

滁州市医疗保障局关于印发《医疗保险政策“明白纸”》的通知

各县（市、区）医疗保障局，市医疗保障基金管理中心：

现将《医疗保险政策“明白纸”》印发给你们，请结合实际认真贯彻落实，并就有关工作事项通知如下：

一、始终坚持问题导向。抓好医保政策宣传解读，是关乎医保政策落地惠民、参保群众获得感满意度提升、医保事业发展大局的重要工作事项，各地要始终坚持群众缺什么就补什么、群众需要什么就宣传什么。运用好《医疗保险政策“明白纸”》，解决医保政策表述太专业让群众看不懂、更新不及时让群众知晓慢、提法不规范让群众有误解等问题。

二、全面加强政策解读。各地要结合本地实际，加大对医保系统内部人员和经办窗口的服务人员医保业务政策培训，要做到对政策内容熟练掌握、对政策解读通俗易懂，对案例解析准确恰当，努力让参保群众政策看得懂、待遇算得清。在“明白纸”上设置全市医保政策“二维码”，导引到局官方网站、滁州医保微信公众号、皖事通 APP 等，查询分险种、分类型、分专题等更详尽的医保政策。

三、合力确保落地见效。各地要在医保部门网站、微信公众号等渠道发布《医疗保险政策“明白纸”》。制作通俗易懂的宣传标语，在定点医药机构、基层窗口单位、人流量密集场所等处张贴宣传。联合乡镇（街道）、村（社区）向所

有参保群众家庭送达一张“明白纸”，营造良好舆论氛围，确保医保政策宣传落地见效。

附件 1：医疗保险政策“明白纸”

附件 2：医疗保险政策宣传标语

滁州市医疗保障局

2023 年 6 月 8 日

医疗保险政策“明白纸”

——之城乡居民医疗保险篇

“扫一扫”了解更多医保政策



一、参保缴费

1. 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: 正常情况下, 每年的 9 月 1 日至 12 月 31 日缴费(外出务工人员可延长至次年 2 月底), 享受期为次年 1 月 1 日至 12 月 31 日。下列群体在集中缴费期结束后可补参保: (1) 新生儿; (2) 连续缴纳 2 年职工基本医保的中断缴费人员; (3) 退出现役的军人及随军未就业配偶; (4) 动态新增加的特困人员、低保对象、低保边缘家庭成员、返贫致贫人口、防止返贫监测对象; (5) 刑满释放人员。

2. 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

3. 在定点社区卫生服务站（村卫生室）、社区诊所看病拿药可以享受哪些报销？

答：普通门诊报销。在市域内协议定点的基层医疗机构（含二级乡镇卫生院或社区卫生服务中心）、一级及以下定点医疗机构发生的普通门诊医药费用纳入城乡居民基本医疗保险报销范围。不设起付线，可报销费用报销比例为55%，单次报销封顶30元（乡镇级）、20元（村级），每日限报2次，年度封顶150元/人。

4. 在定点社区卫生服务中心（乡镇卫生院）及其他一级定点医院看病拿药、住院可以享受哪些报销？

答：（1）普通门诊报销。（2）“两病”门诊用药专项保障。经诊断患有高血压或糖尿病但未达到慢性病认定标准的，在市域内基层医疗机构（乡镇卫生院和社区卫生服务中心）购买降压药、降糖药纳入报销，不设起付线，政策范围内药品费用报销比例55%，年度内报销限额为500元/人（含普通门诊报销限额150元/人）。（3）门诊慢特病报销。我市执行全省统一的基本医保慢特病病种和认定标准，患病后经认定符合74种慢特病病种范围的，门诊看病拿药的费用一个年度内比照一次住院的方式报销，滁州市城乡居民医保I类门诊慢特病起付线为150元，报销比例为65%；II类门诊慢特病起付线500元，按当次就诊医疗机构住院比例报销。各病种按年度设定

相应的支付限额。参保人员患两种及以上 I 类慢特病的，按照新增病种是否为“关联病种”的模式，以支付限额最高的病种为基数，增加为关联病种的，增加 30% 支付额度；增加为非关联病种的，增加 60% 支付额度。居民医保年度最高支付限额为 18000 元。（4）住院报销。市内一级及以下医疗机构起付线 200 元，报销比例 85%；一个年度内，城乡居民医保待遇最高支付限额为 30 万元。

