

成都市参保大学生 在待遇有效期内可享受医保待遇

参加成都市城乡居民基本医疗保险的大学生参保人员，
在待遇有效期内可享受以下待遇：

一、住院待遇

1、基本医疗保险：

(1) 起付线：乡镇卫生院、社区卫生服务中心和一级医院 100 元，二级医院 200 元，三级医院 500 元；

(2) 封顶线：2022 年度为 315798 元；

(3) 报销比例：乡镇卫生院和社区卫生服务中心 95%，一级医院 85%；二级医院 75%；三级医院 60%。

(4) 报销公式：（医疗费用总额-起付标准-比例自付金额-全自费-超限价自费）× 报销比例

2、城乡居民大病保险：

(1) 起付标准及封顶线：2022 年度成都市城乡居民大病保险起付标准为 22878 元；无封顶线；

(2) 报销比例：单次或多次住院需个人负担的合规医疗费用累计超过起付标准的金额，0-5000 元部分报销比例为 60%；5000 以上-20000 元部分报销比例为 85%；20000 以上-50000 元部分报销比例为 90%；50000 元以上部分报销比例为 96%。

3、大病医疗互助补充保险：

(1) 报销比例：参加我市大病医疗互助补充保险的参保人员，发生的医疗费用在基本医疗保险政策范围内报销后的剩余部分，符合大病医疗互助补充保险报销范围的一次性住院费用，由大病医疗互助补充保险资金实行级距式分段按比例支付，具体比例如下：剩余部分在 10000 元以下(含 10000 元) 的支付比例为 77%；剩余部分在 10000 元至 30000 元以下(含 30000 元) 的支付比例为 80%；剩余部分在 30000 元至 50000 元以下(含 50000 元) 的支付比例为 85%；剩余部分在 50000 元以上的支付比例为 90%。

异地就医未办理备案登记的报销比例下降 10%。

(2) 报销计算公式：[一次性住院费用总额（含门诊特殊疾病医疗费）（除单价在 10000 元及以上的特殊医用材料的个人首先自付费用）-全自费-起付标准-基本医疗保险统筹基金支付额]×报销比例

使用植入人体材料和人体器官等特殊医用材料单价在 10000 元及以上的，个人首先自付部分按 50%纳入支付。

参保人员在定点医疗机构发生的肝脏或者心脏移植手术费用由大病医疗互助补充保险资金定额支付，定额支付标准为 4 万元。

(3) 年度最高支付限额：40 万元。

二、门诊特殊疾病待遇

1、病种

第一类：1. 阿尔茨海默病2. 脑血管所致精神障碍3. 癫痫所致精神障碍4. 精神分裂症5. 躁狂症6. 抑郁症7. 双相情感障碍8. 焦虑症9. 强迫症

第二类：1. 高血压病2. 糖尿病3. 风湿性心脏病4. 高血压性心脏病 5. 冠状动脉粥样硬化性心脏病6. 慢性肺源性心脏病7. 脑血管意外后遗症8. 肝硬化9. 帕金森氏病10. 硬皮病11. 地中海贫血12. 干燥综合征13. 重症肌无力14. 类风湿性关节炎

第三类：1. 结核病2. 慢性活动性肝炎3. 甲状腺功能亢进4. 甲状腺功能减退5. 慢性阻塞性肺疾病6. 青光眼

第四类：1. 恶性肿瘤2. 器官移植术后抗排斥治疗3. 再生障碍性贫血4. 骨髓增生异常综合征5. 系统性红斑狼疮6. 肾病综合征7. 慢性肾脏病8. 慢性肾脏病门诊血透9. 血友病10. 肝豆状核变性11. 普拉德-威利综合征12. 原发性生长激素缺乏症

2、起付标准及门特起付线：

一个自然年度内，第一、四类病种不计起付标准；第二、三类病种计一次起付标准。城乡居民基本医疗保险参保人员：乡镇卫生院、社区卫生服务中心100元，一级医疗机构100元，二级医疗机构200元，三级医疗机构500元。

