

“扫一扫”了解
更多医保政策



医疗保险政策“明白纸”

——之城乡居民医疗保险篇

一、参保缴费

1. 哪些人可以参加城乡居民医保？

答：（1）具有本市户籍且不属于城镇职工基本医疗保险参保范围的城乡居民；（2）非本市户籍但持有本市居住证的城乡居民；（3）本市行政区域内各类全日制高等学校、中等职业学校、中小学校的在册学生和托幼机构的在园幼儿。

2. 城乡居民基本医疗保险（农村地区原来叫“新农合”）什么时候开始参保缴费？

答：城乡居民医保实行按年参保缴费、享受待遇，参保居民应在上一年度的9月1日至12月31日集中参保期内足额缴纳下一年度个人参保费用。集中参保缴费期缴费的，按自然年度享受医保待遇。对春节返乡的外出务工人员，参保缴费时间可以延长至次年2月28日。对新生儿实行“落地”参保，新生儿在出生后的3个月内完成参保缴费，自出生之日享受医保待遇。下列群体在集中缴费期结束后可补参保：（1）连续缴纳2年职工基本医保的中断缴费人员；（2）退出现役的军人及随军未就业配偶；（3）动态新增加的特困人员、低保对象、低保边缘家庭成员、返贫致

贫困人口、防止返贫监测对象；（4）刑满释放人员。

3. 城乡居民可以通过哪些方式参加基本医疗保险？

答：城乡居民可以通过“安徽医保公共服务”、“安徽税务社保缴费”等微信、支付宝小程序、“皖事通”APP等多渠道参保缴费。

4. 城乡居民基本医疗保险费要缴多少钱？

答：城乡居民基本医保实行“个人缴费+政府补助”相结合，每年调整发布来年的缴费标准。已缴纳2023年的保费标准为960元，其中：个人缴纳350元，财政补助610元。

二、门诊、住院费用报销

5. 城乡居民普通门诊待遇怎么规定的？

答：城乡居民在参保县（区）域内定点基层医疗卫生机构（含二级乡镇卫生院或社区卫生服务中心等）、一级及以下定点医疗机构（含村卫生室、社区卫生服务站、社区诊所等）发生的普通门诊政策范围内医药费用报销比例55%，普通门诊免起付线，年度基金报销限额为150元。

6. 城乡居民高血压、糖尿病门诊待遇是怎么规定的？

答：参保城乡居民患有高血压、糖尿病“两病”确需采用药物治疗，但又未达到慢特病鉴定标准的都纳入“两病”门诊保障范围。对“两病”患者在基层定点医疗机构发生的符合规定的门

诊政策范围内药品费用，不设起付线、报销比例55%、年度基金报销限额均为150元。

7. 城乡居民基本医疗保险住院起付线是多少？

答：市内一、二、三级医疗机构基本医保起付线分别为200元、500元、700元。转市外省内医疗机构起付线为2000元，省外医疗机构起付线按当次住院总费用20%计算（不足2000元的按2000元计算，最高不超过1万元）。

8. 城乡居民基本医疗保险住院报销比例是多少？

答：市内一级及以下医疗机构起付线以上至500元(含500元)，报销比例为70%；500元以上的，报销比例为90%。市内二级和县级医疗机构起付线以上至1000元(含1000元)，报销比例为70%；1000元以上的，报销比例为80%。市内三级医疗机构报销比例65%。市外省内医疗机构报销比例为60%。省外医疗机构报销比例为55%。

9. 城乡居民基本医疗保险年度基金报销限额及保底报销分别是多少？

答：一个保险年度内，城乡居民基本医疗保险年度基金报销限额为25万元。参保城乡居民普通住院发生的符合规定的医药费用实行保底报销，保底比例省内医疗机构45%，省外医疗机构40%。

10. 意外伤害医疗保险待遇是怎么规定的？

答：意外伤害保险住院期间所发生符合规定的政策范围内的医疗费用，市内意外伤害住院起付线按市内同级医疗机构普通住院执行，意外伤害住院报销比例按在市内同级医疗机构普通住院报销比例基础上下降20个百分点执行，不实行保底报销；市外意外伤害住院起付线按市外医疗机构普通住院执行，其中市外省内住院起付线2000元、省外按当次住院医疗总费用20%计算（不足2000元的按2000元计算，最高不超过1万元），意外伤害住院报销比例均按在市内同级医疗机构普通住院报销比例基础上下降20个百分点执行，不实行保底报销。意外伤害保险单次最高支付限额为3万元，出院后7日内（含7日）因该外伤再次住院与上次住院视为同一单次住院纳入单次最高支付限额管理。

