

# 前 言

滁州市先后印发《滁州市城乡居民基本医疗保险实施办法（试行）》《滁州市城镇职工医疗保险实施办法（试行）》和《滁州市城乡医疗救助实施办法（试行）》，在全省率先健全了统一的医保制度体系，并认真贯彻落实《安徽省建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则》。

鉴于医疗保障政策惠及全市 400 多万参保群众和近 2000 家定点医疗机构和零售药店，受众范围广泛，为认真贯彻落实安徽省改进工作作风为民办实事为企优环境大会决策部署，落实市委市政府工作要求，让广大参保群众更直观、便捷地了解医保政策，滁州市医保局组织市医保中心专家结合全市医保政策实际和广大参保群众关心、疑惑的问题，编写了《滁州市医疗保障政策百问百答》，分参保缴费、待遇及报销、医保电子凭证、异地就医、智慧医保等十大类别 200 个问答，对医保政策及业务办理进行了详细解答。

欢迎广大参保群众结合自己的医保需求，“对号入座”了解掌握自身在参保缴费、医保待遇和业务办理方面的政策，更好地享受医疗保障改革发展成果。



# 目 录

一、参保缴费 .....	1
二、待遇及报销 .....	15
三、慢性病待遇及认定标准 .....	30
四、医保电子凭证 .....	54
五、异地就医 .....	57
六、生育保险 .....	62
七、医疗救助 .....	67
八、职工门诊共济 .....	71
九、基金监管 .....	73
十、智慧医保 .....	76



# 一、参保缴费

## 问 1、基本医疗保险有哪些类型？

答：基本医疗保险是面向我国所有公民的社会保险制度，无论有没有工作，都能参加医保。目前我国基本医保有两种：城镇职工基本医疗保险（以下简称：职工医保）、城乡居民基本医疗保险（以下简称：居民医保）。职工医保主要面向单位的职工（机关、企业、事业单位、社会团体、民办非企业单位），如果有了正式工作，就能够在单位参加职工医保；进城务工的农民工也有权参加职工医保，只要有就业单位、签订劳动合同并与企业建立稳定劳动关系的劳动者，用人单位应依法按照国家规定明确缴费责任，为其参加职工基本医疗保险。

如果不是单位职工，参加医保有两个选择：第一个是参加居民医保，能够在个人缴费基础上享受财政补助；第二个还是职工医保，灵活就业人员（包括无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工基本医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员）也可参加职工基本医疗保险，由个人按照国家规定缴纳基本医疗保险费。职工医保在缴纳规定年限后能够享受退休医保待遇。大家可以根据自身的实际情况和需求，自行选择参加职工医保还是居民医保。

## **问 2、为什么要参加医保？**

答：我们每个人生活中都面临着不确定的疾病风险，参加基本医疗保险可以化解不可预知的疾病风险所带来的灾难性医疗支出，让我们的生活获得持续、稳定的安全感。基本医疗保险的原则是互助共济，健康的人帮助生病的人，大家每人都拿出一小部分钱放到一起，汇成一个大的基金池，给有需要的人用，也就是“我为人人，人人为我”。

## **问 3、参加医保缴了费却没有用到是不是亏了？**

答：国家建立基本医疗保险制度就是运用保险的“大数法则”，实施互助共济，用大家一起出的钱帮助生病的人抵御疾病医疗带来的费用风险。医保对于每个参保人来讲都是公平的——只要参加了医保，在生病的时候就能够通过医保获得医疗费用的报销；因对疾病及疾病带来的费用风险难以预测，以前没用到医保，不代表以后都用不到，参保人以后在生病需要用钱的时候，医保可以报销很多钱，这时也就是“人人为我”了。

### **（一）职工参保缴费**

## **问 4、如何参加职工医保？**

答：职工医保主要面向单位的职工，进城务工的农民工也包含在内，只要是在就业单位、签订劳动合同并与企业建

立稳定劳动关系的劳动者,用人单位应依法按照国家规定明确缴费责任,为其参加职工基本医疗保险。灵活就业人员(包括无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工基本医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员)也可参加职工基本医疗保险,由个人按照国家规定缴纳基本医疗保险费。

### **问5、职工医保缴费基数是如何确定的? 缴费费率是多少?**

答:根据《滁州市人民政府办公室关于印发滁州市城镇职工医疗保险实施办法(试行)的通知》(滁政办秘〔2019〕139号)规定:职工医保单位缴费费率,国家机关及事业单位按职工工资总额的6.8%、企业及其他单位按7%;个人缴费费率为本人工资收入的2%,灵活就业人员(包括接续人员)以全省上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资的60%作为当年度的缴费基数,按照8.5%费率,按规定时间缴纳。用人单位新增或减少参保人员的,单位及职工个人缴费基数,按照个人实际工资额相应调整。新成立单位及职工缴费基数按照职工个人实际工资额确定。用人单位缴费基数不得低于单位全部参保职工当期个人缴费基数之和。职工个人缴费基数低于全省上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资60%的,按照60%核定缴费基数;超过全省上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资300%的,按照300%核定缴费基数。根据安徽省皖人社字明电〔2021〕135号文

件要求，2021年职工医保缴费基数下限为3429.11元/月，上限为17925.42元/月。

### **问6、职工医保个人账户如何确定的？**

答：在职职工按本人缴费基数作为其个人账户的划入基数；退休人员按其退休费用作为个人账户划账基数。30周岁及其以下划入3%，31周岁至45周岁划入3.3%，46周岁及其以上划入3.6%；办理医疗保险退休手续后，按本人退休费划入4%。

2022年7月1日开始施行职工医保门诊共济保障，职工个人账户计入标准有改变。在职职工按本人缴费基数2%计入，退休人员按每月70元计入。

### **问7、什么情况下，职工医保个人账户资金可进行提取？**

答：参保人符合以下情况之一：出国定居、本地职工医疗保险中止参保、死亡的，可以申请办理医保个人账户一次性支取。

### **问8、职工医保个人账户资金提取需提供什么材料？**

答：（1）医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；  
（2）非本人办理需提供代办说明（因死亡支取的提供继承人身份证、银行卡账户信息，通过数据共享无法查询死亡信息的应提供个人承诺书；主动放弃参加职工基本医疗保险的，需提供主动放弃职工医保的承诺书）。



**问 9、参保单位欠缴、停缴医保费或关闭、改制等原因终止，是否会影响已按规定办理医保在职转退休手续的退休人员享受职工医保待遇？**

答：不影响。已符合条件且按规定办理医保在职转退休手续，同时满足实际缴费年限满 15 年的退休人员，医保实行社会化管理，可继续享受退休人员职工医保待遇。

**问 10、职工医保退休、职工医保在职转退休需要达到什么标准可以办理？**

答：经人社部门批准的养老退休审批表（若养老退休超过半年还需要上月银行养老工资流水）；男职工满 30 年、女职工满 25 年（2000 年 9 月 30 日前国家承认的工龄和城镇职工基本养老保险缴费年限视同为职工基本医疗保险缴费年限）；加盖公章在职转退休申请表，申报次月享受退休待遇。

**问 11、灵活就业人员职工养老已办理退休医保没交满年限怎么办？**

答：灵活就业城镇医保男性需连续交满 30 年，女性需连续交满 25 年。

参保人员办理退休手续时，按政策规定缴纳一次性补缴最低缴费年限的费用后，纳入统筹基金，方可按退休人员标准缴费，享受退休人员医疗保险待遇。其中，因用人单位原

因造成缴费年限不足的，由用人单位负责补齐{需要提供相关材料（如：法律文书或劳动仲裁调解书）后，才能由用人单位负责补齐}；非用人单位原因造成缴费年限不足的，由本人负责补齐。

**问 12、如何办理职工基本医疗保险关系转出或者转入？**

答：职工医保外地转入到滁州参保，需要携带参保地的参保凭证或者转移凭证、身份证到前台办理。从滁州转出外地参保，需要打印参保凭证带到现参保地参保。个人账户余额和缴费年限一并转出。

**问 13、与用人单位解除劳动关系的参保人员，在办理医保停保手续后，如何以灵活就业人员身份办理续保？**

答：参保人员可携带本人身份证，至原参保地医保窗口以灵活就业人员身份办理续保手续。签订协议后，由税务部门办理银行代扣缴。

**问 14、用人单位必须为职工办理职工医保（含生育保险）参保登记？**

答：在法定劳动年龄内，与用人单位建立劳动关系并签订劳动合同的职工，应当参加职工基本医疗保险。用人单位应当自用工之日起三十日内为其职工办理医保登记。

**问 15、用人单位办理医疗保险登记时限如何规定？**

答：用人单位应当自用工之日起三十日内，为其职工向

登记地医保中心申请办理医疗保险登记。

### **问 16、中断参保如何补缴？**

答：城镇职工医疗保险中断缴费三个月以内的，补齐中断的医疗保险费即可享受职工基本医疗保险待遇。中断缴费超过三个月的，补齐中断期间医疗保险费用的次月起享受医保待遇；没有补齐中断医疗保险费用的，在连续缴费六个月后，享受职工基本医疗保险待遇。

### **问 17、哪些人群可以按灵活就业人员身份参加职工医保？该如何参保，应该携带什么材料？**

答：（1）与本市辖区内的用人单位解除劳动关系的人员；（2）本市辖区内无雇工个体工商户；（3）法定劳动年龄段内的具有本市城区户籍的灵活就业人员。（4）法定劳动年龄段内的滁州市居住证（有效期内）持有人员。以上四类人员可按属地管理原则，参加所在地的职工医保。

具有本市城镇户籍或居住证、在法定劳动年龄内的灵活就业人员，提交本人户口簿或居住证、身份证原件及复印件、《滁州市灵活就业人员医疗保险参保登记表》，到户籍所在地或居住地医保中心窗口办理。

### **问 18、辞职后想个人接续职工医保，需要哪些材料？**

答：个人接续职工医保，需带身份证到参保所在地医保窗口按照灵活就业人员身份直接办理参保手续。

**问 19、原参加城镇职工医保转为城乡居民医保后，原来个人账户余额如何使用？**

答：可带医保电子凭证或有效身份证件或社保卡，到户籍所在地医保窗口提取个人账户余额。

**问 20、职工到达法定退休年龄时，医保缴费年限满 30 年（或 25 年）、实际缴费年限满 15 年，且已办理医保退休手续，现所在单位长期欠费，是否影响退休人员的医保待遇？**

答：不影响。职工到达法定退休年龄时医保缴费年限满 30 年（或 25 年）、实际缴费年限满 15 年情况下，可以在自愿原则的基础与原单位脱离，自行到所在地医保窗口办理续保手续，实行社会化管理。

**问 21、在省外就业参加职工医保的缴费年限，转入滁州参加职工医保后如何计算？**

答：从省外转入滁州参加职工医保，其在外统筹区参加职工医保的连续缴费年限在退休时予以累计计算。

**问 22、原在外统筹区参加职工医保的在职人员，若要转到滁州市参加职工医保，如何办理转移手续？**

答：在滁州申请参加职工医保登记时，应一同申报办理职工医保关系转移手续，提交《基本医保关系转移接续申请表》、原参保地开具的《参保凭证》、本人身份证原件及复

印件（如需代办，还需提供代办人身份证原件及复印件）；如果是随军家属的，须提供《参保人员医疗保险类型变更信息表》。

**问 23、本省内职工医保关系跨统筹区转移，中断参保如何补缴？**

答：跨统筹区转移人员，中断时间不超过3（含）个月，应以本人当期医疗保险平均缴费工资为基数补缴。中断超过3个月的，可以选择补缴或者不补缴。有补缴的，中断缴费前后视为连续参保，不补缴的，连续参保时间重新计算。

**问 24、职工医保中断是否可以补缴？按照什么标准补缴？**

答：职工医保中断可以补缴。补缴按照补缴申请时的基数和费率计算。

**问 25、企业增加或减少人员时，需要什么材料？**

答：企业增加人员需要提供加盖公章的增加表，若补收的话还需要单位提供盖章的补缴申请、合同或者工资流水。减少人员需要提供减少表。也可在安徽医保公共服务平台办理单位人员增减（次月生效）业务。网上平台增加可补缴前3个月。

**问 26、如何查询企业缴费明细？**

答：请登录安徽医保公共服务平台查询企业缴费明细、

企业医保到账时间，本月医保生成计划后次月到账，可次月在相关网站查询医保到账情况。

**问 27、在用人单位就业的外地人员，是否可以不参加职工医保，继续参加原居住地的城市医保？**

答：不可以。在用人单位就业后，职工应当参加职工基本医疗保险，用人单位必须为与其建立劳动关系的全部职工办理参保登记。

**问 28、企业医保如何开户，需要哪些材料？**

答：单位参保凭工商营业执照或者经有关部门批准成立的文件，到医保经办机构办理。填写医疗保险登记表，和人员增加表，加盖单位公章即可。

**问 29、医保卡内有余额，为什么无法使用？**

答：医保卡内有余额，无法使用原因如下：1、职工医保断缴。“城镇职工中断缴费三个月以内的，自补齐中断的医疗保险费即可享受职工基本医疗保险待遇。中断缴费超过三个月的，补齐中断期间医疗保险费用的，医疗保险待遇自申请补费的次月起享受；没有补齐医疗保险费用的，连续缴费六个月后，享受职工基本医疗保险待遇。”若确定不再缴纳职工医保，可在医保中心窗口办理停缴手续取出余额。2、医保转移账户合并。来电人需要在医保窗口打印参保凭证至

现参保地办理医保转移业务,办理成功后个人账户余额和缴费年限一并转出,可在新参保地使用社保卡医保功能,如仍无法使用,需联系新参保地医保经办部门。

**问 30、什么情况下可以开具《参保凭证》，应提供什么材料？**

答：需办理职工医保关系转出参保人员，在停保且无欠费的情况下，可携带本人身份证原件到医保中心窗口开具《参保凭证》，也可以在安徽医保公共服务平台网上打印；委托他人代办的应携带代理人身份证原件、转移人身份证复印件；由原单位代办的应提供单位经办人、转移人身份证复印件、单位介绍信。

## **（二）居民参保缴费**

**问 31、哪些人群参加城乡居民医保由财政全额补助，个人不缴费或者少缴费呢？**

答：采用《滁州市人民政府办公室关于印发滁州市城乡医疗救助实施办法（试行）的通知》（滁政办〔2021〕17号）中的表述。特困供养人员参加基本医疗保险的个人缴费由医疗救助资金给以 100%资助；低保对象给予 80-90%定额资助；乡村振兴部门认定的返贫致贫人口给予 70-80%定额资助；监测人口给予 50%定额资助。

### **问 32、城乡居民如何缴纳城乡居民医保费？**

答：城乡居民基本医疗保险实行按年缴费制度，参保居民应在集中参保缴费期内足额缴纳下一年度城乡居民基本医疗保险费。集中参保缴费期为每年 9 月 1 日至 12 月 31 日，享受城乡居民基本医疗保险待遇的时间为次年的 1 月 1 日至 12 月 31 日。新参保居民（含在校大学生）的基本医疗保险费由社区或学校统一代收代缴；续保人员可在“皖事通”APP 缴费。

### **问 33、参保登记时间截止后出生的新生儿如何参保？**

答：新生儿实行“落地”参保，新生儿监护人应当在新生儿出生后 90 天以内，凭借居民户口簿或居住证到户籍所在地或居住地的乡镇（街道办事处公共服务中心）办理城乡居民医疗保险参保缴费手续，参保后可享受当年度城乡居民基本医疗保险待遇。

