

职工医保门诊慢性病各病种限额标准

序号	病 种 名 称	月支付限额	序号	病 种 名 称	月支付限额
1	异体器官移植	第1年7000元 2-3年5000元 3年以上4000元	18	肺间质纤维化	500元
			19	干燥综合征	500元
2	心脏瓣膜置换、搭桥、 体内支架放置术后 (支架/搭桥/球囊)	1年内500元 1年后200元	20	结缔组织病	500元
			21	强直性脊柱炎	500元
3	恶性肿瘤	放化疗700元 非放化疗500元	22	糖尿病并发症	400元
4	结核病	200元	23	类风湿性关节炎	400元
5	II型糖尿病(胰岛素)	300元	24	抑郁症(中、重度)	400元
6	精神分裂症	300元	25	肝硬化失代偿期	400元
7	分裂情感性障碍	300元	26	小儿脑性瘫痪	400元
8	持久的妄想性障碍 (偏执性精神病)	300元	27	前列腺增生 (中、重度)	300元
9	双相(情感)障碍	300元	28	高血压并发症	300元
10	癫痫所致精神障碍	300元	29	帕金森	300元
11	精神发育迟滞 伴发精神 障碍	300元	30	慢性心力衰竭	300元
12	慢性肾功能衰竭 (非透析)	800元	31	溃疡性结肠炎	300元
			32	慢性阻塞性肺疾病	300元
13	骨髓增生异常综合征	700元	33	急性脑血管疾病 后遗症	200元
14	系统性红斑狼疮	700元	34	慢性肺源性心脏病	200元
15	肾病综合征	600元	35	冠心病(非隐匿型)	200元
16	重症肌无力	500元	36	股骨头坏死	200元
17	痛风	500元	37	癫痫	200元

居民医保门诊慢性病各病种限额标准

序号	病种名称	月支付 限额	序号	病种名称	月支付 限额
1	异体器官移植	第1年6000元； 2-3年4000元； 3年以上3000元。	18	肺间质纤维化	400元
			19	干燥综合征	400元
2	心脏瓣膜置换、搭桥， 体内支架放置术后 (支架/搭桥/球囊)	1年内400元， 1年后200元。	20	结缔组织病	400元
			21	强直性脊柱炎	350元
3	恶性肿瘤	放化疗500元 非 放化疗300元	22	糖尿病并发症	300元
4	结核病	200元	23	类风湿性关节炎	300元
5	II型糖尿病(胰岛素)	200元	24	抑郁症(中、重度)	300元
6	精神分裂症	200元	25	肝硬化失代偿期	300元
7	分裂情感性障碍	200元	26	小儿脑性瘫痪	300元
8	持久的妄想性障碍 (偏执性精神病)	200元	27	前列腺增生 (中、重度)	200元
9	双相(情感)障碍	200元	28	高血压并发症	200元
10	癫痫所致精神障碍	200元	29	帕金森	200元
11	精神发育迟滞 伴发精神障碍	200元	30	慢性心力衰竭	200元
12	慢性肾功能衰竭 (非透析)	600元	31	溃疡性结肠炎	200元
			32	慢性阻塞性肺疾病	150元
13	骨髓增生异常 综合征	500元	33	急性脑血管疾病 后遗症	150元
14	系统性红斑狼疮	500元	34	慢性肺源性心脏病	150元
15	肾病综合征	400元	35	冠心病(非隐匿型)	150元
16	重症肌无力	400元	36	股骨头坏死	150元
17	痛风	400元	37	癫痫	150元

门诊慢性病申报流程图

患者携带身份证、医保卡、一寸照片、住院病历资料、检查资料



到门诊慢性病窗口填写濮阳市门诊慢性病病种待遇认定表



当月提交材料，符合鉴定标准，次月享受待遇

门诊慢性病待遇

(一) 门诊慢性病的政策范围内合规医疗费用由基本医保 统筹基金支付，不设起付线，支付比例居民为70%，在职职工、退休职工分别为75%、80%，其中精神类疾病为80%，实行限额管理。由基本医保统筹基金支付的门诊慢性病费用，与基本医保统筹基金住院最高年度支付限额合并计算。超基本医保最高支付限额以上部分，基本医保统筹基金不予支付。

(二) 参保人员可以同时享受两个门诊慢性病病种待遇。对同一脏器认定有两个病种的，按照限额标准最高的病种核定限额标准；对不同脏器认定有两个病种的，按照叠加核定的限额标准执行。叠加核定办法：一个最高限额标准的病种按100%核定，一个次高限额标准的病种按50%核定。

(三) 参保患者认定有门诊重特大疾病(含门诊特药)医保待遇，也认定有不同脏器的门诊慢性病病种待遇的，门诊重特大疾病(含门诊特药)按规定执行，门诊慢性病病种按照限额标准的50%进行医保待遇数据维护。

延期审核：慢性病病种的支付限额标准按年度发生变化的，按规定进行年度延期审核；支付限额为单一标准、不随年度发生变化的慢性病病种，取消其慢性病年度延期审核。有待遇有效期的病种，在待遇有效期内享受慢性病待遇。责任医师对已治愈或病情好转不用继续治疗的，应及时告知医院医保机构取消门诊慢性病待遇。对超过1年未发生门诊慢性病(精神疾病除外)诊疗结算的，取消门诊慢性病待遇；因病情变化又需要治疗的，应重新申请、认定。