

一、职工医疗保障政策

1.职工门诊医疗保障

(1) 普通门诊报销标准

参保职工在定点医疗机构发生的门诊医疗费用纳入职工医保统筹基金支付范围。门诊统筹执行基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施范围。门诊统筹实行定点医疗机构协议管理，参保人员凭本人社会保障卡或电子医保凭证或身份证在定点医疗机构就诊实行“一站式”结算，只需支付个人负担的费用。参保人员在非门诊统筹定点医疗机构发生的门诊费用，统筹基金不予支付，由个人全额负担。门诊统筹支付限额单独计算，不与职工医保统筹基金年度最高支付限额累计。

一个参保年度内，参保人员发生的起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内普通门诊医疗费用，由统筹基金按以下比例支付：

参保区域	医疗机构级别	起付标准	报销比例		年度内限额	
			在职	退休	在职	退休
濮阳市及各 县区职工	三级	50元/日	50%	60%	1500元/人	2000元/人
省直职工	三级	40元/日	55%	65%	1800元/人	2300元/人

(2) 门诊处方医保规定

普通门诊处方一般不超过7日量；急诊一般不超过3日量；部分慢性病、老年病需长期服药者，不超过15日量，特殊情况可适当延长，医生须注明理由。一张处方原则上仅限治疗一种疾病，且药品不超过5种。

(3) 门诊账户共济政策

个人账户资金可以共济给配偶、父母、子女在定点医疗机构门诊就医发生的由个人负担的医疗费用，前提是共济账户和被共济账户必须在同一个统筹区参保。

(需由账户金支出方**如图**在手机上进行家庭及成员信息维护，再次刷卡时即可使用。)

2.职工住院医疗保障

(1) 职工住院报销政策

城镇职工基本医疗保险和大额保险可在医院享受直补待遇。城镇职工基本医疗保险统筹基金，主要用于参保职工在规定的目录和诊疗范围内发生的药品、诊疗费用的支付。乙类项目先自付一定比例（具体参考医保三个目录信息库），然后按比例报销；特殊检查、特殊治疗、输血费用和一般卫生材料等先自付 20%，然后按比例报销；安装的人工器官、内置支架及内置导管等特殊材料，最高支付标准以内的费用由统筹基金按比例支付。

(2) 职工住院基本医疗及大额报销标准:

参保区域	起付标准	在职报销比例	退休报销比例	基本医疗最高支付限额	职工大额支付限额	职工大额报销比例
濮阳市及各县区职工	900 元	80%	85%	11 万元	49 万元	90%
省直职工	900 元	85%	90%	15 万元	40 万元	90%

(3) 起付标准：

- (1) 参保职工在一个医疗保险年度内第二次及以上住院的，起付标准 450 元。
- (2) 因同一种疾病在一个医疗保险年度内二次住院（1.省直职工 14 日内 2.濮阳市县区职工 30 日内）的，第二次住院不再负担起付标准。
- (3) 跨医疗保险年度住院的，起付标准按一次住院计算。

(4) 住院前急诊费用：

定点医疗机构急诊紧急治疗的参保人员需要住院的，其符合规定的急诊、抢救费用可并入住院费用。

(5) 职工生育住院：

女职工(含男职工无工作配偶)生育住院医疗费用，以及产前检查费用，合规费用采用定额支付标准。产前检查无需提供发票等资料。

(6) 出院带药：

病人出院时需要继续用药的，出院带药一般为 7 日量，最长不超过 15 日量，品种不得超过 3 种，中草药方剂调剂一次不能超过 7 剂量。

二、城乡居民医疗保障政策

城乡居民医保实行个人缴费和政府补贴相结合，建立政府和个人合理分担、可持续的筹资机制。居民医保费每年缴纳一次，缴费时间原则上为每年的9月至12月，次年享受居民医保待遇。（2024年3月31日前可以补交本年居民医保费，但补交医保费需等待1月后才能生效。）

1.住院基本医疗

（1）住院起付标准1200元；14周岁以下（含14周岁）参保居民起付标准减半为600元；参保居民年度内在县级及其以上医院第二次及以后住院，起付标准减半为600元。

（2）住院报销比例：起付线—4500元50%；4500元以上70%。

（3）年度内最高支付限额为15万元。

（4）生育医疗待遇，住院医疗费实行定额支付。标准：自然分娩1000元，剖宫产2000元。病理性产科住院分娩医疗费按基本医疗保险报销。

（5）参保高龄老人（80岁以上）住院费用基本医疗保险报销比例提高5%。

（6）鼓励和引导参保居民利用中医药服务。住院费用在起付线以上的中医药服务报销比例提高5%。

2.城乡居民大病

城乡居民大病保险起付线为1.1万元。参保居民一个保险年度内住院累计发生的合规自付医疗费用超出起付线以上部分由大病保险资金按比例分段支付。分段报销比例为：

1.1万元—10万元(含10万元)支付60%；

10万元以上支付70%，封顶线40万元。

政策倾斜：特困人员、低保对象和返贫致贫人口，其大病保险起付线为0.55万元，个人负担的政策范围内医疗费用超出起付线以上部分由大病保险资金按比例分段支付：0.55万元~10万元（含）支付65%，10万元以上支付75%，年度内报销不设封顶线。

3.城乡居民困难群众医疗救助

救助标准与救助比例：

	救助类别	住院救助起付标准	住院救助比例	门诊救助病种	门诊救助起付标准	门诊救助比例	年度限额
(1)	特困人员	0	90%	按省规定9类病种	不设起付标准	50%	3万
(2)	低保对象、返贫致贫人口	0	70%				
(3)	低保边缘家庭成员、农村易返贫致贫人口	2000元	65%			30%	1万
(4)	因病致贫重病患者	5000元	65%				

困难群众倾斜救助：

救助金额达到年度最高救助限额，经基本医保、大病保险、医疗救助三重制度综合保障后政策范围内自付医疗费用超过 1.2 万元的部分，给予倾斜救助，支付比例为 60%，年度最高救助限额为 1 万元。

三、基本医保基金不予支付的费用

- 1.应当从工伤保险基金中支付的；
- 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.体育健身、养生保健消费、健康体检；
- 6.国家规定的基本医保基金不予支付的其他费用。

职工医保门诊共济保障

家庭信息维护三步骤

第一步：进入支付宝“河南医保”小程序



或



打开支付宝扫一扫或在支付宝首页搜索“河南医保”进入“河南医保”小程序。

第二步：进入“河南医保”小程序服务大厅



点击小程序首页下方“服务”，并进入服务大厅。

第三步：完成户主及家庭成员的信息录入及绑定



在“家庭信息维护”页面填写职工本人相应信息，点击保存后，系统提示“成功新增”。



在“家庭成员信息维护”模块内填写其他家庭成员信息，点击保存后新增家庭成员信息成功（可添加多名家庭成员）。



在“家庭成员绑定信息维护”模块内点击绑定人员（需与被绑定人在同一家庭内、并属同一医保统筹区），选择家庭成员并绑定（一次只能绑定一名家庭成员）。