### **问 34、城乡居民已缴纳下一年度居民医保费，哪些情况可以办理退款？**

答：城乡居民已缴纳下一年度居民医保费，符合下列条件的，可申请办理退款：1、城乡居民医保参保人员缴纳了有关费款，但在相应城乡居民医保待遇期开始前即发生移居国外、服刑、死亡等情况，无法享受相应城乡居民医保待遇的；2、城乡居民医保参保人员缴纳了有关费款，在相应城



乡居民医保待遇期开始前即已转为职工基本医疗保险或其他统筹区城乡居民医疗保险的；3、因政策调整，参保人员身份变更等因素导致的多缴费款；4、因税务机关、医疗保险经办机构操作失误或征缴信息系统故障等技术性差错造成误征、多收。

**问 35、城乡居民首次参加城乡居民医保要如何办理参保登记手续？**

答：每年9月1日至12月31日为下一年度城乡居民医保参保缴费期，城乡居民可在参保缴费期内通过滁州医保、皖事通等线上缴费渠道缴费，也可以持户口簿（或居住证）、身份证至户籍所在地（或居住证登记地）的社区（行政村），办理参保登记。超出规定时间办理参保登记的城乡居民，可持以上材料至户籍所在地（或居住证登记地）的社区（行政村）办理参保登记手续，参保缴费后设有6个月的等待期，等待期过后再按规定享受相应的医疗保险待遇，缴费之前和等待期期间发生的医疗费用医保基金不予支付。

**问 36、到滁州参加工作后，才得知父母在老家帮我办理了居民医保，请问我能享受双重报销待遇吗？**

答：在滁州同时参加职工医保和居民医保是不能够同时享受两项医保待遇的，如果参保人重复享受待遇的话，医保部门保有追究其法律责任的权利，故参保人应该按照自身情

况选择一种医保进行参保。

**问 37、城乡居民已缴纳下一年度居民医保费，符合退款条件的，应向哪个部门申请办理退款？**

答：办理基本医疗保险费退费的，应由参保人向所属主管税务机关提出申请；原参保人所属主管税务机关发生变更的，应向当前主管税务机关提出申请。

**问 38、城乡居民医保参保人员未按期缴纳居民医保费，可以补缴吗？**

答：可以，城乡居民医保参保人员可直接通过乡镇政府（街道办事处、社区管理服务中心）进行补缴。参保缴费设有 6 个月的等待期，等待期过后再按规定享受相应的医疗保险待遇，缴费之前和等待期期间发生的医疗费用医保基金不予支付。

## 二、待遇及报销

### 问 39、什么是医保的“三个目录”？

答：由于医保基金有限，不可能覆盖所有的医疗需求，因此为保障参保人员的基本医疗用药需求，合理控制医疗费用支出，规范基本医疗保险用药、诊疗等方面的管理，保证基本医疗保险制度的健康运行，医疗保障部门规定了基本医疗保险对药品、诊疗项目和医疗服务设施的报销范围，俗称“三个目录”。参保人员使用药品、发生诊疗项目或使用医疗服务设施发生的费用，如果属于“三个目录”内的，可以按规定进行报销；不属于“三个目录”内的，基本医保不予报销。

问 40、什么是“起付线”和“封顶线”？对医保报销有什么影响？

答：起付线是指医保基金的起付标准，俗称“门槛费”，参保人员在定点医疗机构实际发生的政策范围内的医疗费用，自己要先承担起付标准以下的费用，起付标准以上的部分再由医保基金按规定、按比例报销。

封顶线是指医保基金的最高支付限额，即参保人员在一个年度内累计能从医保基金获得的最高报销金额。封顶线以外的医疗费用，可由大病补充保险按规定进行报销。一个保险年度内，城镇职工医疗保险基金可报销基数实行累计封顶

（含普通慢性病门诊、特殊慢性病门诊、普通住院、按病种付费及大额医疗救助），封顶线 300000 元。城乡居民基金保险报销额度实行累计封顶（含分娩住院、意外伤害住院、特殊慢性病门诊及按病种付费等），封顶 300000 元。

**问 41、这些情况下，医保不能报销，您都知道吗？**

答：我国《社会保险法》第三十条规定下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围：

- （一）应当从工伤保险基金中支付的；
- （二）应当由第三人负担的；
- （三）应当由公共卫生负担的；
- （四）在境外就医的。

**问 42、如何计算住院报销金额？**

答：住院报销金额=（政策范围内医药费用-起付线）×报销比例。

**问 43、参保人的医保报销费用，如果超出基本医保封顶线的费用怎么办？**

答：超过基本医保封顶线的部分，可根据实际医疗费用负担情况，纳入职工大病保险和城乡居民大病保险范围。大病保险是基本医疗保障制度的拓展和延伸，主要对大病患者高额医疗费用在基本医保支付基础上再给予进一步支付。

**问 44、同样是医保参保人，为什么有时候报销比例不一样？**

答：可能有以下几种情况：

（一）不同等级的医疗机构，报销比例有所差异。

从效率上讲，有序就医是社会最优选择，国家鼓励患者小病在基层医院看，大病再去大医院看。医保部门为了对患者起到引导作用，设定在基层医院报销比例比在大医院高，基层医院的起付线比大医院低。因此同样类型的参保人在不同等级的医疗机构里产生的医疗费用，报销比例会不同。

（二）在就诊的医疗机构等级相同的条件下，职工医保和居民医保的报销比例不同。

由于职工医保与居民医保这两个险种在参保和筹资上有差别，职工医疗保险年均缴费要几千元，居民医疗保险年人均缴费只有几百元，因此报销待遇不同。在就诊的医疗机构的等级相同的情况下，报销的比例也不同，职工医保的报销比例要高一些。

（三）在医疗机构和参保类型都相同的情况下，职工医保的参保人是否在职也会对报销比例有影响。

一般来说，职工医保的参保人，退休人员的报销比例比在职职工的高。在同等级的情况下，公立医院和民营医院报销比例一致。医保政策规定，只要是在定点医疗机构就医，报销比例只与参保人的身份（职工、居民，在职、退休等）和医疗机构的级别有关，与医疗机构的公立、民营属性无关。因此参保人完全不用担心去民营医院看病报销得少，可以根

据自己的需要来选择医院。

#### **问 45、城镇职工和城乡居民医保诊疗项目如何报销？**

答：按照安徽省医保办发布《皖医保办发〔2018〕10号》执行。根据基本医疗保险管理需要，《项目目录》设置治疗、检查、综合等3个医保统计类型以及完全支付、部分支付、不予支付等3个医保支付类型。其中：完全支付类项目全部纳入可报销费用政策范围，部分支付类项目按部分支付类项目按70-90%的比例纳入可报销费用政策范围（各统筹地区根据基金承受能力确定具体比例），不予支付类项目不纳入可报销费用政策范围。

### **（一）城镇职工基本医疗待遇及报销**

#### **问 46、参加职工基本医疗保险可以享受哪些待遇？**

答：（1）门诊慢性病、门诊特殊慢性病医疗费用统筹基金支付；（2）住院医疗费用统筹基金支付；（4）个人账户划拨；（5）职工基本医疗保险待遇基础上，享受职工大额医疗费用补充保险待遇。

#### **问 47、职工医保参保人员变换工作单位发生参保中断，在中断参保期间发生医疗费用怎么报销？**

答：新就业单位在办理职工增员接续医保时，中断时间不超过（含）3个月，补缴医保费后，中断缴费期间可按正常参保人员享受医保待遇。中断时间超过3个月的，中断缴

费期间发生的医疗费用医保统筹基金不予以支付。

#### 问 48、什么是职工医保个人账户？

答：职工医保个人账户是以参保人名义建立的保险账户，属个人所有，由个人按照基本医疗保险的有关规定使用。个人账户实行社会保障卡或医保电子凭证管理，不得提取现金，个人账户的资金和利息归个人所有，可以结转和继承。

#### 问 49、参保人员如何到定点零售药店配药或购药？

答：参保人员可凭处方及社会保障卡、医保电子凭证到定点零售药店按规定配药或购买医保个人账户支付范围内物品，费用直接由定点零售药店划扣个人账户资金。个人账户使用完后，由参保人员使用现金支付。

#### 问 50、职工医保参保人员在市内定点医疗机构住院治疗时，起付线及报销比例是多少？

答：职工医保市内定点医疗机构起付线及报销比例（异地安置人员在安置地定点医疗机构起付线及报销比例与相同）：

定点医疗机构等级	起付线	年度内基本医疗可报销基数起付线以上至 9 万元（含）		年度内基本医疗可报销基数 9-30 万元（大额医疗费用补助）	
		在职	退休	在职	退休
一级医疗机构	300 元	90%	92%	90%	
二级医疗机构	500 元	88%	90%		
三级医疗机构	700 元	85%	88%		

退休人员住院起付线按上述类别医疗机构起付线的70%执行。

**问 51、职工医保参保人员在市外医疗机构住院时，起付线及报销比例是多少？**

答：参保的城镇职工确因病情需要及本市定点医院诊疗水平所限，必须转诊、转院的，应办理转诊、转院手续。

(1) 参保人员已在本市二级及以上医院办理转诊、转院手续，前往市域外定点医疗机构治疗的，报销比例按市域内同级别医疗机构和人员类别分别下降 10 个百分点，享受以下报销待遇：

定点医疗机构等级	起付线	年度内基本医疗可报销基数起付线以上至 9 万元（含）		年度内基本医疗可报销基数 9-30 万元（大额医疗费用补助）	
		在职	退休	在职	退休
一级医疗机构	300 元	80%	82%	80%	
二级医疗机构	500 元	78%	80%		
三级医疗机构	700 元	75%	78%		

(2) 参保人员无手续转院或自行转院（除急诊、急救或属参保人员长期居住外地），前往市域外定点医疗机构治疗的，报销比例再降低 10 个百分点，享受以下报销待遇：



定点医疗机构等级	起付线	年度内基本医疗可报销基数起付线以上至 9 万元（含）		年度内基本医疗可报销基数 9-30 万元（大额医疗费用补助）	
		在职	退休	在职	退休
一级医疗机构	300 元	70%	72%	70%	
二级医疗机构	500 元	68%	70%		
三级医疗机构	700 元	65%	68%		

市域外非定点医疗机构起付线 1000 元，报销比例为 60%；

对普通住院发生的符合规定的医药费用实行保底报销，保底报销比例为 60%。保底报销实行负面清单制度。

**问 52、城镇职工医疗保险转外住院费用报销的办理流程是什么？需要准备哪些材料？**

答：（1）转外住院费用报销的办理流程：

①申请：申请人到经办机构服务窗口提交材料，发起基本医疗保险参保人员住院费用手工（零星）报销申请。

②受理：医保经办机构接收并初审材料，审核不通过的，不予受理并告知不通过原因，审核通过的进行接单受理，建立台账，整理资料，打印《受理通知单》给申请人，推送至业务审核；

③审核：医保经办机构采取按服务项目大类审核或明细项目目录审核等不同方式，根据申请人提交的医院收费票据，住院费用清单，出院小结，转诊转院证明材料，进行初

审和复核；

④拨付：医保经办机构审核结束，将材料转交至财务部门，财务服务部门人员再次核对票据信息后支付医疗费用至个人社保卡（或指定银行账户）；

⑤办结：报销费用拨付后，相关材料由财务人员进行存档。

（2）受理材料：①医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；②医院发票；③住院费用总清单；④出院小结（住院治疗记录资料）；⑤银行账号。

**问 53、未办理异地就医备案登记，常驻异地工作人员、异地安置退休人员、异地急诊抢救或意外伤害产生的医疗费用可以报销吗？**

答：可以。

常驻异地工作人员原则上提供参保单位情况说明。患者无单位或单位已撤销，可提供患者本人或代办人书面情况说明。

退休后在异地生活且户口已转入居住地的参保人员，可携带异地户口的身份证、户口本或常住人口登记卡，前往医保服务大厅现场办理，或登录安徽政务服务网、国家医保服务平台 APP，皖事通 APP，提前登记备案，申办异地安置待遇。

异地急诊抢救的情形，依据参保患者首诊病历确定。

因意外伤害产生的医疗费用，须填写职工意外伤害住院

申请表，道路交通事故需提供交警部门的事事故认定书。

**问 54、城镇职工医疗保险大病保险的报销范围、计算方式、起付线及报销比例是什么？**

答：城镇职工大病保险的报销范围：一个保险年度内，参保人员负担的合规医药费用累计超过大病保险起付线的部分，大病保险基金分费用段按比例报销。

城镇职工大病保险的计算公式：大病保险报销金额=（参保患者住院及特殊慢性病门诊年度累计医药费用-负面清单费用-基本医保基金支付金额-基本医保起付线-大病保险起付线）×对应分段报销比例。

城镇职工大病保险起付线：一个保险年度计 1 次起付线，大病保险起付线为 26286 元。

城镇职工大病保险报销比例：大病保险起付线以上 5 万元（含 5 万元）以内段，报销比例 60%；5—10 万元（含 10 万元）段，报销比例 65%；10—20 万元（含 20 万元）段，报销比例 75%；20 万元以上段，报销比例 80%，上不封顶。

注：城镇职工大病保险与职工医保已实现一站式结算合并支付，不需参保人员二次办理。

## （二）城乡居民基本医疗待遇及报销

**问 55、什么是居民医保？**

答：居民医保是整合城镇居民基本医疗保险（以下简称

城镇居民医保)和新型农村合作医疗(以下简称新农合)两项制度,建立统一的居民医保(以下简称城乡居民医保)制度,是推进医药卫生体制改革、实现城乡居民公平享有基本医疗保险权益、促进社会公平正义、增进人民福祉的重大举措,对促进城乡经济社会协调发展、全面建成小康社会具有重要意义。

### **问 56、滁州市的居民医保政策?**

答:2019年6月17日市政府第32次市政府常务会议,审议并通过了《滁州市居民医保实施办法(试行)》。执行全省统一的城乡居民基本医疗和大病保险待遇政策,明确基金支付范围、年度报销总额、住院医疗待遇、门诊医疗待遇等。

本办法自2019年7月1日起试行,同时废止了滁政〔2017〕79号文件。

### **问 57、参保对象有哪些?**

答:具有本市户籍且不属于职工医保参保范围的城乡居民,均应依法参加本市居民医保。

非本市户籍但持有本市居住证的城乡居民以及本市行政区域内各类全日制高等学校、中等职业学校、中小学校的在册学生和托幼机构的在园幼儿(以下统称在校学生),也应依法参加本市居民医保。

本市范围内城乡居民不得重复参保、不得重复享受医保

待遇。

**问 58、大病保险需要另加“大病保险”保费吗？起付线是多少？有“封顶线”吗？报销比例是多少？**

答：1、不需要。大病保险所需资金每年从居民医保统筹基金累计结余中划入，参保人个人不用缴费。

2、大病保险起付线 1.5 万元。

3、参保居民患大病发生高额医疗费用，基本医疗保险报销后个人负担的合规医疗费用超过 1.5 万元(不含起付线)的部分给予适度补偿，分段累计报销，起付线以上至 5 万元按 60%、5-10 万元按 65%、10-20 万元按 75%、20 万元以上按 80%，上不封顶。

注：城乡居民大病保险与基本医疗保险已实现一站式结算合并支付，不需参保人员二次办理。

**问 59、居民医保住院时，起付标准、报销比例、最高支付限额是多少？**

答：1、参保人员住院治疗时，起付标准与报销比例：  
市内一级及以下医疗机构起付线 200 元，报销比例 85%；  
市内二级和县级医疗机构起付线 500 元，报销比例 80%；  
市内三级（市属）医疗机构起付线 700 元，报销比例 70%；  
市内三级（省属）医疗机构 1000 元，报销比例 65%。