一个保险年度内，意外伤害保险报销金额与基本医疗保险其他类型报销金额一并纳入25万元年度封顶线，年度待遇享受以入院时间为准。

三、大病保险报销

11. 听说基本医保报销后如果个人看病费用比较多，还可以享受“二次报销”，有这样的医保规定吗？

答：“二次报销”一般指的是城乡居民大病保险待遇。参加我市城乡居民基本医保的人员都会自动获得城乡居民大病保险待遇资格。参保居民患门诊慢特病或住院经城乡居民基本医保报

销后，一个年度内个人负担的可报费用超过大病保险“门槛费”的部分，我市城乡居民大病保险“门槛费”为2万元，大病保险分费用段按比例报销：大病保险“门槛费”以上至5万元（含5万元），报销比例60%；5—10万元（含10万元），报销比例65%；10—20万元（含20万元），报销比例75%；20万元以上至封顶线段，报销比例80%。

12. 城乡居民大病保险年度报销有封顶线吗？是多少？

答：省内医疗机构大病保险年度封顶线为30万元，省外医疗机构大病保险年度封顶线为20万元，既含省内医疗机构医药费用，又含省外医疗机构医药费用的，执行省内医疗机构年度封顶线30万元。

13. 残疾人装配辅助器具能报销吗？

答：符合省残联等4部门《关于对参加新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险的残疾人装配辅助器具给予补助的意见》（皖残联〔2009〕4号）规定的残疾人，凭定点装配机构辅助器具装配单及发票回参保地经办机构办理报销。报销比例调整为50%（不设起付线），单次报销封顶线调整为：每具大腿假肢1700元，每具小腿假肢800元，每只助听器3500元。

14. 哪些罕见慢性病可以报销？

答：参加医保的18周岁以下苯丙酮尿症及四氢生物蝶呤缺乏症患者，在省内省级或市级妇幼健康服务机构门诊就诊，其医药

及专用食品费用纳入基本医保报销范围，不计起付线，按65%比例报销。患者凭门诊病历、处方和发票，到统筹地区经办机构办理报销。年度累计报销限额为2万元。

15. 参保孕产妇住院分娩是如何补助的？

答：参保城乡居民分娩（含剖宫产）住院定额补助为1000元。有并发症或合并症住院的按普通住院政策执行，但不再享受定额补助。

16. 城乡居民市域内转诊是怎么规定的？

答：参保城乡居民市域内就医办理转诊手续到市三级医院住院的，其报销比例由70%下降至65%，保底比例45%；参保城乡居民市域内就医未办理转诊手续直接到市三级医院住院的，报销比例为60%，实行保底报销，保底比例为40%。

17. 参保城乡居民因未履行转诊手续个人自付增加的部分是怎么规定的？

答：参保城乡居民未办理转诊手续在市域内就医的，因降低报销比例增加的个人自付医疗费用进入城乡居民大病保险报销。参保城乡居民未办理转诊手续到市域外就医的，因降低报销比例增加的个人自付医疗费用不进入城乡居民大病保险报销，全部由个人承担。

18. 哪些医药费用医保可以报销？

答：参保人员发生符合规定的医药费用纳入医保报销范围，

普通门诊政策范围内医药费用是指符合《安徽省基本医疗保险药品目录》和《安徽省基本医疗保险医疗服务项目目录》规定的；普通住院政策范围内医药费用是指符合《安徽省基本医疗保险药品目录》、《安徽省基本医疗保险医疗服务项目目录》和“安徽省城乡居民基本医保和大病保险负面清单”规定的。

“扫一扫”了解
更多医保政策



医疗保险政策“明白纸”

——之城镇职工医疗保险篇

一、参保缴费、转移、变更

1. 哪些人应当参加职工基本医疗保险？

答：全市范围内城镇所有用人单位，包括企业（国有企业、集体企业、外商投资企业、私营企业等）、机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位及其职工，都要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。

2. 职工医疗保险缴费是如何规定的？

答：用人单位以本单位上年度职工工资总额为缴费基数，用人单位费率为7%。（备注：2020年4月1日起，六安市城镇职工基本医疗保险和生育保险合并实施，我市用人单位和职工应同步参加职工基本医疗保险和生育保险，统一进行参保登记。）职工个人以本人上年度月平均工资为缴费基数，职工个人工资低于全省上年度全口径城镇单位就业人员平均工资60%的，以60%为基数计缴（当前最低缴费基数3832元）；高于300%的，以300%