5. 在定点县级医院及其他二级定点医院看病拿药、住院可以享受哪些报销？

答：（1）门诊慢特病报销。（2）住院报销。市内二级和县级医疗机构起付线 500 元，报销比例 80%；一个年度内，居民医保待遇最高支付限额为 30 万元。

6. 在市属三级定点医院看病拿药、住院可以享受哪些报销？

答：（1）门诊慢特病报销。（2）住院报销。市内三级（市属）医疗机构起付线 700 元，报销比例 70%；一个年度内，居民医保待遇最高支付限额为 30 万元。

7. 在市域内省属三级定点医院看病拿药、住院可以享受哪些报销？

答：（1）门诊慢特病报销。（2）住院报销。市内三

级（省属）医疗机构 1000 元，报销比例 65%；一个年度内，居民医保待遇最高支付限额为 30 万元。

8. 在市域外或省外定点医院看病拿药、住院可以享受哪些报销？

答：（1）门诊慢特病报销。（2）住院报销。到市域外（不含省外）的省、市、县、乡各类别医院住院的，按照各类别医院的“门槛费”增加 1 倍、报销比例降低 10 个百分点报销；到省外医院住院的，超过当次住院总费用的 20%（低于 2000 元的按 2000 元计算，最高不超过 1 万元）“门槛费”的可报费用按 55%的比例报销。一个年度内，居民医保待遇最高支付限额为 30 万元。未经转诊到市外住院治疗的，报销比例（含保底报销）再降低 10 个百分点。恶性肿瘤放化疗、白血病、脑瘫康复等患者需要分疗程间段多次住院的特殊病患者，参保年度内同一医院只计一次起付线。对普通住院发生的符合规定的医药费用实行保底报销，保底报销比例省内医疗机构 45%，省外医疗机构 40%。

三、大病保险报销

9. 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。滁州市城乡居民医保大病保险起付线 1.5 万元，基本医疗保险报销后个人负担的合规医疗费用超过 1.5 万元（不含起付线）的部分给予适度补偿，分段累计报销，起付线以上至 5 万元按 60%、5-10 万元按 65%、10-20 万元按 75%、20 万元以上按 80%，上不封顶。

医疗保险政策“明白纸”

——之医保办事服务篇

“扫一扫”了解更多医保政策



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：我省目前已将74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》、医保电子凭证或有效身份证件、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，每月20日前正常工作日申请的，自申请认定通过起次月享受慢特病门诊保障待遇。（不包括恶性肿瘤、血管支架植入术后、心脏冠脉搭桥术后、器官移植术后、慢性肾衰竭（尿毒症期）等病种）

(2) 线上认定。由参保人通过微信小程序“安徽医保公共服务”或者通过皖事通“医保公共服务专区”-

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办理。

我省正在推进心脏瓣膜置换术后、恶性肿瘤、器官移植术后3种门诊慢特病“免申即享”医保便民新举措，有望于2023年下半年实现。

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，再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、医保信息化服务

4. 如何在线自助办理医保业务？

答：我省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75项医保业务“上网”，群众可通过国家医保APP、医保门户网、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》。

5. 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、支付宝等渠道，打开“安徽医保公共服务”小程序，或通过“安徽省医疗保障局”微信公众号、“皖事通APP”等进入“安徽医保公共服务”。选择左上角本人的【参保地】（如：滁州市）。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”

——之医疗救助篇

一、救助对象

1. 哪些人可以享受城乡医疗救助？

答：医疗救助对象分为两大类：重点救助对象和依申请救助对象。

(1) 重点救助对象：特困供养人员（简称“特困人员”）、最低生活保障对象（简称“低保对象”）、返贫致贫人口、监测人口、低保边缘家庭成员。

(2) 依申请救助对象：因病致贫重病患者（因病支出型困难家庭）、年度内动态新增加的救助对象在身份认定前当年内个人自付的合规医疗费用可依申请追溯给予相应救助。

二、救助范围

2. 救助对象看病可以享受哪些医疗救助？

答：参加基本医疗保险的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予以救助。

三、救助标准

3. 符合救助人员，可以享受的救助标准是多少呢？

答：（1）特困人员、低保对象医疗救助年度内不设起付线，救助比例分别为 85%、75%。

(2) 返贫致贫人口年度医疗救助起付线为 1500 元，救助比例为 70%。

(3) 监测人口年度医疗救助起付线为 3000 元，救助比例为 60%。

(4) 低保边缘家庭医疗救助起付线为 3000 元，救助比例为 60%。

重点救助对象住院和门诊共用年度救助限额，最高 5 万元。

对规范转诊且在省域内就医的重点救助对象，经三重制度综合保障后，特困人员、低保对象、返贫致贫人口、低保边缘家庭成员、监测人口年度内个人支付仍然较重的，适当予以倾斜救助，起付线 10000 元，救助比例为 50%，年度限额 30000 元。

(5) 依申请救助对象医疗救助标准：年度医疗救助起付线 10000 元，救助比例 50%，年度限额 50000 元。

四、救助方式

4. 医疗救助的方式有哪些？

答：(1) 重点救助对象凭相关证件和证明材料到开展即时结算的定点医疗机构就医，所发生的医疗费用，享受“一站式”结算。(2) 依申请医疗救助在户籍所在村（社区）申请，按规定报送至乡镇（街道）政府，按照医疗救助手工报销程序办理。

医疗保险待遇政策宣传标语

一、参保筹资宣传标语

生病有“医”靠，健康有“保”障

一份医保，一生安好

人人参加医保，户户享有保障

个人缴费，政府补助，全民参加医疗保险

一人生病众人帮，医疗保险保健康

医疗保险，互助共济，人人为我，我为人人

每天节省一元钱，参加医保保一年

为父母参加医保，尽一份孝心；

为儿女参加医保，献一份爱心；

为自己参加医保，守一份安心

二、保障待遇宣传标语

看病花钱不再难，医保帮您过难关

门诊费用能报销，“两病”“慢病”守护好

县内医院看病好，医保报销待遇高

基本医保、大病保险、医疗救助齐发力，看病报销没问题