2、一个年度内，居民医保待遇最高支付限额为 30 万元。

对普通住院发生的符合规定的医药费用实行保底报销，保底报销比例省内医疗机构 45%，省外医疗机构 40%。

**问 60、转诊到市外住院时，起付标准、报销比例是多少？**

答：参保的城乡居民确因病情需要及本市定点医院诊疗水平所限，必须转诊、转院的，应办理转诊、转院手续。到省内市外住院治疗的，按照市内医疗机构类别起付线增加 1 倍，报销比例降低 10 个百分点。

到省外医疗机构住院治疗的，起付线按当次住院总费用 20% 计算（不足 2000 元的按 2000 元计算，最高不超过 10000 元，报销比例 55%。其中，参保人员在南京市异地联网结算平台内三级医院住院的，起付线按 2000 元执行，报销比例为 55%。未经转诊到市外住院治疗的，报销比例（含保底报销）再降低 10 个百分点。

恶性肿瘤放化疗、白血病、脑瘫康复等患者需要分疗程间段多次住院的特殊病患者，参保年度内同一医院只计一次起付线。

**问 61、市域外就医备案的办理流程是什么？需要准备哪些材料？有哪些注意事项？**

答：（一）办理流程：1.符合办理条件的参保人员，可由具有转诊资质的协议医疗机构出具转诊意见在协议医疗机构医保办直接申报办理，也可到医保服务大厅现场办理，

或登录安徽政务服务网、国家医保服务平台 APP，皖事通 APP 申报；

2. 医保经办机构受理后审核，审核通过的将申请人异地就医信息备案上传并通知参保人员，审核未通过的告知原因（或在定点医疗机构直接办理并通过信息网络系统上传到医保经办机构备案）。

（二）办理材料：1. 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；2. 具有转诊资质的定点医疗机构开具的转诊转院证明材料。

（三）注意事项：除急诊急救或属参保人员务工（经商）地、长期居住地外，未办理转诊手续在市域外就医的，报销比例（含保底比例）再降低 10 个百分点。急诊急救的情形，依据参保患者首诊病历确定。参保人员务工（经商）地、长期居住地，依据务工（经商）地、长期居住地提供的劳动合同、居住证等认定。

（四）在省外医疗机构住院治疗，通过国家平台结算的，执行就医地医保目录，参保地待遇政策；非国家平台结算的，执行参保地医保目录和参保地待遇政策。

## **问 62、普通门诊医疗保险如何报销？**

答：在参保地（市、区）域内协议定点的基层医疗卫生机构（含二级乡镇卫生院或社区卫生服务站）、一级及以下定点医疗机构（含村卫生室、卫生服务站）发生的普通门诊

医药费纳入居民医保报销范围普通门诊不设起付线,可报销费用报销比例为 55%, 单次封顶 30 元(乡镇和社区级、20 元村级), 每日限报 2 次, 年度封顶 150 元/人。

**问 63、参保居民生育补助标准是多少?**

答: 住院分娩: 分娩(含剖宫产)住院定额补助 1000 元, 分娩(含剖宫产)时有并发症、合并症的, 1 万元以下的按 40%报销, 1 万元以上的按同级住院报销比例执行, 但不再享受定额补助。

**问 64、意外伤害门诊费用的支付对象和支付标准是什么?**

答: 意外伤害门诊费用只针对在校学生发生的无责任人的意外伤害事故。其门诊医疗费用超过 50 元以上部分、医疗保险基金按 60%, 支付每人每年最高支付限额为 3000 元。

**问 65、意外伤害住院费用支付标准是多少?**

答: 意外伤害住院医药费用中的可报销费用的起付线以上部分, 按 40%的比例给予补偿, 年度封顶 30000 元, 不实行保底报销政策, 住院费用不纳入大病保险范畴。

注: 因见义勇为或执行救灾救援等公益任务而负伤住院的, 凭县级或县级以上政府相关部门出具的情节证据, 按普通住院报销政策执行。

**问 66、残疾人员安装器具具有补助吗?**

答: 有。残疾人假肢、助听器。符合省残联等 4 部门《关



于对参加新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险的残疾人装配辅助器具给予补助的意见》（皖残联〔2009〕4号）规定的残疾人，凭定点装配机构辅助器具装配单及发票回参保地经办机构办理报销。报销比例调整为50%（不设起付线），单次报销限额调整为：每具大腿假肢1700元，每具小腿假肢800元，7周岁以下儿童每只助听器3500元。

### 三、慢性病待遇及认定标准

**问 67、高血压的慢性病评定标准是什么？**

答：根据高血压是否伴有并发症，分为 2 类：

1、高血压。经二级及以上医院住院或门诊确诊，持续 1 年以上门诊降压治疗记录或合并 1 年以上 2 型糖尿病用药记录，需提供相应 1 年内每季度至少 1 次门诊病历或发票。

2、高血压伴并发症。经二级及以上医院住院确诊（或当地最高级别医疗机构疾病诊断证明），并合并有心（心肌梗死、充血性心力衰竭）、脑（脑出血、脑梗死、腔隙性脑梗死）、肾（血肌酐  $> 125 \mu\text{mol/L}$ 、肾移植术后、肾透析）或视网膜病变（出血或渗出或视乳头水肿）并发症其中之一。

**问 68、冠心病的慢性病评定标准是什么？**

答：经二级及以上医院确诊，并符合下列情况之一：

1.心电图、24 小时动态心电图、心脏负荷试验或心肌损伤标志物（心肌酶谱或肌钙蛋白）检查，符合冠心病特征的；

2.典型临床表现，结合心电图符合急性心肌梗死特征，或经冠脉造影/冠脉 CTA 检查显示冠状动脉主干或其主要分支直径狭窄  $\geq 50\%$ 。

**问 69、心功能不全的慢性病评定标准是什么？**

答：行 CRT/CRT-D/ICD 心脏起搏器植入术后，或下列三条中符合两条的：

1.有器质性心脏病/心肌病病史，经二级及以上医疗机构住院确诊为心功能III-IV级；

2.心脏超声检查证实左室舒张末期内径（LVDd）男 > 55mm、女 > 53mm 和/或左室射血分数（LVEF） < 50%；

3.BNP 或 NT-pro-BNP 检查升高

### 问 70、糖尿病的慢性病评定标准是什么？

答：根据是否需要使用胰岛素治疗分为下列两类：

（一）糖尿病。经二级及以上医疗机构血糖检测确诊为糖尿病，并伴有视网膜病变（有微血管瘤、出血、渗出）、高血压病、冠心病、脑卒中、糖尿病肾病（尿蛋白增高或微量白蛋白高于正常）、肾功能不全或糖尿病肢端病其中之一，需要长期口服降糖药。

（二）糖尿病胰岛素治疗。I型糖尿病或因胰腺疾病，需要长期（半年以上）使用胰岛素治疗。

备注：1.无急性代谢紊乱（糖尿病酮症酸中毒、糖尿病非酮高渗性昏迷等），应提供非同一天血糖检查结果；2.因急性疾病（如急性心肌梗死、脑中风等）住院时发现的高血糖疾病，应在病情稳定2周后重新检查；3.内分泌专科住院发现的高血糖应提供出院小结，非内分泌专科住院发现的高血糖应提供住院治疗期间的化验单；4.冠心病、脑卒中、糖尿病肾病（尿蛋白增高或微量白蛋白高于正常）或伴有肾功能不全、糖尿病肢端病需参保地（或就医地）最高级别医

疗机构疾病诊断证明或相关科室检查报告。

**问 71、类风湿性关节炎的慢性病评定标准是什么？**

答：经二级及以上医院住院或风湿专科门诊确诊，并符合下列中两条的：

- 1.血沉异常升高或 CRP 升高；
- 2.类风湿因子或抗 CCP 阳性；
- 3.影像学检查骨关节及周围软组织特征性改变（至少有骨质稀疏），或关节 B 超、MRI 关节滑膜炎。

**问 72、慢性阻塞性肺疾病的慢性病评定标准是什么？**

答：经二级及以上住院确诊，并符合下列条件：

- 1.肺功能检查：吸入支气管舒张剂后  $FEV1/FVC < 0.70$ ；
- 2.胸部 X 线检查或胸部 CT 检查相关诊断报告。

**问 73、支气管哮喘的慢性病评定标准是什么？**

答：反复发作喘息、气急、胸闷或咳嗽，抗过敏、解痉、平喘等药物有明显疗效，经二级及以上住院确诊，并符合下列情况之一：

- 1.支气管激发试验或舒张试验阳性；
- 2.昼夜 PEF 变异率  $\geq 20\%$ ；
- 3.发作时血液检查嗜酸粒细胞增高。

**问 74、肺动脉高压的慢性病评定标准是什么？**

答：有相关临床表现，经三级医院或当地最高级别医院住院确诊，并符合下列条件的：

1.右心导管检查：静息状态下，平均肺动脉压  $\geq$  25mmHg，肺毛细血管楔压  $\leq$  15mmHg；

2.超声心动图检查：肺动脉收缩压  $\geq$  40mmHg；

3.胸片检查显示肺动脉高压症。

**问 75、特发性肺纤维化慢性病评定标准是什么？**

答：经三级及以上医疗机构住院确诊；提供影像学检测报告、肺功能检测报告或病理报告（3项中2项）。

**问 76、溃疡性结肠炎的慢性病评定标准是什么？**

答：有溃疡性结肠炎的临床表现，经三级医院或当地最高级别医院住院综合检查后确诊。需提供肠镜、病理及影像学的相关检查报告。

**问 77、克罗恩病的慢性病评定标准是什么？**

答：有克罗恩病的临床表现，经三级医院或当地最高级别医院住院综合检查后确诊。需提供肠镜、病理及影像学的相关检查报告。

**问 78、肝硬化的慢性病评定标准是什么？**

答：经二级及以上医院住院确诊各种原因导致的肝硬化，并符合下列中两项的：

1.肝功能异常：白蛋白  $<$  35g/L、ALT、AST 或 ALP、GGT 高于正常值，或胆红素指标明显升高；

2.B超或CT：肝裂增宽，门脾静脉增宽，左右叶比例失调，肝表面凹凸不平，脾大，腹水等；

3.胃镜或钡餐：食管静脉曲张或食管胃底静脉曲张；

4.肝穿刺：有假小叶形成或纤维化表现；

5.B超肝脏弹性成像测定值高于正常参考值。

### **问 79、晚期血吸虫病的慢性病评定标准是什么？**

答：1.有血吸虫病疫水或疫区接触、生活史；

2.存在肝硬化的临床症状、体征或影像学依据，或存在血吸虫病引起的胃肠道症状或体征；

3.存在肠道、肝脏、脑组织或血清中病原学证据。

### **问 80、自身免疫性肝病的慢性病评定标准是什么？**

答：因体内免疫功能紊乱引起的慢性肝病，具有相关临床表现，经二级及以上住院确诊，有下列抗体部分阳性：

抗核抗体（ANA）、抗平滑肌抗体（SMA）、抗肝肾微粒体（KLM）抗体或抗线粒体抗体（AMA），（或）伴有血 IgG 增高、肝功能异常或肝脏病理改变。

### **问 81、慢性肾脏病的慢性病评定标准是什么？**

答：各种病因导致的肾功能不全，近半年内二级及以上医院住院确诊为慢性肾脏病，出现肾功能减退（ $GFR < 60 \text{ml/min/1.73m}^2$ ）及蛋白尿，且病程  $\geq 3$  个月。

### **问 82、肾病综合征的慢性病评定标准是什么？**

答：经二级及以上医院住院确诊为肾病综合征，尿蛋白  $\geq 3.5 \text{g/d}$  并且血浆蛋白  $< 30 \text{g/d}$ 。

### **问 83、慢性肾衰竭（尿毒症期）的慢性病评定标准是**

什么？

答：下列条件之一，需门诊进行规范透析治疗的：

- 1.非糖尿病慢性肾衰竭患者  $GFR \leq 10\text{ml/min}$ ，糖尿病慢性肾衰竭患者  $GFR 10 \sim 15\text{ml/min}$ ；
- 2.反复出现药物难以控制的高钾血症（血钾  $\geq 6.5\text{mmol/L}$ ）或严重代谢性酸中毒（ $\text{HCO}_3^- \leq 13\text{mmol/L}$ ）；
- 3.药物难以纠正的高血容量性心衰；
- 4.尿毒症脑病；
- 5.严重的消化道症状、消化道出血。

**问 84、干燥综合征的慢性病评定标准是什么？**

答：经三级医院或当地最高级别医院确诊，并累及血液、肺、肾脏或肝脏等器官损害的相关检查或证明。

**问 85、甲状腺功能亢进症的慢性病评定标准是什么？**

答：1.经二级及以上医院诊断确诊；2.除外亚急性甲状腺炎症、产后甲状腺炎、HCG相关性甲状腺毒症和甲状腺高功能腺瘤；3.当地最高级别医疗机构甲状腺素测定（T3、T4、FT3、FT4、TSH）检验报告异常。

**问 86、甲状腺功能减退症的慢性病评定标准是什么？**

答：1.经二级及以上医院诊断确诊；  
2.除外口服药物引起的一过性甲减、妊娠期甲减（待分娩6周后重新评估甲状腺功能）、产后甲状腺炎、亚急性甲状腺炎症；

3.当地最高级别医疗机构甲状腺素测定检验报告（T3、T4、TSH）。

**问 87、肢端肥大症的慢性病评定标准是什么？**

答：经二级及以上医院诊断确诊，需要长期使用生长抑素治疗的患者。免疫组化染色 GH（+），胰岛素生长因子-I 水平升高。

**问 88、脑卒中的慢性病评定标准是什么？**

答：1.经住院诊断为脑出血或脑梗死，住院治疗后仍有意识障碍、中枢性面瘫、认知障碍、言语障碍、偏瘫、偏身感觉障碍、吞咽困难、构音障碍、尿潴留或尿失禁等神经症状，经确诊为脑卒中后遗症，仍需继续治疗；

2.颅脑 CT、CTA、MRI、MRA、DSA 等检查发现相应的病灶，有脑血管狭窄或闭塞相关证据。

3.超声提示动脉硬化。

**问 89、癫痫的慢性病评定标准是什么？**

答：经二级及以上医院神经内科专科医师确诊，各种原因导致的癫痫每年发作 2 次以上需要用药治疗者。

**问 90、帕金森综合症的慢性病评定标准是什么？**

答：临床上出现静止性震颤或肌强直，并出现静止性震颤、肌强直、运动迟缓、姿势步态异常四项主征其中两项的，并经二级及以上医院神经内科专科医师确诊，并需要开始抗帕金森病治疗的。



**问 91、阿尔茨海默病（老年痴呆）的慢性病评定标准是什么？**

答：经三级医院或当地最高级别医院临床诊断为阿尔茨海默病，或其他各种原因脑病所致的痴呆患者。

**问 92、肝豆状核变性的慢性病评定标准是什么？**

答：经住院或门诊确诊为肝豆状核变性，血清检查 CP 降低，伴有头部 CT、MRI、肝功能等异常或 K-F 环阳性、锥体外系症状、智力障碍或精神异常的表现。

**问 93、重症肌无力的慢性病评定标准是什么？**

答：出现眼外肌或四肢肌或咽喉肌或呼吸肌等受累症状，经二级及以上医院临床确诊为重症肌无力，并符合下列条件之一的：

- 1.新斯的明（或腾喜龙）试验：阳性；
- 2.疲劳试验：阳性；
- 3.免疫学检测：AchR-Ab 滴度升高；
- 4.胸腺 CT 检查：显示胸腺瘤改变；
- 5.肌电图检查报告异常，重复电刺激低频或高频递减；
- 6.mas 受体阳性。

