限额	单一慢性病病种统筹基金支付限额为 720-3000 元不等（根据病种确定病种限额）参保人员罹患多种慢性病的，每增加一个病种，统筹基金报销增加 1000 元，累加时以自然年度内统筹基金报销额度最高的病种限额为基数，统筹基金每年最高报销限额为 5000 元。（但是限额初始值和增加的病种限额均与审批月份的剩余有关。即：初始值限额=初始值÷12个月×当年可享受的月数，新增病种限额= 1000 ÷12个月×当年可享受的月数，最终最高支付限额=初始值限额 +新增病种限额）。												
	无	60%	720-3000元（根据病种确定病种限额）	5000元（每增加一个病种支付限额增加1000元）													

	病种	起付标准	统筹基金报 销	备注		人员类型	起付标准	起付标准 ~2万（含2 万元）	2万~4万 （含4万 元）	4万~6 万 （含6 万元）	6万元以上	
居民门诊 特殊病	慢性肾功能衰竭 、重性精神病	0	90%	一个自然年度内起付标准累加 计算，最高支付限额与住院最 高支付限额（含大病保险）合 并计算	城乡居 民大病 保险	普通居民	6000	60%	70%	80%	90%	门诊特殊病进入大病保险报销后，门诊特殊病大病保险的起付线与住院大病 保险的起付线单独累计计算，但最高支付限额与住院最高支付限额合并计算 。
	其他特殊病	1200	70%			农村贫 困参保 人员	3000	65%	75%	85%	95%	
异地就医	执行就医地的基本医疗保险药品目录、诊疗项目、耗材的支付范围及其标准；起付标准，支付比例，最高支付限额（含大病）执行参保地的政策。在沧州市内（外）三级定点医疗机构（不含县域内三级定点医 疗机构）住院的，没有办理转诊转院的报销比例（含大病）降低10%。											