起付标准以一个自然年度内首次结算医疗费用时的治疗机构确定，如参保人员在自然年度内更换治疗机构，起付

标准按更换后的治疗机构重新计算。参保人员有效认定病种包含多类病种时，起付标准计算次数按照最少次数的病种确定。

3、报销比例：基本医疗保险和城乡居民大病保险报销比例和住院一致，大病医疗互助补充保险的报销比例为：基本医疗保险政策范围内报销后的剩余部分，符合大病医疗互助补充保险报销范围的，由大病医疗互助补充保险资金按 **77%** 的比例支付。

4、报销公式：（医疗费用总额-起付标准-比例自付金额-全自费-超限价自费）× 报销比例

三、大学生门诊待遇

1. 普通门诊。大学生在校医院或指定的定点医疗机构以及经校医院或指定的定点医疗机构同意转院治疗所发生的符合基本医疗保险报销范围的门诊医疗费，符合基本医疗保险药品目录、医用耗材目录、医用耗材目录等医疗保险支付范围的，由校医院或指定的定点医疗机构按60%的比例报销，个人负担40%。一个保险有效期内医疗保险基金为一名大学生支付的门诊费用不超过500元。

2. 外伤门诊。除《成都市城乡居民基本医疗保险暂行办法》第十五条规定的情形外，大学生因外伤发生的符合基本医疗保险报销范围的门诊医疗费，50元以上的部分按90%报销。一个保险有效期内，医疗保险基金为一名大学生支付的

外伤门诊医疗费最高不超过800元。

四、高血压糖尿病门诊用药保障

1. 保障对象：参加我市城乡居民基本医疗保险的“两病”患者中，未达到我市基本医疗保险门诊特殊疾病认定标准，但确需服药治疗且在乡镇卫生院或社区卫生服务中心登记备案治疗的参保人员（通过门诊特殊疾病认定的参保人员，可自愿选择按照本办法执行）。

2. 用药范围：基本医疗保险目录内用于降血压、降血糖的治疗性药物。“两病”门诊治疗机构应当优先选用目录甲类药品，优先选用国家基本药物，优先选用通过一致性评价的品种，优先选用集中招标采购中选药品。

3. 保障待遇

（1）支付比例：“两病”门诊不设起付线。城乡居民基本医疗保险参保患者在“两病”定点治疗机构发生的“两病”门诊政策范围内药品费用由城乡居民基本医疗保险统筹基金支付，支付比例为60%。

（2）支付标准：“两病”门诊医保支付标准，按照四川省医疗保障局相关规定执行。

（3）支付限额：城乡居民基本医疗保险参保患者高血压门诊用药最高支付限额为200元/人/自然年，糖尿病门诊用药最高支付限额为300元/人/自然年。同时患有两个疾病的，最高支付限额合并计算。

(4) 保障衔接：城乡居民基本医疗保险参保患者不重复享受我市高血压、糖尿病门诊特殊疾病报销待遇和“两病”门诊用药待遇保障

五、城乡居民生育保险待遇

对参保人员中符合计划生育政策的孕产妇，参保居民孕28周以上住院分娩(含孕28周以上非人为原因终止妊娠)的，享受妊娠期间门诊产前常规检查定额补助、住院分娩定额补助和分娩期间新生儿护理费定额补助待遇。其中，妊娠期间门诊产前常规检查定额补助标准为每人400元。住院分娩定额补助标准在一级及以下医疗机构正常生产的每人1000元，剖宫生产的每人1400元；在二级及以上医疗机构正常生产的每人1200元，剖宫生产的每人1600元。新生儿护理费定额补助标准为每个新生儿100元。

参保居民孕28周以内住院分娩发生的生育医疗费实施定额补助。其中，妊娠满12周不到28周流产的定额补助标准为700元。妊娠不满12周流产的定额补助标准为210元。

除定额补助外，如参保居民生育住院期间发生并发症、合并症的，住院医疗费扣除生育医疗费用定额支付金额后，由城乡居民基本医疗保险、城乡大病保险、大病医疗互助补充保险按规定予以报销。