**问 94、肌萎缩侧索硬化症的慢性病评定标准是什么？**

答：有肌无力、肌萎缩、吞咽困难等上或下运动神经元损害的临床症状，肌电图检查提示至少二个节段损害，经三级医院住院确诊，且病程  $\geq 3$  个月。

**问 95、多发性硬化的慢性病评定标准是什么？**

答：经脑脊液和核磁共振相应检查等，当地最高级别医院住院诊断确诊。

**问 96、青光眼的慢性病评定标准是什么？**

答：经三级综合医院眼科或二级及以上眼科专科医院医师诊断青光眼，不适宜手术治疗，需长期门诊治疗的患者。

**问 97、黄斑性眼病的慢性病评定标准是什么？**

答：1.经三级综合医院眼科或二级及以上眼科专科医院医师诊断，由于黄斑变性、糖尿病性黄斑水肿、脉络膜新生血管或视网膜静脉阻塞引起的视力损害；

2.基线矫正视力 0.05-0.5；光感-0.5；

3.需有血管造影及光学相关断层扫描（OCT）证实黄斑区有新生血管，对于不适合做血管造影者，血管成像（OCTA）证实黄斑区有新生血管。

**问 98、银屑病的慢性病评定标准是什么？**

答：经二级甲等及以上皮肤专科医师确诊为银屑病，并且 BSA 面积 > 5%且 PASI 评分 > 5，中度至重度寻常型银屑病或关节型、脓疱型或红皮病型。对传统治疗无效、禁忌或不能耐受的患者可选择生物制剂治疗。

**问 99、白癜风的慢性病评定标准是什么？**

答：经三级医院或当地最高级别医院皮肤科专科医师确诊为白癜风，并符合下列情况之一的：

1.皮肤累及面部、颈部或双手背;

2.皮损累及总面积 $\geq 10\text{cm}^2$ 。

**问 100、重度特应性皮炎的慢性病评定标准是什么?**

答:经三级医院或当地最高级别医院皮肤科专科医师确诊,传统治疗无效、有禁忌或不耐受,需要用生物制剂进行治疗的中重度特应性皮炎患者。

**问 101、精神障碍的慢性病评定标准是什么?**

答: 1.经精神专科医院确诊的下列精神疾病:

①精神分裂症、脑器质性精神障碍、双相情感障碍、分裂情感性障碍、妄想性障碍;

②慢性难治性抑郁症、难治性强迫症、躁狂症、多动症、儿童孤独症;

③偏执性精神病、癫痫性精神病、精神发育迟缓伴发精神障碍;

④精神活性物质所致的精神障碍。

2.对于“心境障碍”或“抑郁障碍”需精神专科医院出具证明提示严重程度;

3.上述疾病需提供精神专科医院的诊断证明或出院小结。

**问 102、慢性乙型肝炎的慢性病评定标准是什么?**

答:确需进行抗病毒治疗的乙肝患者,符合下列条件之一的:

1.①HBeAg 阳性，HBVDNA  $\geq 10^5$  拷贝/ml；HBeAg 阴性，HBVDNA  $\geq 10^4$  拷贝/ml；②ALT  $\geq 2 \times$  ULN；如 ALT  $< 2 \times$  ULN，但肝组织学显示 KnodellHAI  $\geq 4$ ，或炎症坏死  $\geq$  G2，或纤维化  $\geq$  S2。

2.①HBeAg 阳性，HBVDNA  $\geq 10^5$  拷贝/ml；HBeAg 阴性，HBVDNA  $\geq 10^4$  拷贝/ml；②ALT  $\geq$  ULN 且年龄  $> 40$  岁者。

3.B 超或 CT 检查报告肝硬化或肝癌，HBVDNA  $\geq 10^3$  拷贝/ml。

4.已经在二级及以上具备资质的医疗机构开始3个月以上的规范抗病毒治疗，仍需继续治疗的。

### **问 103、慢性丙型肝炎的慢性病评定标准是什么？**

答：经传染病专科医院确诊，具有抗病毒治疗指征，需要按照临床诊疗规范进行抗病毒治疗。

抗-HCV 和 HCVRNA 阳性。根据临床分型分为 1b 型和非 1b 型。

本病种治疗终结后，再次申请需提供初治病例及复发的检查报告，经临床专家审核评估，需要继续进行抗病毒治疗的，可再次享受门诊待遇。

### **问 104、结核病的慢性病评定标准是什么？**

答：1.经专科医院或具备收治能力的二级甲等及以上综合性医院临床确诊为结核病，

- 2.具有相应部位结核病的影像学特征;
- 3.病理学或病原学标志阳性。
- 4.已实施抗结核治疗，需门诊进行规范抗结核治疗的。  
耐药性结核患者需提供药敏检验报告和耐药治疗方案。

### **问 105、艾滋病的慢性病评定标准是什么？**

答：1.HIV 抗体筛查试验阳性和 HIV 补充试验阳性，  
或 HIV 分离试验阳性，经具备相应资质的医疗机构确诊的  
患者；

2.当地疾控部门出具 HIV 抗体确诊检测报告阳性的患  
者。

### **问 106、强直性脊柱炎的慢性病评定标准是什么？**

答：1.出现 3 个月以上腰背痛、晨僵、脊柱活动受限等  
症状，活动后疼痛可缓解，但休息不能减轻；腰椎在前后和  
侧屈方向活动受限；胸廓扩展范围小于正常值；

2.影像学检查：双侧骶髂关节炎 2-4 级或单侧骶髂关节  
炎 3-4 级；或人类白细胞抗原 B27 测定（HLA-B27）阳性；

3.经二级及以上医院住院或风湿专科门诊确诊。

### **问 107、系统性红斑狼疮？**

答：出现颧部红斑、盘状红斑、光敏感等临床表现，经  
三级及以上医院住院确诊，并符合下列条件之一：

- 1.出现口腔溃疡、关节炎、浆膜炎等症状；
- 2.出现精神系统或神经系统症状；

- 3.血液学异常（溶贫，血三系减少）；
- 4.免疫学异常（抗 ds-DNA 抗体阳性，或抗 Sm 抗体阳性，或狼疮抗凝物、抗心磷脂抗体阳性，或抗  $\beta$  2-GP1 阳性）；
- 5.狼疮肾炎；
- 6.抗核抗体阳性。

**问 108、白塞氏病的慢性病评定标准是什么？**

答：出现口腔、眼、生殖器溃疡及皮肤特征性皮损并反复发作与缓解慢性过程，经三级医院或当地最高级别医院确诊，需要长期治疗的。

**问 109、系统性硬化症的慢性病评定标准是什么？**

答：临床出现皮肤肿胀硬化、手指的凹陷性瘢痕或硬指、Raynaud 征阳性、指趾尖端溃疡等临床表现，经三级医院或当地最高级别医院确诊，并符合下列条件之一的：

- 1.X 光检查：肺纤维化、食道运动功能障碍等内脏改变；
- 2.肺动脉高压或肾脏病变；
- 3.免疫学检测：抗 Scl-70（+），抗着丝点抗体（+）。

**问 110、生长激素缺乏症的慢性病评定标准是什么？**

答：经三级医院或当地最高级别医院住院或门诊确诊，年龄  $\leq 18$  周岁，需长期生长激素治疗的；有相应的检查确诊报告。

**问 111、多发性肌炎的慢性病评定标准是什么？**

答：经三级医院或当地最高级别医院住院确诊，具备

肌炎特异性抗体阳性，符合以下任何一项：①四肢近端肌痛肌无力；②肌电图示肌源性损害；③肌活检示肌纤维变性和炎症反应及结缔组织增生；④肌酶升高。

**问 112、皮肌炎的慢性病评定标准是什么？**

答：经三级医院或当地最高级别医院住院确诊，符合下列情况之一：①肌炎特异性抗体阳性；②特征性皮疹。

**问 113、先天性免疫蛋白缺乏症的慢性病评定标准是什么？**

答：经三级医疗机构住院确诊为先天性免疫蛋白缺乏症，需要替代疗法补充抗体免疫蛋白的患者。

**问 114、结节性多动脉炎的慢性病评定标准是什么？**

答：经三级医院或当地最高级别医院住院确诊，符合下列情况之一：①动脉造影显示动脉梗塞或动脉瘤形成；②B超或 MRI 发现受累血管狭窄、闭塞或动脉瘤形成。

**问 115、ANCA 相关血管炎的慢性病评定标准是什么？**

答：经三级医院或当地最高级别医院住院确诊，MPO-ANCA 或 PR3-ANCA 阳性，符合下列 4 项中的 1 项：

1.鼻肺肾三联征；2.肺肾累及；3.鼻息肉、哮喘、肺非固定性浸润；4.病理报告证实。

**问 116、尼曼匹克病的慢性病评定标准是什么？**

答：经三级医院或当地最高级别医院住院或门诊确诊，提供分子遗传学确诊报告或符合下列 5 项中 3 项的。

- 1.肝脾肿大;
- 2.有或无神经系统损害或眼底樱桃红斑;
- 3.外周血淋巴细胞浆和单核细胞浆有空泡;
- 4.骨髓可找到泡沫细胞;
- 5.X线肺部呈粟粒样或网状浸润。

**问 117、普拉德-威利综合征的慢性病评定标准是什么？**

答：有明确的病史，伴有严重肥胖、性发育不良、智力轻度低下或特殊面容等典型临床表现；需提供分子遗传学确诊报告。

**问 118、脑瘫的慢性病评定标准是什么？**

答：经二级及以上医院诊断为脑性瘫痪，年龄≤14周岁，需长期门诊康复治疗的。

**问 119、心脏瓣膜置换术后的慢性病评定标准是什么？**

答：心脏瓣膜置换术后，需长期进行抗凝治疗的，需提供出院记录和手术记录单。

**问 120、血管支架植入术后的慢性病评定标准是什么？**

答：血管支架（含外周血管支架）植入术后，需进行抗凝治疗的，需提供出院记录和手术记录单。

**问 121、心脏冠脉搭桥术后的慢性病评定标准是什么？**

答：冠脉搭桥（支架）术后需长期行抗凝治疗的患者。本病与冠心病待遇不重复享受。



### **问 122、器官移植术后的慢性病评定标准是什么？**

答：既往有严重脏器疾病史，经三级甲等医院住院手术移植异体器官（组织），移植后需长期服用抗排异药物治疗的。根据移植器官（组织）不同，分为肾移植术后、肝移植术后、造血干细胞移植术后等（其他）器官移植术后的抗排异治疗。需提供移植手术出院记录和移植手术记录单。

### **问 123、血友病的慢性病评定标准是什么？**

答：1.经三级医院或当地最高级别医院血液科专科医师确诊，需要在门诊接受凝血因子输入等相应治疗的。

2.需提供三级医院凝血因子活性检测报告。

凝血因子活性 < 1% 为重型血友病。

### **问 124、白血病的慢性病评定标准是什么？**

答：典型的临床表现，经三级医院或当地最高级别医院住院诊断为白血病，并经专科医师审核，确需门诊治疗的。需提供血液系统检查报告和上述医疗机构出具的诊疗方案。

### **问 125、特发性血小板减少性紫癜的慢性病评定标准是什么？**

答：经二级及以上医院住院确诊，排除继发性血小板减少症，血小板检查减少或骨髓象检查异常。

### **问 126、再生障碍性贫血的慢性病评定标准是什么？**

答：经三级医院或当地最高级别医院诊断为慢性再生障碍性贫血或重型再生障碍性贫血（病情稳定期）。

**问 127、骨髓增生异常综合征的慢性病评定标准是什么？**

答：出现血液病临床症状，经三级医院或当地最高级别医院住院确诊为骨髓增生异常综合征，并符合下列条件之一的：1.血象：全血细胞减少，或任 1.2 系细胞减少表现；

2.骨髓象：有三系、两系或任一系血细胞的病态造血。

**问 128、骨髓增生性疾病的慢性病评定标准是什么？**

答：经三级医院或当地最高级别医院确诊为真性红细胞增多症、原发性血小板增多症或原发性骨髓纤维化，并有血象和骨髓象的检查结果，需在门诊长期用药治疗的。

**问 129、恶性肿瘤的慢性病评定标准是什么？**

答：1.经三级医院或当地最高级别医院住院或门诊确诊为恶性肿瘤（含淋巴瘤、骨髓瘤），且肿瘤未愈、转移、复发或新发，有相应的病理检查或免疫组化检查报告，需继续门诊治疗的。

2.特殊情况无法取得病理确诊，根据临床症状、影像学检查、肿瘤标志物及多学科会诊后，经三级医院或当地最高级别医院住院诊断为恶性肿瘤，需要门诊治疗的。

3.恶性肿瘤根治术后，需临床严密随访的患者，需同时提供相应的手术治疗记录单和病理报告。

根据不同确诊患者的治疗方式，病种认定分为下列 3 类：

(1) 恶性肿瘤（放化疗）：包括各类肿瘤的化疗、放疗、内分泌治疗、灌注治疗。

(2) 恶性肿瘤治疗（靶向治疗）：有相应靶向治疗药物，符合药物的适用范围，治疗药品在医保目录内，并提供医疗机构出具的诊疗方案。

(3) 恶性肿瘤门诊治疗：无需或不适宜进行放化疗或靶向治疗，但仍需要长期或定期门诊检查或护理的其他肿瘤（或肿瘤术后）患者。

### **问 130、滁州市城镇职工门诊特殊病病种有哪些？**

答：（1）肝硬化；（2）慢性肾衰竭（尿毒症期）；（3）肢端肥大症；（4）肝豆状核变性；（5）多发性硬化；（6）黄斑性眼病；（7）重度特应性皮炎；（8）精神障碍；（9）系统性红斑狼疮；（10）ANCA 相关血管炎；（11）先天性免疫蛋白缺乏症；（12）尼曼匹克病；（13）心脏瓣膜置换术后；（14）血管支架植入术后；（15）心脏冠脉搭桥术后；（16）器官移植术后；（17）血友病；（18）再生障碍性贫血；（19）骨髓增生异常综合征；（20）骨髓增生性疾病；（21）白血病；（22）恶性肿瘤。

**问 131、城镇职工医疗保险门诊慢性病政策是什么？报销比例又是多少？**

答：在慢性病定点医药机构就医的普通慢性病患者，政

策范围内医药费用仅限于门诊治疗相应慢性病及其特征性并发症的检查、治疗、药品费用。设定年度起付线 500 元，报销比例为 70%，按病种设定报销限额。参保人员患两种及以上慢性病的，每增加一种慢性病且所患病种为关联病种的，补助限额在原病种最高限额基础上增加 2400 元，非关联病种的，增加 3000 元。普通慢性病基本医疗年度支付总封顶线为 15000 元。

**问 132、城镇职工基本医疗门诊慢性病病种有哪些？**

答：

序号	病种名称	年度限额	关联性
1	高血压（Ⅱ、Ⅲ级）	8000	G1
2	冠心病	8000	G1
3	心功能不全	8000	G1
4	慢性阻塞性肺疾病	12000	G2
5	支气管哮喘	8000	G2
6	肺动脉高压	12000	G2
7	特发性肺纤维化	12000	G2
8	溃疡性结肠炎	6000	
9	克罗恩病	6000	
10	晚期血吸虫病	6000	
11	自身免疫性肝病	12000	
12	慢性肾脏病	12000	G4
13	肾病综合征	12000	G4
14	糖尿病	8000	
15	甲状腺功能亢进症	6000	