为基数计缴（当前最高基数 19160 元）。个人费率均为 2%。

灵活就业人员以全省上年度全口径城镇单位就业人员平均工资 60%为缴费基数（当前为 3832 元），不设个人账户的，按 5.5%的比例缴费；设立个人账户的，按 8.5%的比例缴费。灵活就业人员不享受生育保险。

参加职工基本医疗保险的参保人员同时参加大病医疗救助（含退休人员），并按规定标准由单位或个人缴纳大病医疗救助保险费。现行六安市大病救助金缴纳标准：12 元/月/人。

用人单位和职工按月缴纳基本医疗保险费，个人缴费部分由用人单位代扣代缴。灵活就业人员通过协议银行按月代扣代缴。

3. 单位如何办理职工医疗保险参保（停保）手续？

答：六安市参保单位为职工办理医疗保险参保有两种方式。

（1）网上办理。登录“安徽医保公共服务平台”<https://ybj.ahzwfw.gov.cn/hsa-pss/hallEnter/?authCode=40d50e48-0d88-4abd-82ac-0d65b0edee75#/Index>，选择“单位”，通过政务服务网法人用户登陆，进入单位网办大厅，单位人员新参保、单位人员续保界面（备注：如果该职工在六安市参加过职工医保，请选择续保；第一次参保请选择新参保）增加，填写必填项后点击确定，显示信息提交成功即可；职工停保在单位人员停保界面办理即可。（2）线下办理。在六安市医疗保障局网站（或医保参保群 QQ）下载或者到参保地政务服务中心医保窗口领取增减员表格（一式两份），填写好参保职工的相关信息后，加盖单位公章

即可在医保窗口办理增减员手续。

六安市灵活就业人员参加职工医保既可在安徽医保公共服务平台线上办理，也可线下持有效身份证件到参保地政务服务中心医保窗口办理参保缴费或者停保手续。

（注意事项：现场办理均为每月的 1-20 日的工作日；网上办理均为每月的 1-25 日的工作日）

4. 参保职工正常缴费成功后什么时间享受医保待遇？

答：（1）灵活就业参保人员自首次（建账月）缴纳医疗保险费后第 7 个月起按规定享受医疗保险待遇，实行按月缴纳医疗保险费（同步缴纳大病救助保险），未按时缴费的，视为欠缴医疗保险费。灵活就业人员不享受生育保险。与单位解除劳动关系或领取失业保险金期满的参保人员，可以以个人身份接续医疗保险关系。（2）单位参保：随用人单位参保的人员自首次缴纳医疗保险费次月起按规定享受医疗保险待遇。生育保险：参保人分娩前在单位连续缴费 6 个月及以上的，可按规定享受生育保险待遇（财政全额拨款用人单位不享受生育津贴）。

5. 参保职工拖欠医疗保险费后什么时间开始不享受医保待遇？缴清欠费后什么时间开始享受待遇？

答：鉴于医保部门征收预算与税务征收数据传输存在时间差，单位或灵活就业人员欠费超过 1 个月的系统启用单位医疗待遇封锁功能，从欠缴次月起暂停该单位职工享受医疗保险待遇。封锁范围为：单位所有参保人员住院、慢性病补助与统筹基金支

付范围的医疗保险待遇。如存在中断参保不满三个月，医保待遇将在续保补缴后首次到账时解封，即封锁终止期为首次到账时间；如存在中断参保满三个月，系统在续保补缴后，将该人暂停参保时封锁信息终止期变更为续保日期，并产生一条新的个人医疗封锁信息，封锁期限为半年，封锁开始期为续保日期。欠费期间发生的医疗费用，医疗保险基金不予支付（即不享受报销待遇）。

6. 原来在外地参保，如何把医保关系转入到六安市？医保关系转入我市的，转移手续大概多长时间可以办结？

答：六安市医保经办机构在收到申请人出具的《基本医疗保险参保凭证》15个工作日内向原参保地发出《基本医疗保险关系转移联系函》，六安市医保经办机构在收到原参保地发出的《参保人员医疗保险类型变更信息表》和基本医疗保险个人账户金额后15日内办理保险关系及资金的衔接。

