门诊特殊慢病报销流程、病种及医疗待遇

一、门诊特殊慢性病医保报销流程

只针对于所办理的慢性病种才能够报销，用药与诊断相符，和病种无关的检查和药品不给予报销。开具处方：特殊慢性病种的药品、检查应与非特殊慢性病种分开开。原则上开药量为1个月，对确有需要的慢性病参保人员，经诊治医生评估后，一次处方药量可在遵循医嘱的条件下延长至12周，医保可实行按长期处方结算。

挂号 就诊（出示慢性病卡） 医生经诊治后，开具慢性病电子处方 医疗服务监督窗口审批（政策范围内给予报销，审批不通过告知病人自费） 缴费（至人工窗口出示医保卡或医保电子凭证进行医保报销）

二、门诊特殊慢性病病种及医疗待遇

全市职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险执行统一的门诊慢性病、特殊病病种及认定标准。

①第一类9种:恶性肿瘤门诊治疗(含白血病)、系统性红斑狼疮、地中海贫血(含输血)、再生障碍性贫血、血友病、帕金森氏综合症、慢性肾功能衰竭(尿毒症期)、器官移植抗排异治疗(肾移植抗排异治疗、骨髓移植抗排异治疗、心移植抗排异治疗、肝移植抗排异治疗、肺移植抗排异治疗、肝肾移植抗排异治疗)、耐多药肺结核。

②第二类28种: 重性精神病、儿童生长激素缺乏症、高血压伴有并发症、冠心病、慢性心力衰竭、心肌病、糖尿病伴有并发症、慢性支气管炎、慢性阻塞性肺疾病、支气管哮喘、癫痫、脑卒中、重症肌无力、慢性肝炎、肝硬化、慢性肾脏病、结核、精神病、心房颤动、儿童孤独症、克罗恩病、强直性脊柱炎、重度骨质疏松症、阿尔茨海默病、类风湿性关节炎、青光眼、系统性硬皮病、血吸虫病。

符合门诊慢特病认定条件的参保人员，自申请认定通过后方可享受门诊慢特病保障待遇。

门诊慢特病参保人员在门诊发生的政策范围内医疗费用不再设置起付线，分别按城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险规定的住院支付比例进行报销。

门诊慢特病参保人员跨省异地就医的，按照跨省异地就医有关住院报销政策执行。

Ⅰ类门诊慢特病年度最高支付限额不设具体金额，与住院统筹基金年度最高支付限额合并计算；Ⅱ 类慢性病年度最高支付限额按病种分别确定，与住院统筹基金年度最高 支付限额合并计算。

办理了多个Ⅱ类门诊慢特病的，职工医保年度基金最高支付限额不超过 10000 元，重性精神病、克罗恩病、系统性硬皮病限额单独计算，不纳入多病种限额；居民医保年度基金最高支付限额不超过7000 元，重性精神病、儿童孤独症、克罗恩病、系统性硬皮病限额单独计算，不纳入多病种限额。