序号	病种名称	年度限额	关联性
16	甲状腺功能减退症	6000	
17	脑卒中	8000	G1
18	癫痫	6000	
19	帕金森综合症	6000	
20	阿尔茨海默病 (老年痴呆)	8000	G1
21	重症肌无力	6000	
22	肌萎缩侧索硬化症	6000	
23	青光眼	6000	
24	银屑病	6000	
25	白癜风	6000	
26	慢性乙型肝炎	12000	
27	慢性丙型肝炎	12000	
28	结核病	6000	
29	艾滋病	6000	
30	类风湿性关节炎	6000	
31	强直性脊柱炎	8000	G3
32	白塞氏病	6000	
33	系统性硬化症	6000	
34	干燥综合症	8000	G3
35	多发性肌炎	8000	
36	皮炎	8000	
37	结节性多动脉炎	8000	
38	特发性血小板 减少性紫癜	6000	

**问 133、基本医疗保险参保人员享受门诊慢特病病种待遇认定申请流程是什么？需提供什么材料？**

答：行政大厅申请：每月 1 号-20 号正常工作日可携带本人社会保障卡或身份证、提供二级及以上定点医疗机构（含专科医院）出具的相关门诊、住院病历资料（原则上足够证明所申请病种的资料），到医保中心窗口进行申请，填写《滁州市职工医保慢性病评审表》。窗口工作人员对参保职工所提供的资料进行初步审核，录入系统。市医保中心从医疗专家库中抽取专家对慢性病材料进行评审，评审结果将及时通知申请人。通过普通慢性病鉴定的参保人员自通过鉴定的次月起享受待遇。

定点医疗机构申请：将滁州市第一人民医院、滁州市第二人民医院、滁州市中西医结合医院、滁州市第五人民医院、皖东人民医院纳入普通慢性病鉴定机构范围（各县市区鉴定医疗机构由各县市区确定），在以上医疗机构门诊或住院的参保人员，患有规定的普通慢性病可以直接向医院申报慢性病鉴定。定点医疗机构指定相关科室副主任及以上医师和经治医师按慢性病诊断标准进行评审。通过评审的，由医院医保办审核盖章确认并录入医疗保障信息管理系统。医院医保办于每月 25 日前汇总《慢性病申请评审表》报送市医保中

心窗口。医保中心于月底前完成复核并进行系统确认，待遇自申请通过的次月起享受。

### **问 134、慢性病评审通过后，如何使用？**

答：慢性病评审通过后，如果在本地定点医院就医时，出示社保卡或医保电子凭证，在医院直接结算；如需到慢特病定点药店外购药品时，需定点医院医保办开具外购处方并盖章后，方可在药店购药；如在异地医院就医时，可带发票、处方、病历回市政务服务中心医保窗口报销。

### **问 135、慢性病认定后，哪些药可以报销？**

答：慢性病用药的报销目录执行《安徽省基本医疗保险慢特病门诊用药目录（试行）》皖医保秘〔2020〕37号和安徽省医疗保障局关于调整增补基本医保慢特病门诊用药目录》皖医保秘〔2022〕3号文件。可登录“安徽省医疗保障局”官网查询或咨询市医保中心、各医院医保办。

### **问 136、居民医保普通慢性病门诊医疗保险如何报销？**

答：限于一级以上医疗机构（含一级、社区卫生服务中心）发生的与鉴定疾病相关的门诊费用报销。起付线为 150 元，可报销费用报销比例为 65%，年度封顶 5000 元。

### **问 137、居民医保慢性病病种有哪些？**

答：1.高血压 2.冠心病 3.心功能不全 4.慢性阻塞性肺疾病 5.支气管哮喘 6.肺动脉高压 7.特发性肺纤维化 8.溃疡性结

肠炎 9.克罗恩病 10.晚期血吸虫病 11.自身免疫性肝病 12.慢性肾脏病 13.肾病综合征 14.糖尿病 15.甲状腺功能亢进症 16.甲状腺功能减退症 17.脑卒中 18.癫痫 19.帕金森综合症 20.阿尔茨海默病（老年痴呆） 21.重症肌无力 22.肌萎缩侧索硬化症 23.青光眼 24.银屑病 25.白癜风 26.慢性乙型肝炎 27.慢性丙型肝炎 28.结核病 29.艾滋病 30.类风湿性关节炎 31.强直性脊柱炎 32.白塞氏病 33.系统性硬化症 34.干燥综合征 35.多发性肌炎 36.皮炎 37.结节性多动脉炎 38.特发性血小板减少性紫癜

### **问 138、居民医保特殊慢性病病种有哪些？**

答：1.肝硬化 2.慢性肾衰竭（尿毒症期） 3.肢端肥大症 4.肝豆状核变性 5.多发性硬化 6.黄斑性眼病 7.重度特应性皮炎 8.精神障碍 9.系统性红斑狼疮 10.ANCA 相关血管炎 11.先天性免疫蛋白缺乏症 12.生长激素缺乏症 13.普拉德-威利综合征 14.脑瘫 15.尼曼匹克病 16.心脏瓣膜置换术后 17.血管支架植入术后 18.心脏冠脉搭桥术后 19.器官移植术后 20.血友病 21.再生障碍性贫血 22.骨髓增生异常综合征 23.骨髓增生性疾病 24.白血病 25.恶性肿瘤。

### **问 139、居民医保特殊慢性病门诊医疗保险如何报销？**

答：在一级以上（含一级）定点医疗机构发生的特殊慢性病门诊政策范围内医药费用按当次就诊医疗机构普通住院政策报销，年度内计算一次起付线 500 元。



**问 140、居民医保慢性病、特殊慢性病该如何申报需提交什么材料？**

答：行政大厅申请：每月 20 日前正常工作日可携带本人社会保障卡或身份证、提供二级及以上定点医疗机构（含专科医院）出具的相关门诊、住院病历资料（原则上足够证明所申请病种的资料），到医保中心窗口进行申请，填写《滁州市城乡居民基本医疗保险慢性病评审表》。窗口工作人员对参保职工所提供的资料进行初步审核，录入系统。市医保中心从医疗专家库中抽取专家对慢性病材料进行评审，评审结果将及时通知申请人。通过普通慢性病鉴定的参保人员自通过鉴定的次月起享受待遇。

定点医疗机构申请：将滁州市第一人民医院、滁州市第二人民医院、滁州市中西医结合医院、滁州市第五人民医院、皖东人民医院（各县市区鉴定医疗机构由各县市区确定）纳入普通慢性病鉴定机构范围，在以上医疗机构门诊或住院的参保人员，患有规定的普通慢性病可以直接向医院申报慢性病鉴定。定点医疗机构指定相关科室副主任及以上医师和经治医师按慢性病诊断标准进行评审。通过评审的，由医院医保办审核盖章确认并录入医疗保障信息管理系统。医院医保办于每月 25 日前汇总《慢性病申请评审表》报送市医保中心窗口。医保中心于月底前完成复核并进行系统确认，待遇自申请通过的次月起享受。

## 四、医保电子凭证

**问 141、什么是医保电子凭证？**

答：医保电子凭证是由国家医保局统一签发，为全国医保参保人员生成的、唯一的医保身份识别电子介质，是全国医保线上业务唯一身份凭证。具备安全可靠、认证唯一等重要特点。

**问 142、如何领取、激活医保电子凭证？**

答：医保电子凭证不依托于实体卡，参保人员可以直接通过国家医保服务平台 APP、微信、支付宝、银行 APP 等，自动进行人脸识别认证后激活使用。

**问 143、医保电子凭证有哪些用途？与实体卡相比有哪些优势？**

答：医保参保人可以通过医保电子凭证享受各类在线医疗保障服务，包括医保业务办理、医保账户查询、医保就诊和购药支付等，无需再携带其他实体卡，实现“一码在手，医保无忧”。

**问 144、医保电子凭证与实体卡或其他相比有四个突出优点：**

答：一是方便快捷。医保电子凭证不依托实体卡，参保人可通过国家医保 APP，银行 APP、微信、支付宝等由国家医保局认证授权的第三方渠道激活使用，十分方便。

二是应用丰富。医保电子凭证广泛应用于医保查询、参保登记、报销支付等医保各业务场景，一张电子凭证，可以办理所有的医保业务。

三是全国通用。医保电子凭证由国家医保信息平台统一生成，标准全国统一，跨区域互认，参保人可以凭证在全国办理有关医保业务。

四是安全可靠。医保电子凭证通过实名和实人认证，采用国产加密算法，数据加密传输，动态二维码展示，确保了个人信息和医保基金使用安全。

**问 145、日常生活中，医保电子凭证能为我们提供的这些高效、便捷的服务你都知道吗？**

答：便捷一：无需排队等候，滑动指尖”掌上办”

通过手机激活自己的医保电子凭证，看病、取药过程中只需要扫码或刷脸进行医保身份的确认、医保结算，就可以进入下一个环节，不需要到窗口排队。除此之外，如果只需要购买非处方药，可以到药店通过医保电子凭证扫码或刷脸购药。

便捷二：异地就医备案不用愁，滑动指尖“轻松办”

用手机通过国家医保 APP 或微信、支付宝等官方授权渠道激活医保电子凭证，确认参保人身份，然后进行异地就医备案。医保电子凭证由国家医保信息平台统一生成，标准全国统一，跨区域互认，参保人可以依此在全国办理有关医

保业务。

**问 146、滁州什么时候能申领医保电子凭证，让广大参保人享受到移动支付、线上服务的便捷？**

2020年5月15日，我市医保电子凭证正式上线启用，在全国率先实现支持刷脸、扫二维码、医院诊间结算、建档立卡贫困人口四重保障“一站式”结算就医购药服务新体验。目前，滁州多家药店实现医保电子凭证上线应用。参保群众可通过国家医保服务平台APP、微信、支付宝、银行APP等多渠道激活使用电子凭证，享受各类在线医疗保障服务，包括医保业务办理、医保账户查询、医保就诊和购药支付等，并实现药店买药、挂号就医、费用结算、异地就医等功能。同时，我们将加快推动医保电子凭证的推广、普及和应用。

**问 147、没有申领或激活医保电子凭证，之前办理的社保卡还可以看病买药吗？**

答：可以用社保卡正常就医购药。建议在家人或者医院、药店工作人员帮助下，激活医保电子凭证，以后就不用带社保卡了，避免因丢失社保卡带来的补办手续和额外花费。

## 五、异地就医

### 问 148、什么叫异地就医？

答：异地就医是指参保人在其参保统筹地区以外（不包括国外及港、澳、台地区）发生的就医行为，简单来说就是参保人的医保“参保地”和实际的“就医地”不一致，分为“省内（跨市）异地”和“跨省异地”两种情况。

### 问 149、哪些情况可以异地就医？

答：基本医疗保险参保人员在下列情况下可异地就医：  
（1）因病情需要，转诊到参保地以外定点医院治疗的；（2）因公出差或探亲度假的参保人在参保地以外突发疾病、急诊抢救的；（3）异地安置的退休人员、异地长期居住的人员、常驻异地工作人员、异地转院人员；（4）其它符合参保地办理异地就医的情况。

### 问 150、异地就医结算政策很复杂吗？

答：异地就医政策很简单，三句话十五个字。

1.就医地目录。包括基本医疗保险的药品目录、诊疗项目、服务设施标准。2.参保地待遇。异地就医执行参保地的起付线、支付比例和最高支付限额。3.就医地管理。就医地经办机构要为异地就医人员提供和本地参保人员相同的服务和管理，包括咨询服务、医疗信息的记录、医疗行为的监控、医疗费用的审核等。

**问 151、参保人员办理异地就医备案登记，有哪些渠道？**

答：如需在异地实现住院、门诊费用直接结算，需提前进行备案，即可在异地定点医院异地就医直接结算。备案方式：线下：转诊医院和医保窗口；

线上：参保人通过国家医保异地就医 APP、安徽政务服务网、皖事通线上申请异地就医备案。异地就医或者异地安置备案成功后可实现异地医疗机构之间的门诊结算。网上备案流程和操作说明均可在滁州市医疗保障局、市数据局等网站查询。

**问 152、哪些人员可以申请办理异地就医？**

答：一是异地安置退休人员，也就是退休后在异地定居并迁入户籍的人员；二是异地长期居住人员，在异地居住生活的人员；三是常驻异地工作人员，用人单位派驻异地工作的人员；四是异地转诊人员，因病情需要转异地医疗机构诊治的人员。

**问 153、参保人员办理异地安置，如何办理？**

答：对于在异地生活且户口已转入居住地的参保人员，可通过网络申报，也可到医保窗口现场办理。

1. 申请人提供申报材料
2. 医保经办机构受理后审核
3. 审核通过的将申请人异地就医信息备案上传并通知

参保人员，审核未通过的告知原因

注：所需材料：

1. 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡
2. 异地安置认定材料（户口簿首页和本人常住人口登记卡或长期居住证明）

**问 154、办理异地安置手续后，可以更换或取消原安置地吗？**

答：可以，持身份证和更换地长期居住证明（原件或者复印件均可），办理变更。

**问 155、参保人员安置在省内异地就医发生的医疗费用如何结算？**

答：参保人员安置在省内，选择在全省联网定点医疗机构就医的，其普通门诊、住院治疗实行免报备即时刷卡结算，门诊特殊病种按规定在参保地医保部门开通后可即时刷卡结算；选择在非全省联网定点医疗机构就医的，登记备案后，其就医发生的医疗费用按我市基本医保政策手工报销。参保人员在安置地所有全省联网定点零售药店购药，均可直接刷卡结算。

**问 156、参保人员跨省转院有备案期限吗？**

答：跨省转诊备案有效期为 1 年，备案有效期内办理入院手续的，无论本次出院日期是否超出备案有效期，均属于有效备案。

### **问 157、参保人员省外转院就医如何办理手续？**

答：本统筹区最高等级医疗机构无法救治、需转异地就医的。转入医院为全国联网医院的，由本统筹区内三级甲等医院相关专业副主任及以上医师填写《滁州市基本医疗保险异地转院备案登记表》，并提供病历摘要、转院就医理由，科室主任签署意见，并经定点医疗机构负责医疗保险管理的科室审核同意并盖章后，报参保地医保管理部备案登记。参保人员持本人社会保障卡，直接到参保地医保经办部门进行备案登记；

### **问 158、参保人员省外异地就医后医疗费用如何结算？**

答：有两种结算方式：一是手工报销，即：参保人员先行垫付全部的医疗费用，带着医院出具的相关票据回参保地报销；二是直接结算：在医院结算窗口通过信息系统结算，参保人只用结清应由个人承担的费用，属于医保基金支付的费用，由医保经办机构与定点医疗机构按规定支付。异地就医原则上实行直接结算。

### **问 159、异地就医为什么提倡实行直接结算？**

答：省心：在医院当场报销，不用操心能不能报销，报销多少问题；省时：不用浪费时间跑回去报销，也不用等待报销费用到账；省力：不用在参保地和就医地、医院和医保经办机构之间来回奔波；省钱：不用垫付医疗费用，也不用支付来回奔波的路费。



**问 160、上海市（或南京、杭州等长三角地区）医保卡异地使用的问题？**

答：目前长三角地区异地就医门诊费用可以直接结算，但需要向参保地经办机构办理异地就医备案。

**问 161、长三角门诊异地联网如何结算？**

答：滁州市参保人员在上海、江苏、浙江等长三角地区异地就医，均可持医保卡进行门诊费用直接结算。

如需在长三角城市实现门诊费用直接结算，需提前进行备案，即可在长三角定点医院异地就医直接结算。

**问 162、异地就医时提示“读卡失败：市医保提示：卡鉴权失败”**

答：可以联系发卡地人力资源和社会保障局社保卡部门重新上传社保卡个人卡信息。

**问 163、异地就医时提示“请核实该异地来宁人员的备案和下载信息”**

答：可以请就医地医疗机构联系当地的异地就医管理部门，在国家平台下载个人备案信息。

**问 164、公务员医疗补助、城镇职工大病医疗保险、城乡居民大病保险等报销费用可在跨省异地就医定点医疗机构一并结算吗？**

答：可以实行“一单制”结算。参保人员异地就医时，只需结算应由个人承担的费用。

## 六、生育保险

**问 165、生育保险待遇包括哪些？**

答：生育保险待遇包括生育医疗费用和生育津贴。

**问 166、居民医保生育补助标准是多少？**

答：对于符合计划生育政策的参保的育龄妇女生育费用，定额补助 1000 元。产后并发症和合并症的可报销，费用 1 万元以下的按 40%比例补偿，1 万元以上的按同级医疗机构疾病住院补偿执行，但不再享受定额补助。