7. 我市职工如何把医保关系转到外地？医保关系转到外地的，医疗保险个人账户余额如何转移？

答：职工基本医疗保险关系暂停后，六安市医保经办机构向申请人出具《基本医疗保险参保凭证》，新参保地在收到《基本医疗保险参保凭证》后15个工作日内发出《基本医疗保险关系转移联系函》，六安市医保经办机构在收到新参保地发出的《基本医疗保险关系转移联系函》后，15个工作日内向新参保地发出我市职工的《参保人员医疗保险类型变更信息表》，并同步将其

基本医疗保险个人账户金额转出至新参保地医保经办机构银行账户，由新参保地进行职工医保信息和个账金额的录入。

8. 我市职工如何开具《参保凭证》？

答：职工基本医疗保险关系暂停后，可以通过以下方式开具个人《参保凭证》：一是线下到六安市医保经办机构，凭借本人有效身份证件开具；二是线上登录安徽医保公共服务小程序，选择【六安市】后，在业务办理页面，选择出具个人参保凭证即可。

9. 线上如何将安徽省内医保转移至六安市进行接续？

答：首先您在手机端关注“六安市医疗保障局发布”微信公众号，点击主页面左下角“医保大厅”，点击“安徽医保公共服务”。（1）选择左上角参保地【六安市】，再点击首页“医保电子凭证”，在弹出的界面勾选《你同意医保电子凭证使用并传达相关数据用于医保服务查询》，点击【授权查询】进行认证。（2）在业务办理中点击【基本医保转入申请（省内）】进入申请界面。（3）在省内基本医保关系转入申请界面中完善转出地机构信息、确认转入地机构信息、上传参保凭证后，点击【提交】即可完成省内外市的基本医保关系转入六安市的申请。（4）如何获取参保凭证：可以在安徽医保公共服务小程序中首页上选择转出地区，在个人服务中参保信息中下载参保凭证（注：转出地区的参保信息为暂停参保才能下载参保凭证）。

10. 六安市市直职工医疗（生育）保险单位参保开户申请材料需要哪些？

答：（1）六安市城镇职工医疗（生育）保险单位参保申报登记表一式两份（表格窗口可以领取）；（2）六安市城镇职工医疗（生育）保险新增人员申报花名册一份（开户时最少要有一个新增参保人员，不可开空户，表格窗口可以领取）；（3）营业执照复印件；（4）法人代表身份证复印件；（5）参保人工资流水或明细表。（备注：税务主管单位为开发区的在市直开户）

11. 单位最后一名参保人减少、单位医保销户申请材料需要哪些？

答：六安市城镇职工医疗（生育）保险减少人员申报花名册（表格窗口可以领取）、税务部门出具的清税或完税证明、营业执照复印件。

12. 参保人员个人账户是如何配置的？

答：（1）配置标准：①退休人员：原则上由统筹基金按定额划入，划入额度逐步调整到统筹地区根据《安徽省建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施办法》实施改革当年基本养老金平均水平的 2%。2022 年 7 月 1 日起按每月 70 元计入个人账户，今后按照国家规定调整。②在职人员：由个人缴纳的基本医疗保险费计入，计入标准原则上控制在本人参保缴费基数的 2%。

（2）配置时间：医保信息系统根据参保人员的缴费情况，按月自动配置个人账户。

13. 灵活就业人员退休如何办理？

答：当月凭人社养老发送短信和社保卡到医保窗口办理医保退休，医保退休当日受理申请单次月享受退休待遇。我市参保人员办理退休时，其参加基本医疗保险最低缴费年限为男满 30 周年、女满 25 周年。如有外地参保年限需提前半年办理转移手续，否则影响医保退休待遇。

14. 单位企业人员退休如何办理？

答：单位退休人员当月 20 号之前单位经办人凭“在职转退休申请表”盖章和退休批文或停发工资花名册到医保窗口办理次月享受退休待遇。以个人身份退休人员当月联系单位停保持停保后，再携带社保卡和退休批文或批文号到医保窗口办理。我市参保人员办理退休时，其参加基本医疗保险最低缴费年限为男满 30 周年、女满 25 周年。如有外地参保年限需提前半年办理转移手续，否则影响医保退休待遇。

二、门诊、住院费用报销

15. 城镇职工医保个人账户划入标准是多少？

答：自 2022 年 7 月 1 日起实施全省统一的职工门诊共济保障政策，以统账结合模式参保的在职职工（包括机关、企事业单位、灵活就业人员等）按照本人缴费基数 2% 计入个人账户；退休职工按每月 70 元计入个人账户，今后按照国家规定动态调整。

