**城镇职工、城乡居民基本医疗保险待遇**

**一、职工医保普通门诊医疗费用报销**

参保人员在定点医疗机构发生的符合国家和省规定的药品、医用耗材和医疗服务项目范围内的普通门诊医疗费用纳入统筹基金支付。一个自然年度内，统筹基金按下列规定支付：

（一）普通门诊统筹的起付标准为：300 元。

（二）政策范围内支付比例按照医疗机构等级设置为：三级55%，享受职工医保退休待遇的人员支付比例提高 5 个百分点,为60%。

（三）最高支付限额 2000 元；享受职工医保退休待遇的人员年度最高支付限额3000 元。

**二、住院医疗待遇（含生育医疗待遇）**

**（一）城镇职工基本保险住院医疗待遇**

起付标准：三级定点医院800元。治疗精神病发生的住院医疗费用报销不设起付线；恶性肿瘤放化疗发生的医疗费用报销在一个自然年度内自第二次住院起不设起付线。在本市范围内年度内两次以上住院起付标准逐次降低100元，但起付标准最少不低于100元。

 报销比例：三级定点医疗机构为85%,年度内统筹基金最高支付限额为10万元。

参保职工发生的超过城镇职工基本医疗保险统筹基金年度累计最高支付限额的，且符合城镇职工基本医疗保险支付范围的医疗费用进入大病补偿，由大病保险基金报销90%，年度内累计最高支付限额为40万元。

**（二）城乡居民基本保险住院医疗待遇**

起付标准：三级定点医院600元。

报销比例：三级定点医院60%。城乡居民基本医保年度补偿限额为10万元。

城乡居民大病保险年度限额为30万元，特困人员、低保对象和返贫致贫人口取消年度最高支付限额。

城乡居民参保人员在基本医疗保险报销后，年度累计政策范围内个人负担部分医药费超过1.9万元的部分，按60%的比例报销。特困人员、低保对象和返贫致贫人口起付线标准为0.95万元，报销比例为65%。

**三、下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围**

（1）应当从工伤保险基金和生育基金中支付的；

（2）应当由第三人负担的；

（3）应当由公共卫生负担的；

（4）在境外就医的；

（5）按有关规定不予支付的其他情形。