**问 167、职工医疗保险若要享受生育医疗待遇需要满足什么条件？**

答：参保人员符合计划生育政策规定，并且连续缴纳城镇职工医疗保险 10 个月以上的（过渡期间以原生育保险累计缴费时间计算），自第 11 个月开始可享受生育待遇。按照企业费率参保缴费的用人单位女职工享受生育津贴，按照用人单位上年度职工月平均工资计发；机关、事业单位女职工不享受生育津贴，其产假期间工资福利由用人单位发放；灵活就业人员不享受生育津贴。

**问 168、男性职工是否可以不参加生育保险？**

答：不可以。用人单位有为所有职工参加生育保险的法定义务。《社会保险法》第五十三条规定“职工应当参加生

育保险，由用人单位按照国家规定缴纳生育保险费，职工不缴纳生育保险费”。生育保险的设立就是为了保障女职工的生育待遇，促进男女平等就业。这项制度建立以来，对维护女职工生育保障权益，促进妇女公平就业，均衡用人单位负担发挥了重要作用。

**问 169、正常参保男职工其未就业配偶分娩时能享受什么待遇？**

答：符合国家计划生育政策的夫妇，男职工连续缴纳医疗保险 10 个月以上，女方未就业且未参加城乡居民医疗保险，其分娩时可申请男职工未就业配偶生育补助，补助标准为定额 1000 元（不享受生育津贴）。

**问 170、灵活就业人员参加职工基本医疗保险，生育医疗费可以按职工医疗保险结算吗？**

答：可以，职工生育保险与职工医疗保险合并后，灵活就业人员参加职工基本医疗保险的，生育医疗费可以按职工医疗保险结算，但不享受生育津贴。

**问 171、机关事业单位职工生育也发放生育津贴吗？**

答：没有。机关事业单位女职工生育期间工资已正常发放。

**问 172.职工生育医疗待遇享受标准是多少？**

答：生育医疗费用实行定额结算，定额标准如下

生育类型	医院等级及定额费用	
生育顺产	三级	2000
	二级	1800
	一级	1500
生育剖宫产	三级	3200
	二级	3000
	一级	2500
多胎妊娠的生育医疗费，每增加 1 个胎儿增加 800 元。		
流产	300	
引产	1200	
上（取）环	150	
绝育术	800	
复通术	1200	

生育时有并发症、合并症的，执行普通住院待遇政策，不再享受生育定额支付标准。

### 问 173、城镇职工保险生育津贴享受标准是多少？

答：生育津贴按照用人单位上年度职工月平均工资计发，计发月数如下表：

类别	享受月数
正常分娩	3 个月
剖宫产	增加 0.5 个月
符合计划生育政策	增加 2 个月
多胞胎生育，每多 1 个婴儿	增加 0.5 个月
4 个月以下（不含 4 个月）流产或宫外孕	1 个月
4 个月以上（含 4 个月）7 个月以下	1.5 个月

类别	享受月数
(不含7个月)引产	
7个月以上(含7个月)引产	3个月

**问 174、生育医疗费和生育津贴如何领取？需要提供什么材料？**

答：生育前或计生手术前不需要到大厅医保局窗口办理生育备案手续，生育医疗费从医院直接结算，生育津贴申领待休完法定产假后，与其单位经办人联系，由单位统一办理或到医保中心窗口办理报销手续。

办理所需材料：（1）申请人出院小结或加盖科室章的门诊病历；（2）医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；（3）加盖单位公章的《生育津贴申领表》（<https://ybj.chuzhou.gov.cn/xxfb/tzgg/1104218961.html> → 下载专区 → 滁州市生育保险津贴申领表）；（4）银行账号。

**问 175、异地分娩如何领取生育医疗费用和生育津贴？需要提供哪些材料？**

答：女职工在异地定点医疗机构分娩的，待休完法定产假后，与其单位经办人联系，由单位统一办理或到医保中心窗口办理报销手续。

所需材料：①医保电子凭证或有效证件或医保卡；②医院收费票据；③费用清单；④申请人出院小结或加盖科室章的门诊病历；⑤生殖服务登记卡；⑥结婚证；⑦加盖单位公

章的《生育津贴申领表》（<https://ybj.chuzhou.gov.cn/xxfb/tzgg/1104218961.html>→下载专区→滁州市生育保险津贴申领表）。

备注：生育医疗费与生育津贴为合并支付，一次性提供材料即可。

**问 176、异地流产、引产如何领取生育医疗费用和生育津贴？需要提供哪些材料？**

答：女职工在异地定点医疗机构流产、引产的，待休完法定产假后，与其单位经办人联系，由单位统一办理或到医保中心窗口办理报销手续。

所需材料：①医保电子凭证或有效证件或医保卡；②医院收费票据；③费用清单；④申请人出院小结或加盖科室章的门诊病历；⑤结婚证；⑥确认怀孕的B超单（流产提供）或所在社区提供引产证明（引产提供）；⑦加盖单位公章的《生育津贴申领表》（<https://ybj.chuzhou.gov.cn/xxfb/tzgg/1104218961.html>→下载专区→滁州市生育保险津贴申领表）。

备注：生育医疗费与生育津贴为合并支付，一次性提供材料即可。

**问 177、生育医疗费用和生育津贴领取办理时限是多久？**

答：申请材料齐全且符合法定形式予以受理的，办结业务完成后于二十个工作日办结。

## 七、城乡医疗救助

**问 178、什么是医疗救助？**

答：医疗救助包括资助参保、门诊救助、住院救助

（一）资助参保。对于重点救助对象参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费部分实施分类资助，予以全额或定额资助。

（二）住院救助。救助对象在定点医疗机构发生的合规住院医疗费用中的个人自付部分予以救助。

（三）门诊救助。救助对象在定点医药机构发生的合规的门诊慢特病费用中的个人自付部分予以救助，病种范围按照安徽省基本医疗保险门诊慢特病目录执行。

**问 179、哪些人群可以享受医疗救助待遇？**

答：救助对象分为重点救助对象和依申请救助对象。

重点救助对象：本市户籍中的特困供养人员（简称“特困人员”）、最低生活保障对象（简称“低保对象”）、返贫致贫人口、监测人口。

依申请救助对象：低保边缘家庭和支出型困难家庭中因病致贫重病患者等其他低收入人口。

**问 180、资助参保“185”、大病保险“505”、医疗救助“876”分别代表着什么？**

答：资助参保“185”：“1”是指对特困人员参加居民

医保的个人缴费，由医疗救助基金给以 100%资助；“8”是指对低保对象的个人缴费按 80-90%定额资助；乡村振兴部门认定的返贫致贫人口给予 70%—80%定额资助。“5”是指对监测人口的个人缴费按 50%定额资助。

大病保险“505”：“50”是指大病保险对特困人员、低保对象以及返贫致贫人口起付线较普通居民下降 50%；“5”是指大病保分段报销比例全部提高 5 个百分点无封顶线。

医疗救助“876”：“8”是指经基本医疗保险，大病保险等报销后的个人自付合规医疗费用，特困人员按不低于 80%比例救助；“7”是指低保对象按不低于 75%比例救助；返贫致贫人口年度按 1500 元以上的部分 70%的比例救助)；“6”是指监测人口按 3000 元以上的部分不低于 60%比例救助。

### **问 181、哪些医疗费用可以纳入医疗救助？**

答：救助对象在参保地定点医疗机构或按规定转诊异地就医（急诊、抢救除外）发生的合规医疗费用，经基本医疗保险、大病保险等报销后的个人自付部分按规定予以救助。

### **问 182、依申请救助的受理时限有何规定？**

答：医疗费用发生后，截至次年年底未提出医疗救助申请的不予受理。



### 问 183、特殊人员缴费标准是多少？

答：特困供养人员、最低生活保障对象、孤儿、重度残疾人和农村建档立卡的贫困人口等特殊人群参加基本医疗保险的个人缴费部分，通过城乡医疗救助资金代缴，由县（市、区）财政部门会同民政、残联、扶贫等部门落实；其他救助对象由县（市、区）根据财力给予适当补助。

人员类别	个人资助标准	2022 个人筹资标准	2022 资助金额	2022 个人实际缴费金额	2022 财政配套
特困人员	<b>100%</b>	<b>320 元</b>	<b>320 元</b>	<b>0 元</b>	<b>580 元</b>
低保对象	<b>80%-90%</b>		<b>280 元</b>	<b>40 元</b>	
返贫致贫人口	<b>70%-80%</b>		<b>250 元</b>	<b>70 元</b>	
监测人口	<b>50%</b>		<b>160 元</b>	<b>160 元</b>	
稳定脱贫人口	<b>0</b>		<b>0 元</b>	<b>320 元</b>	
普通居民	<b>0</b>		<b>0 元</b>	<b>320 元</b>	

### 问 184、医疗救助对象在就诊后，如何结算医药费？

答：重点救助对象凭相关证件和证明材料到本市开展即时结算的定点医疗机构就医，所发生的医疗费用，享受“一站式”结算。市外就医未经“一站式”结算的救助对象申请医疗救助，应前往户籍所在地医疗保障部门，按照医疗救助手工程序办理。

依申请救助对象先由个人支付医疗费用，在医疗费用发生后按以下程序申请救助：

（一）申请材料。依申请救助对象须填报《滁州市依申请救助对象医疗救助申请审批表》（附件），同时提供有效身份证件、医保结算清单、出院小结（疾病诊断证明书）等资料以及家庭经济状况查询授权书。救助对象死亡的，由其共同生活的家庭成员提出救助申请，提供申请材料。

（二）依申请救助对象的审核。申请人将相关材料报送至当地村（社区），经村（社区）民主评议后报送至乡镇（街道）政府，乡镇（街道）政府在接到申请后依托民政部门及时完成家庭经济状况核查和身份属性核查，并出具审核结论。符合条件的，对申请人相关情况进行公示，公示期为3天。公示无异议后，由乡镇（街道）政府报送县（市、区）医疗保障部门。不符合救助条件的，审核部门应当书面告知申请人。

（三）结算与支付。县（市、区）医疗保障部门在收到申报材料后按时完成医疗救助的结算、复核。在医疗保障部门或政府网站进行公示，公示期7日，公示无异议后及时将救助资金打入申请人社会保障卡或指定银行账户，实行社会化发放。

## 八、职工医保门诊共济保障

### 问 185、什么是门诊共济？

答：通过调整统筹基金和个人账户收入结构，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金，将增加的统筹基金主要用于增强门诊共济保障功能，提高参保人员门诊待遇。

### 问 186、门诊就医报销会有什么变化？

答：改革前，参保职工在普通门诊的就医费用由个人账户解决。改革后，普通门诊医疗费用纳入职工医保统筹基金报销范围。

### 问 187、个人账户使用范围会有什么变化？

答：个人账户扩大到可支付职工配偶、父母、子女在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用，以及在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用。相关条件具备后，个人账户可用于配偶、父母、子女参加居民医保等的个人缴费。

### 问 188、个人账户的金额会有什么变化？

答：在职职工个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入，计入标准为本人参保缴费基数 $2\%$ ；退休人员个人账户由统筹基金定额划入，2022年7月1日起按每月70元计入个人账户，今后按照国家规定调整。原来划入个人账户的单位缴费部分，将全部计入统筹基金，主要用于增强门诊共

济保障功能，提高参保职工门诊待遇。

**问 189、普通门诊费用的统筹支付标准？**

答：一个自然年度内，职工在统筹区域发生的政策范围内普通门诊费用，统筹基金的起付标准和支付比例按下列规定执行：起付标准 800 元；一级定点医疗机构支付比例 60%，二级定点医疗机构支付比例 55%，三级定点医疗机构支付比例 50%；退休职工的支付比例高于在职职工 5 个百分点。职工一个自然年度内普通门诊费用的统筹基金支付限额为 2000 元。支付限额不结转、不累加到次年度。

## 九、基金监管

### 问 190、哪些行为是欺诈骗保？

答：定点医疗机构、定点药店、参保人员和医保经办人员都可能发生骗保行为。目前国家在大力打击欺诈骗保，以下这些都是欺诈骗保行为：

#### 一、定点医疗机构的骗保行为有：

- 1.虚构医药服务，伪造医疗文书和票据，骗取医保基金；
- 2.为参保人员提供虚假发票；
- 3.将应由个人负担的医疗费用记入医疗保障基金支付范围；
- 4.为不属于医保范围的人员办理医保待遇；
- 5.为非定点医药机构提供刷卡记账服务；
- 6.挂名住院；
- 7.串换药品、耗材、物品、诊疗项目等骗取医保基金支出等

#### 二、定点药店的骗保行为有：

- 1.盗刷社保卡，为参保人员套取现金或购买化妆品、生活用品等非医疗物品；
- 2.为参保人员串换药品、耗材、物品等骗取医保基金支出；
- 3.为非定点医药机构提供刷卡记账服务；

4.为参保人员虚开发票、提供虚假发票等

三、参保人员的欺诈骗保行为有:

1.伪造假医疗服务票据, 骗取医保基金;

2.将本人的社保卡转借他人就医或持他人社保卡冒名就医;

3.非法使用社保卡, 套取药品耗材等, 倒买倒卖非法牟利;

4.重复享受医疗保障待遇等

四、医疗保障经办机构工作人员的欺诈骗保行为有:

1.为不属于医疗保障范围的人员办理医保待遇手续;

2.违反规定支付医疗保障费用;

3.经办机构工作人员参与欺诈骗取医保基金等

注意! 自己的社保卡绝对不可以借给别人用! 社保卡只能本人就医使用。拿别人的社保卡去就医是欺诈骗保行为。一经发现, 医保部门可按当地相关规定进行处理。一般来说, 将追回医保基金, 并将参保人纳入失信人员黑名单, 影响参保人下一步享受医保待遇, 情节严重的还将移交司法部门。

**问 191、发现欺诈骗保行为应该怎么举报? 去哪里举报?**

答: ①实名举报。可以到医保部门进行实名举报, 如果你在滁州市可以到滁州市医疗保障局基金监管处或滁州市医疗保险基金管理中心举报。

②写信举报。将举报信及相关书面材料邮寄至滁州市医疗保障局。

③电话举报。可以拨打滁州市医疗保障局举报电话0550-96355 举报投诉。

### **问 192、举报欺诈骗保行为需要提供什么材料？**

答：（一）举报人身份证明材料。如实名举报，需提供本人身份证明以及真实有效的联系方式等；如匿名举报，则不需提供；

（二）涉嫌虚假病历、发票、费用结算单等；

（三）各种人证、物证或录音录像等；

（四）其它能证明套取医保基金的相关资料。

### **问 193、举报欺诈骗保行为还能获得奖励，大家知道吗？**

答：为保障医保基金安全，鼓励社会各界举报骗保行为，我省于2021年制定了《滁州市欺诈骗取医保基金行为举报奖励实施办法》，如果您举报的情况满足以下三个条件，根据不同情形，可获得500元至10万元的举报奖励金额。