16. 职工基本医疗保险门诊共济保障范围是哪些？

答：职工在定点医疗机构（急诊、抢救除外）普通门诊发生的，以及在符合条件的零售药店门诊处方外配购药的政策范围内医疗费用，由职工医保统筹基金按规定支付。

17. 职工个人账户使用范围是哪些？

答：实现家庭成员(配偶、父母和子女)相互共济使用个人账户，用于支付政策范围内的医药费，家庭成员参加居民医保等的个人缴费，也可以用个人账户支付。

18. 职工办理退休手续后，从什么时间开始享受退休人员的门诊共济保障待遇？

答：职工办理退休手续次月起，享受退休职工个人账户计入及门诊共济保障待遇，普通门诊费用的起付标准连续计算。

19. 异地安置退休人员或异地长期居住人员等是否享受职工基本医疗保险门诊共济保障？

答：办理过备案手续的“异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员”可以在备案地享受普通门诊保障待遇，具体待遇标准参照市内普通门诊报销政策执行。

20. 城镇职工基本医疗保险住院起付线是多少？

答：一个年度内，首次住院统筹基金起付标准统一为：一级医院 400 元，二级医院 600 元，三级医院 900 元；第二次及以上住院统筹基金起付标准统一为：一级医院 300 元，二级医院 500 元，三级医院 800 元。转市外医院起付标准为 1200 元。

21. 参保城镇职工患病住院期间个人自付比例是多少？

答：一个年度内，参保人员符合基本医疗保险规定的住院医疗费用，起付标准至基本医疗保险最高支付限额，在职职工一级医院个人自付 6%，二级医院个人自付 8%，三级医院个人自付 10%；退休人员一级医院个人自付 4%，二级医院个人自付 6%，三级医院个人自付 8%。

22. 城镇职工基本医保年度封顶线是多少？

答：符合职工医疗保险支付的医疗费用，职工基本医疗保险统筹基金年度实际支付限额为 10 万元。基本医疗保险年度最高支付限额以上部分，由医疗救助金支付，支付限额为 25 万元（含基本医保 10 万）。

三、大病保险报销

23. 城镇职工大病保险起付线、报销比例和年度封顶线分别是多少？

答：我市城镇职工大病保险起付线为3万元；大病保险起付线以上至10万元，报销比例为55%；10-20万元，报销比例为65%；20万元以上部分报销比例为75%；大病保险不设年度封顶线。

“扫一扫”了解
更多医保政策



医疗保险政策“明白纸”

——之医保办事服务篇

一、慢特病门诊保障待遇认定申请

1. 一些参保居民患有高血压、糖尿病等慢性病，或患有恶性肿瘤、尿毒症等特殊疾病需要门诊长期治疗的，怎样申请办理慢特病证呢？

答：我市目前已将 70 多种慢性病、特殊病慢特病的门诊医药费用纳入医保报销。慢特病认定分为线上和线下模式。

(1) 线下认定。由参保人向开展慢特病认定服务的定点医院或市、县医保中心窗口提交相关申报材料，包括：《门诊慢特病病种待遇认定申请表》、社保卡、病历资料、检查资料等，医保中心按要求组织专家审核认定，并在 20 个工作日内出具结论。经认定符合条件的参保人员，自申请认定通过起享受慢特病门诊保障待遇。(2) 线上认定。由参保人通过微信小程序“安徽医保公共服务”-业务办理-慢性病申请-上传相关申报材料，平台在限定的工作日时限内办理。

我市正在推进心脏瓣膜置换术后、恶性肿瘤、器官移植术后、透析、血管支架植入术后、白血病等 13 种门诊慢特病的“免审

即享”，提交病历材料后不需要专家评审直接通过，享受慢特病门诊保障待遇。

二、医保异地就医结算

2. 王阿姨是我市参保居民，但长期在外地帮子女照顾小孩。她最近生病了需要在当地住院治疗，需要办理哪些手续，能否享受异地就医直接结算？

答：王阿姨属于异地长期居住人员，可通过市、县医保中心、政务服务大厅，或通过国家医保服务平台 APP、皖事通 APP、安徽省医保局微信公众号、安徽医保公共服务等线上渠道，办理异地长期居住备案。办理备案后续后，在当地异地就医联网定点医院治疗，可享受住院费用医保直接结算服务。

3. 李大伯参加我市城乡居民基本医保，因为病情治疗需要从参保地转诊到外地住院治疗，他需要办理哪些手续？

答：李大伯或他的家人可按照参保地规定在住院或门诊期间办理转诊备案手续。转诊备案可通过市、县医保中心、政务服务大厅，或通过国家医保服务平台 APP、皖事通 APP、安徽省医保局微信公众号、安徽医保公共服务等线上渠道办理。办理转诊备案后，在上外地异地就医联网定点医院治疗，可享受住院费用医保直接结算服务。

三、生育保险待遇办理

4. 刘女士是我市职工参保人员，现在怀孕三个月，她需要办理哪些手续才能享受生育保险相关待遇？

答：我市要求生产之前连续缴满6个月（补缴不算），第7个月生育可享受生育保险相关待遇，生产之前要到参保地医保经办机构进行产前登记，方可在本地医院直接结算。生产前本人或亲属携带《六安市职工生育登记表》（填写后单位盖章，一式两份）、本人社保卡及复印件、结婚证原件及复印件、生育登记证原件及复印件（准生证）、本人一寸照片两张至医保窗口办理生育登记。登记表可线下窗口获取或者在六安市医疗保障局官网及官方公众号上下载。

5. 陈女士在我市某企业上班，现在产假休完了，她可以享受生育津贴吗？

答：按企业缴费人员可享受生育津贴，在产假期满当月（158天）填写生育津贴申领表并单位盖章，携带相关材料（结婚证、准生证、出院小结、婴儿出生证明、社保卡等）至窗口申领。按国家机关、事业单位缴费的用人单位，其女职工在产假期间不享受生育津贴，工资福利仍由用人单位发放。

四、医保信息化服务

6. 如何在线自助办理医保业务？

答：我市依托国家统一的医保信息平台公共服务子系统，已将参保缴费、异地备案、参保证明打印、慢特病认定、医保定点

医院查询、医保目录查询等多项医保业务“上网”，群众可通过国家医保 APP、六安市医疗保障局微信公众号、皖事通等多渠道查询或办理，实现高频业务“网上办”、“掌上办”。具体操作方式可详见《安徽 e 保攻略（第 1 期）-教您掌上办理医保业务》。

7. 如何在线查询医保报销的门诊、住院等费用信息？

答：（1）“手机端”。可通过个人微信打开“安徽医保公共服务”小程序，或通过“六安市医疗保障局”微信公众号等进入“安徽医保公共服务”。选择左上角本人的【参保地】（如：六安市）。在“业务办理”栏目点击“个人就诊台账”，在弹出的界面中点击“就诊台账”，可查询门诊、住院等医保结算信息。（2）“电脑端”。进入“安徽省医疗保障局网站”、“安徽政务服务网”或登录“安徽医保公共服务网上服务大厅”，依次选择左侧“医保参保信息”-“医保个人就诊台账”，也可查询门诊、住院等医保结算信息。

“扫一扫”了解
更多医保政策



医疗保险政策“明白纸”

——之城镇职工生育保险篇

1. 参加了城镇职工生育保险，达到什么条件可以享受生育保险待遇？

答：按照政策规定，参保城镇女职工生产之前连续缴满6个月(补缴不算)，第7个月生育可享受生育保险相关待遇，生产之前要到参保地医保经办机构进行产前登记，方可在本地医院直接结算。

2. 参加生育保险后可享受什么待遇？

答：参加生育保险的女职工可享受生育报销；企业职工参保的，可申请生育津贴。

3. 产前登记，需要准备哪些材料？

答：生产前本人或亲属携带职工生育登记表(一式两份，填写盖章后)、本人社保卡原件及复印件、结婚证原件及复印件、生殖保健服务证(准生证)原件及复印件、本人一寸照片两张至医保窗口办理生育登记。登记表可线下窗口获取或者在六安市医疗保障局官网及官方公众号上下载。

4. 产检费用可以报销吗？

答：产检项目内容符合基本医疗保险药品、诊疗目录等，按照职工门诊共济政策予以报销，但如羊水穿刺项目、无创

DNA 等则不在医保目录范围内，不予报销。

5. 选择定点服务机构生育后，如何报销？

答：参保职工持本人社会保障卡、生育保险登记表，到其选定的生育保险定点服务机构就诊刷卡，参保职工出院只需持卡结账即可。

6. 男性职工可以享受生育保险相关政策吗？

答：男职工配偶未就业的，可由男职工申报生育补助金。需参加职工生育保险并连续足额缴纳生育保险费，其未就业配偶生育符合计划生育政策规定的，可到参保地医保经办窗口办理生育补助金申领手续。线下窗口或者官网下载男职工生育一次性补助表，填写后单位盖章，一式两份，携带结婚证、生殖保健服务证（准生证）原件及复印件、婴儿出生证明、出院小结、费用清单、住院发票、社保卡等进行申请。标准按参保女职工定点服务机构平产、剖腹产对应标准的50%报销，女方已享受过居民基本医疗保险生育定补的应予以扣除。