（一）举报情况经查证属实，造成医疗保障基金损失或因举报避免医疗保障基金损失；

（二）举报人提供的主要事实、证据事先未被医疗保障行政部门掌握；

（三）举报人选择愿意得到举报奖励。

## 十、智慧医保

问 194、医保经办事项，网上办理渠道有哪些？

- 答：1、安徽医保公共服务平台  
2、安徽政务服务网滁州厅医保局  
3、皖事通 APP  
4、国家医保服务平台 APP。

问 195、安徽医保公共服务平台在哪里？

答：1.登录滁州市医疗保障局网站 <https://ybj.chuzhou.gov.cn>

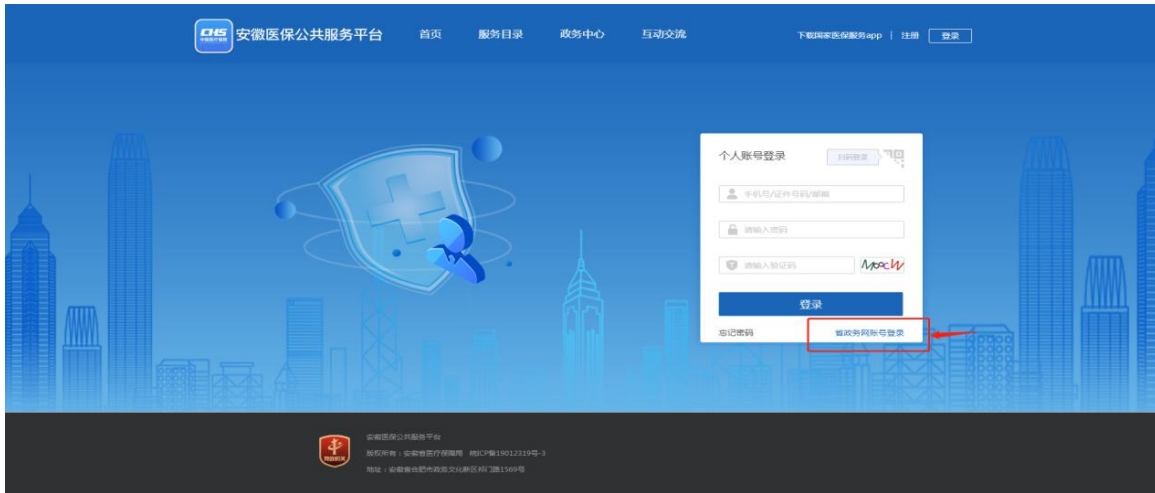
下拉至网站底部，点击进入安徽医保公共服务平台。



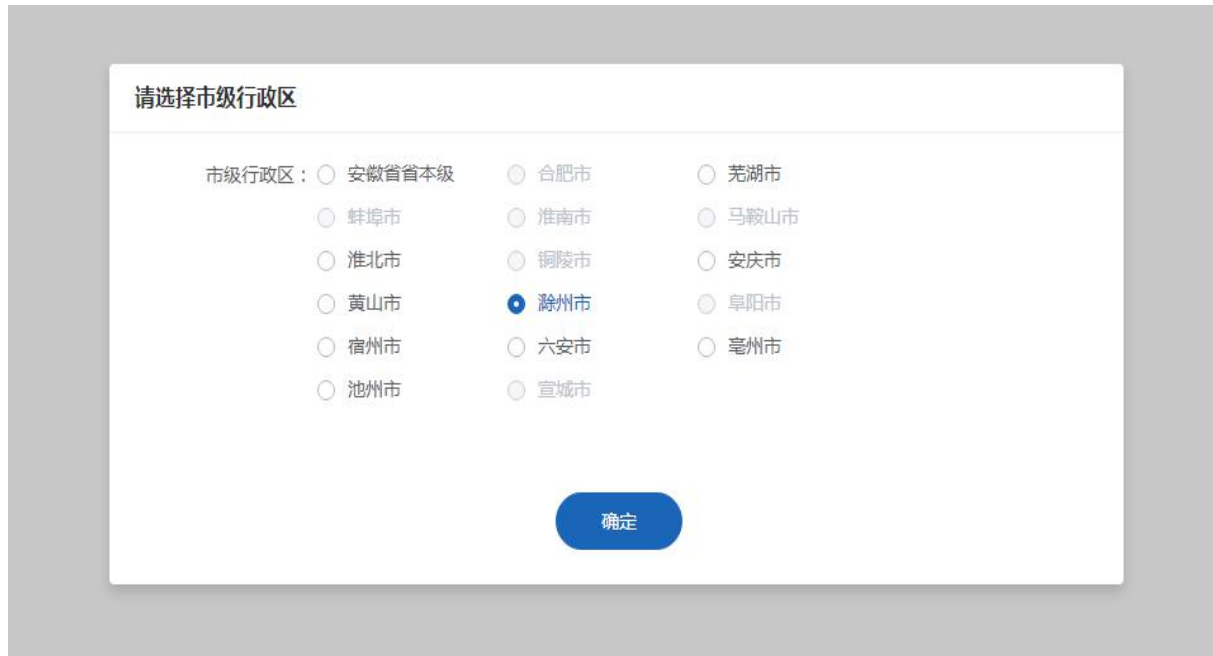
2.点击个人登录→省政务网账号登录

(已有皖事通的无需注册，使用皖事通账号登录即可)





3.使用皖事通账号成功登录安徽医保公共服务平台后，选择所需办理的业务，并选择所属市级行政区。



问 196、安徽医保公共服务平台可以办理哪些医保事项？如何办理？

答：1、医疗个人信息查询

### 1.1、个人参保信息



### 1.2、参保缴费信息查询

输入要查询的开始日期、截止日期，点击查询。



### 1.3、参保凭证下载

点击下载参保凭证。



### 1.4、个人账户明细查询

输入要查询的开始日期、截止日期，点击查询。



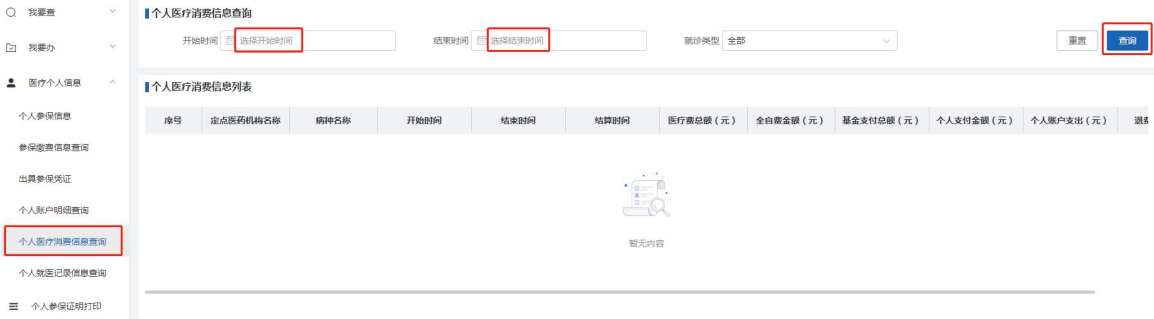
### 1.5、个人医疗消费信息查询

输入要查询的开始日期、截止日期，点击查询。



## 1.6、个人就医记录信息查询

输入要查询的开始日期、截止日期，点击查询。



## 1.7、个人参保证明打印

输入起止年月，查询并下载。



## 2、我要查

### 2.1 生育登记信息查询



### 2.2、异地就医备案信息查询



## 2.3、待审核事项信息查询

我要查

生育登记信息查询

跨省异地就医备案信息查询

**待审核事项信息查询**

已审核数据信息查询

生育津贴查询

缴费记录信息查询

待审核事项信息查询

业务类型 业务类型

经办时间 自 开始日期 至 结束日期

重置 查询

待审核事项列表

序号	业务名称	证件号码	参保人姓名	险种类型	经办部门	审核状态	操作
----	------	------	-------	------	------	------	----

## 2.4、已审核数据信息查询

我要查

生育登记信息查询

跨省异地就医备案信息查询

待审核事项信息查询

**已审核数据信息查询**

生育津贴查询

缴费记录信息查询

已审核数据信息查询

业务名称 业务名称

险种类型 险种类型

经办时间 自 开始日期 至 结束日期

重置 查询

已审核数据列表

序号	业务名称	证件号码	参保人姓名	险种类型	经办时间	审核状态	审核意见	操作
----	------	------	-------	------	------	------	------	----

## 2.5、生育津贴查询

我要查

生育登记信息查询

跨省异地就医备案信息查询

待审核事项信息查询

已审核数据信息查询

**生育津贴查询**

缴费记录信息查询

序号	拨付状态	发放月份	实发金额 元	拨付起始时间	拨付截止时间
暂无数据					

## 3、我要办

### 3.1、跨省异地就医备案，

填写个人信息，上传材料，最后点击提交。

为我自己备案 为他人备案

跨省异地就医备案

异地急诊住院登记

跨市转院登记

基本医疗保险跨市转申请

门诊门特登记

生育登记

医疗个人信息

个人参保证明打印

备案人信息

\* 备案人姓名: 赵政

\* 证件类型: 居民身份证(户口簿)

\* 证件号码: 341126199603201514

\* 备案类型: 请选择备案类型

\* 开始时间: 2021-11-22

\* 结束时间: 2021-11-17

\* 申报时间: 2021-11-22

\* 单位名称: [模糊]

\* 参保地: 安徽省 / 滁州市

\* 转外城市类别: 地级市

\* 转外城市名称: 请选择转外城市名称

\* 就医地: 请选择就医地

\* 人员类别: 请选择人员类别

联系人信息

\* 联系电话: [输入框]

材料上传

点击上传

支持上传png|jpg|png|doc|docx|ppt格式的文件

重置 提交

## 3.2、异地急诊住院登记

填写个人信息，上传材料，最后点击提交。

基本信息

姓名: 赵欣 证件类型: 居民身份证(户口簿) 证件号码: 3411\*\*\*\*\*1614

医疗机构信息

医疗机构编码: 请选择医疗机构编码 医疗机构名称: 请选择医疗机构名称 医疗机构类型: 请选择医疗机构类型

急诊登记信息

就医地区行政区划: 请选择行政区划 \* 开始日期: 请选择开始日期 \* 结束日期: 请选择结束日期

住院号: 请输入住院号 \* 是否留院观察: 请选择留院观察

入院诊断: 请输入入院诊断

疾病病情描述: 请输入疾病病情描述

备注: 请输入备注

材料上传

说明: 办理该项业务,需提供以下申请材料(支持多次上传),才能进行业务的办理。请自检查是否具备该材料: 急诊诊断证明。

点击上传

支持上传(png|jpg|bmp|doc|docx|pdf格式的文件)

重置 提交

## 3.3、转诊转院登记

填写个人信息，上传材料，最后点击提交。

基本信息

姓名: 赵欣 证件类型: 居民身份证(户口簿) 证件号码: 3411\*\*\*\*\*1614

医疗机构信息

医疗机构编码: 请输入医疗机构编码 医疗机构名称: 请输入医疗机构名称 医疗机构类型: 请选择医疗机构类型

转诊转院信息登记

就医行政区划: 请选择 \* 转诊编码: 请选择转诊编码 诊断名称: 请选择诊断名称

就诊代码: 请选择就诊代码 \* 开始日期: 请选择开始日期 \* 结束日期: 请选择结束日期

医院同意转院标志: 否,自行外转 转往医院名称: 请输入转往医院名称 转院日期: 2021-11-22

转院转诊标志: 是 转院转诊类别: 请选择转院转诊类别

疾病病情描述: 请输入疾病病情描述

医嘱: 请输入医嘱

转院原因: 请输入转院原因

材料上传

说明: 办理该项业务,需提供以下申请材料(支持多次上传),才能进行业务的办理。请自检查是否具备该材料: 转诊证明,出院小结,诊断证明。

点击上传

支持上传(png|jpg|bmp|doc|docx|pdf格式的文件)

重置 提交

## 3.4、门慢门特登记

填写个人信息，上传材料，最后点击提交。

基本信息

姓名: 赵欣 证件类型: 居民身份证(户口簿) 证件号码: 3411\*\*\*\*\*1614

门慢门特登记信息

疾病名称: 请选择疾病名称 \* 定点医药机构名称: 请输入定点医药机构名称 \* 病种类型代码: 选择病种类型

\* 定点医院名称: 请输入定点医院名称 \* 医院鉴定日期: 选择日期 \* 开始日期: 请选择开始日期

\* 结束日期: 请选择结束日期 \* 申请日期: 2021-11-22 诊断医师姓名: 请输入诊断医师姓名

\* 申请原因: 请输入申请原因

备注: 请输入备注

材料上传

说明: 办理该项业务,需提供以下申请材料(支持多次上传),才能进行业务的办理。请自检查是否具备该材料: 门慢门特定病种认定资格书诊断证明,病历资料,住院记录,检查单,化验单,病理报告等。

点击上传

支持上传(png|jpg|bmp|doc|docx|pdf格式的文件)

重置 提交

## 问 197、如何在安徽政务服务网上申请异地就医？

答：1、政务服务网用户注册：申请人办理事项需在政务服务网上进行注册操作注册地址：<http://chuz.ahzfw.gov.cn/>，点击个人注册

2018年08月08日 星期三 多云转晴 36℃ ~ 27℃ 您好, 请登录 | 注册 滁州市人民政府

安徽政务服务网 www.ahzfw.gov.cn 滁州市 部门窗口

请输入您想找的服务 个人注册 法人注册 搜索

热门搜索: 住房 | 会计 | 教育 | 药品 | 资格

办事指南 | 办件查询 | 阳光政务 | 办事互动 | 政务服务旗舰店 | 工作动态 | 公共支付 | 投资项目

个人注册 法人注册

实名认证信息 如果您有支付宝账号

\* 证件类型: 身份证

\* 注: 大陆用户只能使用身份证进行实名注册 港澳台和海外用户请下拉选择其他证件进行注册

\* 证件号码: 请输入与证件类型一致的证件号码, 用于身份信息... 自动识别

\* 姓名: 请输入与证件上显示一致的姓名, 用于身份信息比对

\* 性别: 请选择

\* 民族: 请正确选择民族, 用于身份信息比对

相关账号信息

按照注册页面要求完善信息,建议证件类型选择身份证进行注册,非省内用户可以通过支付宝账号进行注册。

相关账号信息

\* 密码: 密码由6-20个字母数字混合组成 (字母区分大小写)

\* 确认密码: .....