7. 什么情况下可以享受生育津贴？

答：按企业缴费人员可享受生育津贴，在产假期满当月（158天）填写生育津贴申领表并单位盖章，携带相关材料（结婚证、准生证、出院小结、婴儿出生证明、社保卡等）至窗口申领。按国家机关、事业单位缴费的用人单位，其女职工在产假期间不享受生育津贴，工资福利仍由用人单位发

放。

8. 目前在六安参保的职工，但是家在合肥，现在正处在孕早期阶段，异地生育如何备案登记？如何报销？

答：异地生育的备案登记手续与正常手续无变化。异地生育需先自行垫付医药费，携带发票、出院小结、费用清单、社保卡至医保经办窗口办理报销。异地生育实行定额补助，顺产 1600 元，剖宫产 3200 元。

9. 生育津贴是根据什么标准测算的？

答：依据《中华人民共和国社会保险法》第六章第五十六条“生育津贴按照职工所在用人单位上年度职工月平均工资计发”规定，自 2022 年 1 月 1 日起，测算方法是按照所在单位上年度职工月平均工资（即上年度单位职工医保参保基数平均数）。

10. 因为胎停流产了，请问可享受什么补助？

答：如果是病理性原因终止妊娠，或者因药物导致流产、胎停等情况，医院出具建议终止妊娠的病例证明即可，如果属于人为因素终止妊娠则不属于报销范围。

“扫一扫”了解
更多医保政策



医疗保险政策“明白纸”

——之基本医保门诊慢特病政策篇

1. 门诊慢特病保障对象有哪些？

答：参加我市城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险的全体参保人员。

2. 门诊慢特病病种有多少？

答：按照《安徽省基本医疗保险门诊慢特病病种目录（试行）》和《安徽省医疗保障局关于调整基本医疗保险门诊慢特病病种及门诊用药目录的通知》规定，我市执行全省统一的门诊慢特病病种，共 74 种。

3. 门诊慢特病要怎么申请？

答：参保人员在参保地经办机构（或经办机构指定的协议定点医疗机构）或在安徽医保公共服务小程序上申请办理门诊慢特病，提交《六安市基本医疗保险门诊慢特病申请表》，按认定标准提供相应的诊断证明、病历、检查、化验报告等门诊慢特病申请资料。经认定符合条件的参保人员，自申请认定通过起享受门诊慢特病保障待遇。

4. 门诊慢特病申报有没有特别规定的？

答：对诊断明确、符合认定标准的血管支架植入术后、心脏冠脉搭桥术后、白血病、慢性肾衰竭（尿毒症期）的参

保患者，可在参保地经办机构或者经办机构指定的协议定点医疗机构随时申报，及时受理、办结。

5. “多疗程住院”是怎么规定的？

答：全省统一将白血病、恶性肿瘤（放化疗、靶向治疗、免疫治疗）、脑瘫康复、慢性肾衰竭（尿毒症期）、精神障碍（重性）5种特殊慢性病住院治疗按“多疗程住院”待遇政策执行。参加我市职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险的患者，同一年度在同一家医院按此类疾病规范疗程住院治疗的，只收取年度内首次住院起付线。

6. 门诊慢特病起付线是多少？

答：参保人员在协议定点医药机构发生的门诊慢特病医药费用，基本医保起付线为500元，同时享受多种门诊慢特病待遇的，一个年度只计算一次起付线。

7. 门诊慢特病报销比例是多少？

答：职工医保报销比例为85%。支付限额为基本医疗封顶线的病种，居民医保报销比例参照普通住院，其余病种报销比例为60%。参保人员门诊慢特病医疗费用经基本医疗保险支付后，个人负担的合规费用按规定纳入大病保险、医疗救助等保障范围。

8. 同时患多种门诊慢特病的限额怎么计算？

答：按病种设定医保基金年度支付限额。同时患多种慢特病的，以支付限额最高的为基数，每增加一个病种，按照

增加病种限额的 50%增加支付额度，年度内新增病种的，按新增病种限额的 50%增加支付额度。多个病种之间经核定的支付额度共用，但年度限额为基本医疗保险封顶线的病种，其限额不与其他病种共用。申请享受门诊慢特病待遇不满 12 个月的，按实际享受待遇月数计算确定起付线和支付限额。门诊慢特病病种年度支付限额纳入基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额内管理。

9. 门诊慢特病用药目录是什么？

答：门诊慢特病用药执行《安徽省基本医疗保险慢特病门诊用药目录（试行）》，实行动态调整。《用药目录》内的医药费用由医保基金按规定支付。与病种相关必需的治疗、检查和材料等费用，按规定纳入医保支付范围。

10. 参保地变更了，影响门诊慢特病待遇享受吗？

答：对市内按照门诊慢特病认定标准鉴定并享受门诊慢特病待遇的参保人员，因参保类别或参保地发生变化，门诊慢特病可直接变更到新参保类别、参保地，起付线和报销比例按新参保类别重新计算，已使用的限额及起付线相应扣减。

11. 哪些情形将取消门诊慢特病待遇享受资格？

答：采用欺诈骗保等行为骗取医保基金的；经查实不符合门诊慢特病病种认定条件的；参保人员在待遇享受期满后未申请复审或在一个参保年度内未发生门诊慢特病费用的；

其他应取消门诊慢特病资格的情形。

“扫一扫”了解
更多医保政策



医疗救助政策“明白纸”

——之低收入人口医疗救助篇

1. 医疗救助的对象包括哪些人员？

答：医疗救助的对象包括特困人员、低保对象、低保边缘家庭成员、返贫致贫人口、防止返贫监测对象（脱贫不稳定和纳入相关部门农村低收入人口监测范围的人口）；虽不符合特困人员、低保对象或低保边缘家庭认定条件，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。

2. 救助对象分类资助参保政策是如何规定的？

答：完善城乡居民基本医保参保个人缴费资助政策，医疗救助对特困人员给予全额资助，低保对象给予 80%-90% 定额资助。过渡期内，返贫致贫人口给予 70%-80% 定额资助，防止返贫监测对象给予 50% 定额资助。已参加城乡居民基本医保，进入保障年度后新认定为救助对象的不再追补资助。

3. 救助对象的基本医疗保险是怎么规定的？

答：基本医疗保险全面实行公平普惠政策，全市基本医疗保险全体参保人员，包括特困人员、低保对象、低保边缘家庭成员、返贫致贫人口、防止返贫监测对象（脱贫不稳定和纳入相关部门农村低收入人口监测范围的人口），均享受

统一的普通基本医疗保险待遇。

4. 救助对象的大病保险是怎么规定的？

答：大病保险对特困人员、低保对象和返贫致贫人口实施倾斜支付，较普通参保人员起付标准降低 50%、报销比例提高 5 个百分点、取消封顶线。

5. 救助对象在异地就医是否给予医疗救助？

答：对救助对象在参保地定点医疗机构或按规定转诊异地就医（急诊、抢救除外）发生的合规医疗费用，经基本医疗保险、大病保险等报销后的个人自付部分按规定给予救助。

6. 救助对象年度救助起付标准是多少？

答：按救助对象家庭困难情况，分类设定年度救助起付标准。特困人员、低保对象医疗救助不设起付标准；返贫致贫人口起付标准 1500 元；低保边缘家庭成员、防止返贫监测对象起付标准 3000 元。

7. 救助对象的救助比例和年度救助限额分别是多少？

答：特困人员救助比例 90%，低保对象救助比例 75%，在起付标准以上，返贫致贫人口救助比例 70%，低保边缘家庭成员、防止返贫监测对象救助比例 60%。特困人员、低保对象、返贫致贫人口、低保边缘家庭成员、防止返贫监测对象门诊慢特病和住院共用年度救助限额 5 万元。

8. 倾斜救助是怎么规定的？

答：对特困人员、低保对象、返贫致贫人口、低保边缘家庭成员、防止返贫监测对象规范转诊且在省域内就医的，经三重制度综合保障后政策范围内个人负担超过 10000 元以上部分，给予倾斜救助，救助比例 50%，年度最高救助限额 2 万元。

9. 因病致贫重病患者的医疗救助是怎么规定的？

答：经基本医保、大病保险等报销后个人自付费用仍然较高的人员，一个年度内家庭总收入减去个人自付医疗总费用后低于农村低收入家庭标准且符合低收入家庭财产核查条件的大病患者，按照户申请、村评议、乡镇审核、县级医保与民政、乡村振兴等部门审批的程序，实行依申请救助。纳入依申请救助范围的人员在一个保险年度内，经基本医保、大病保险等支付后，对个人自付合规医疗费用超过 2 万元以上部分按 50% 给予医疗救助，年度最高救助限额 2 万元。