\* 手机号: 请输入正确的手机号码

\* 验证码: 请输入图形验证码 看不清? 点击刷新

\* 手机验证码: 请输入手机验证码 获取验证码

我已阅读并同意 《安徽政务服务网用户注册协议》

实名注册



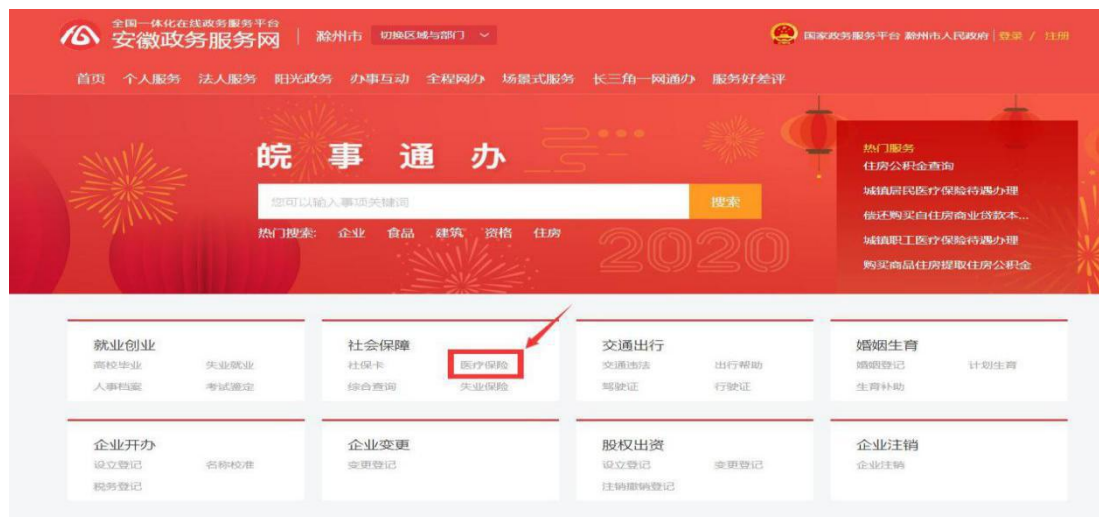
2. 账号登录：进入政务服务网滁州分行（http://chuz.ahzwfw.gov.cn/）后点击右上角的登陆按钮：



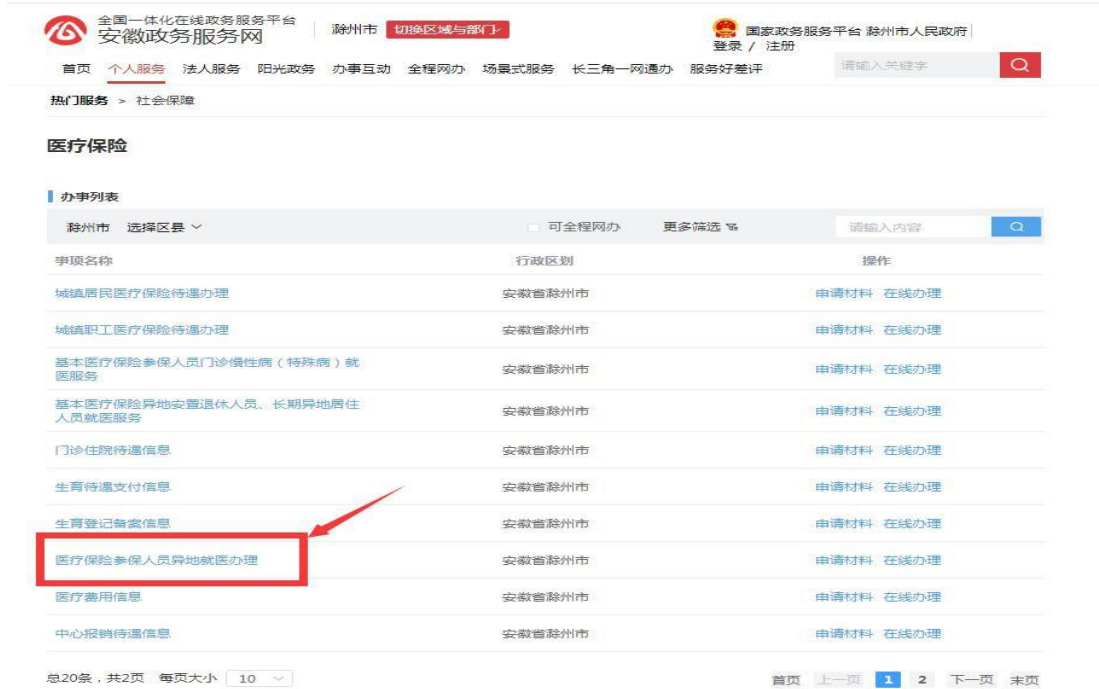
选择个人用户，输入账号密码后，点击登陆按钮进入



3. 异地就医事项办理：进入滁州分行（http://chuz.ahzwfw.gov.cn/）后点击“社会保障”栏目中的“医疗保险”按钮



进入医疗保险引导页面，根据自身实际情况，选择办理事项点击按钮进行办理：



点击事项下方的“在线办理”按钮进行事项办理界面，



勾选材料信息下方的红色注意文字后点击“下一步”：

1 阅读须知

2 申报信息

3 申报告知

受理条件

办理该项业务，需满足以下受理条件，才能进行业务的申报，请自检是否满足。

已办理过异地安置及长期就医手续的人员；转诊转院人员

收取材料

1. 申请人社会保障卡（必要）

2. 医疗保险参保人员异地就医申请表（必要）

本人对办理该事项所提交的申报材料实质内容的真实性负责。(勾选后才能进行下一步)

下一步

在该页面中如实填写申请人相关信息，选择转外省份后再选择转外城市

1 阅读须知

2 填写信息

3 申报完成

基本信息

\*申请人证件类型 身份证 \*申请人证件号码

\*申请人/申请单位

联系人/代理人姓名 \*联系电话

联系人/代理人证件类型 身份证 联系人/代理人证件号码

申请数量 1

\*办件名称 申请医疗保险参保人员异地就医办理

结果送达方式  无需领取  窗口送达  邮寄(费用到付)

\*疾病名称

材料说明 温馨提示：单个材料上传最大20MB，20M-500MB的文件请使用大文件上传。若文件大于500MB，建议打包压缩后分多次上传。

以下2份材料需自行上传。

序号	材料名称	必要性	材料说明	材料样本	材料
1	申请人社会保障卡	必要	无	无	本地上传 拍照上传
2	医疗保险参保人员异地就医申请表	必要	无	空白表格示例样表	本地上传 拍照上传

下一步 保存草稿

⏪

表单信息填写完成后，点击下方的必备材料，选择本地上传进行材料上传：



确认信息及材料填写完成后点击提交即完成办件提交。

### 问 198、如何在皖事通 AAP 查询医保事项？

答：打开皖事通 APP，点击我的，选择“我的医保”，即可随时知悉参保信息、缴费记录、消费记录、个人账户、医保目录等 15 项便民医保服务信息。

### 问 199、如何在皖事通 AAP “长三角政务地图” 办理医保事项？

答：第一步：打开皖事通 APP，点开【长三角政务地图】，



第二步：在搜索框中搜索办理事项“关键字”，如图所示，例如：搜索“参保人员”，出现搜索结果①②③



第三步：点击标志①，打开【生育保险参保人员待遇办理】，如图所示，分为①掌上办②网上办③窗口办



第四步：点开标志①掌上办，点击【办理】即可，如图所示，

生育保险参保人员待遇办理

办事指南 申请材料 办理流程 办事咨询

实施主体  
滁州市医疗保障基金管理中心

受理条件  
职工或配偶所在单位或个人按规定参加生育保险，并连续按时足额缴纳（不包括补缴）生育保险费，职工按规定享受生育保险待遇。

是否收费  
否

承诺办结期限  
1个工作日

办理形式  
网上办理,移动端办理,窗口办理,自助端办理,告知承诺制

预约办理  
是

办理时间  
工作日 上午8:30-12:00，下午14:00-17:00

办理地点  
滁州市南谯区龙蟠大道99号市政务服务中心二楼医保综合服务窗口

咨询方式  
0550-3218112

监督投诉方式  
0550-3218013

物流快递  
窗口领取

设定依据

办理



## 问 200、参保单位如何在网上办理职工医保征缴业务？

### 1、注册登录

(1) 打开网上服务大厅平台地址：

<https://ybj.ahzfw.gov.cn/hsa-pss/hallEnter/#/Index>，点击【单位登录】，进入单位登录界面。



(2) 输入单位在医保网厅已注册的账号及密码，或点击登陆界面右下角【省政务网账号登录】，进入安徽政务网统一认证界面。已注册省政务网用户的单位可输入用户名和密码直接登录，未注册的先在安徽省政务服务网进行法人注册，注册后进行登录。



(3) 新增经办人。登录成功以后，点击【进入单位网厅】，在界面左侧菜单点击【单位管理】，再依次点击【单位经办人】→【新增经办人】，在界面填写具体经办人员信息后保存。



注：单位首次登录后，需先添加经办人账号，才可在网上办理单位业务。

单位办理增员减员等业务时，必须使用经办人帐号登录。

(4) 经办人账号登陆办理业务。在安徽医保公共服务平台网上服务大厅，选择单位登录，输入经办人手机号和密码，登陆系统。



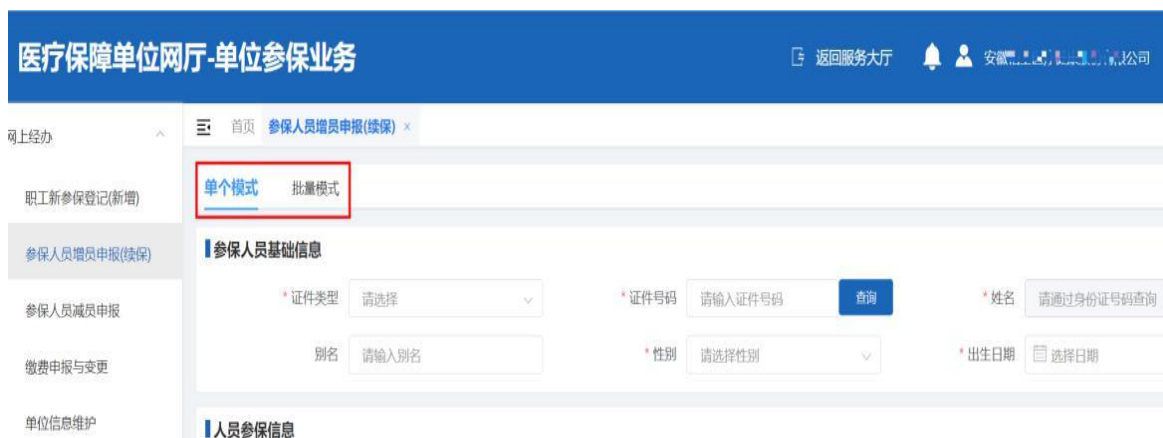
## 2、增员申报

(1) 使用经办人账号登录网上服务大厅，点击【职工新参保登记（新增）】或【参保人员增员申报（续保）】。

首次在我市参保的参保人，需使用【职工新参保登记(新增)】办理业务。以往在我市参加过职工或居民医保的人员，有参保信息的需使用【参保人员增员申报（续保）】办理增员。



(2) 单个模式：支持每次录入一个参保人员的信息。填写参保人员基础信息、参保信息、险种信息、上传附件，填写操作完成之后，点击按钮【提交】。



注：如在职工新参保登记（新增）输入人员身份证号校验提示当前人员已有基本信息，请在参保人员增员申报（续保）中办理增员；

### 3、减员申报

（1）使用经办人账号登录网上服务大厅，点击【参保人员减员申报】



单个模式：输入身份证号查询参保人员，在列表中点击【减员申报】，填写减员申报信息，提交审核。

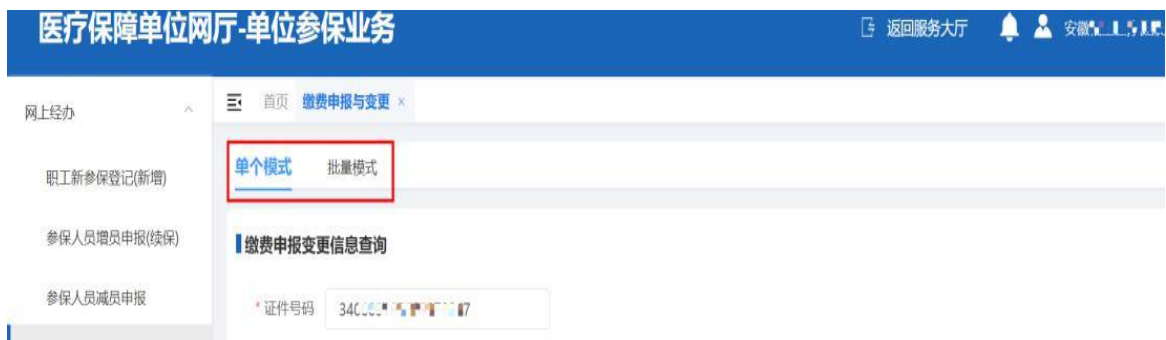


4、缴费申报和变更（暂不受理网上工资申报业务，受理时间另行通知）

（1）点击参保单位服务的菜单【缴费申报和变更】，进入页面。



(2) 单个模式: 输入证件号码, 在结果列表中点击【工资申报】, 在弹出的界面中输入工资申报变更信息, 点击【提交】等待审核。

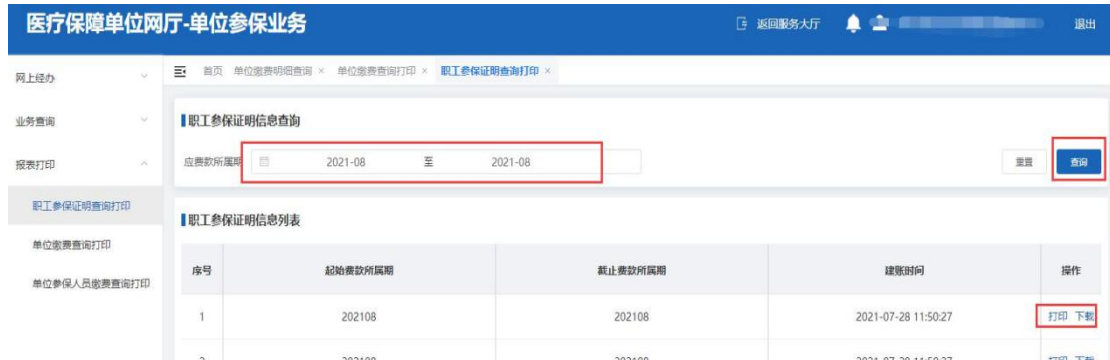


## 5、参保证明打印



(1) 首页选择更多服务, 点击单位参保业务左边栏【报表打印】--【职工参保证明查询打印】, 选择“应费款所属期”点击【查询】。

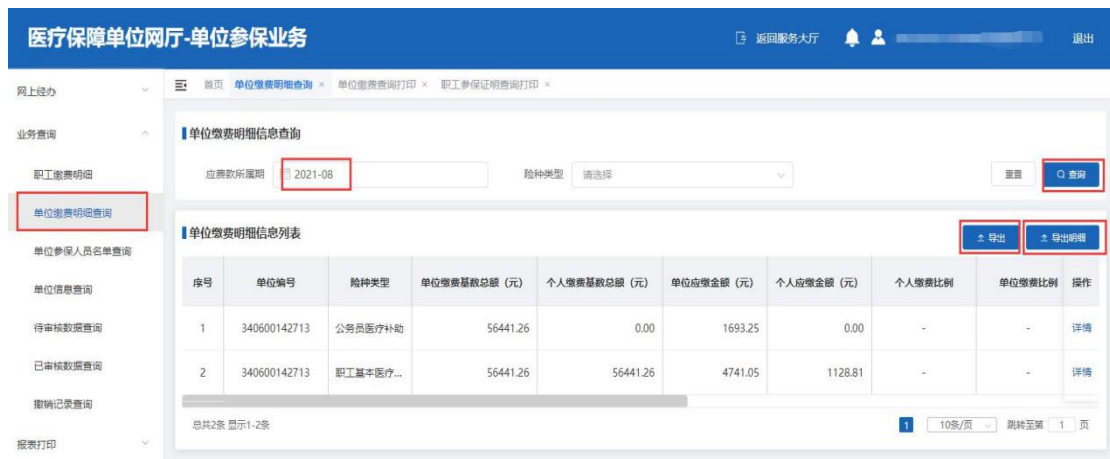
(2) 在结果列表中，可点击【打印】或【下载】，进行参保证明的打印预览或下载 PDF 文件。



6、单位缴费明细查询（该功能目前查询的数据不准确，请至医保窗口查询）



(1) 点击参保单位服务的菜单【职工参保证明查询打印】，选择“应费款所属期”点击【查询】。



(2) 点击界面右侧【导出】按钮，可导出单位当月总缴费明细，点击【导出明细】按钮，可导出单位当月每个人的缴费明细。