

虎林市城镇职工基本医疗保险报销政策 (2025年)

统筹基金年度累计最高支付限额为10万元，超过最高支付限额以上部分，由大额医疗补助费支付，大额医疗补助费年度内累计最高支付限额为25万元。

支付范围：基本医疗保险按照规定的药品、医用耗材和医疗服务项目支付范围支付。甲类项目按照规定比例支付，乙类药品个人需先行自付15%，乙类诊疗项目、服务设施、医用耗材单价100元以下个人自付10%、100元以上（含100元）个人自付20%，再按照规定比例支付。

一、本地住院报销政策

医院级别	起付标准（元）	在职职工报销比例（%）	退休退职报销比例（%）
一级及以下定点医疗机构	300	90	92
二级定点医疗机构	500	87	89
三级定点医疗机构	800	85	87

二、大额医疗费用补助报销政策

符合规定范围内的单次住院医疗费用	在职人员报销比例（%）	退休、退职报销比例（%）
1万元（含1万元）以下	92	95
1万元至3万元（含3万元）	87	90
3万元以上	82	85

三、异地就医住院报销政策

1. 省内、省外定点医疗机构住院起付标准 1000 元，按规定办理转诊转院的，参照我市相同级别定点医疗机构政策范围内报销比例下降 10%；未按规定办理转诊转院或自行转诊的，参照我市相同级别定点医疗机构政策范围内报销比例下降 20%。

2. 参保人员按照规定办理转诊转院手续，执行就医地支付范围及有关规定（基本医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准），起付标准、支付比例和最高支付限额执行我市政策。

3. 参保人员因病情危重，需急诊、抢救就医的未办理异地就医备案的，门诊和住院医疗费用按照院端转诊转院标准结算。

4. 急诊抢救转住院和急诊死亡的门诊费用按住院标准结算，异地突发疾病需紧急救治病情缓解后未及时办理住院，发生的急诊观察治疗费用执行普通门诊统筹院端转诊政策。

四、生育保险待遇政策

1. 生育医疗费用：正常产 3100 元，侧切（难产）3500 元，剖宫产 3100 元。多胞胎生育的每多生一个婴儿增加 300 元。因生育引发并发症的医疗费用、孕产期因其他疾病发生的医疗费用，按照基本医疗保险政策执行。

2. 计划生育医疗费用：放置宫内节育器、取出宫内节育器最高支付限额 500 元。人工流产最高支付限额 500 元。

3. 产前检查费用：参保职工孕期在门诊发生的妇产科学所列必要产前检查项目，符合政策范围内的医疗费用年度最高支付限额 500 元。

4. 生育津贴：以职工所在用人单位上年度职工月平均工资为基数计发，按照女职工享受产假或计划生育休假的天数计发。生育津贴与工资不重复享受。

五、计划生育特扶家庭医疗保险待遇政策

计划生育特别扶助家庭成员，符合规定范围内的住院费用报销比例在原有基础上提高 5%，不设起付标准。

六、门诊慢性病待遇政策

城镇职工慢性病患者同时患有多种慢性病疾病的最高支付限额按待遇水平较高的疾病享受门诊慢性病待遇。慢性病医药费补助按季度限额管理，按季度支付，不累计、不滚存、不结转。

序号	门诊慢性病病种	最高支付限额 (元/年)	定点医疗机构门诊、定点药店报销比例 (%)
1	房颤	600	70
2	高血压 (III 期以上)	600	70
3	冠心病 (心功能不全三级以上)	600	70
4	风湿性心脏病 (心功能不全三级以上)	600	70
5	支气管哮喘	1000	70
6	脑血管疾病后遗症 (合并肢体功能障碍)	1200	70
7	布鲁氏菌病	1200	70

8	艾滋病	1500	70
9	慢性阻塞性肺疾病	1500	70
10	糖尿病合并症	1600	70
11	肺源性心脏病（慢性心力衰竭）	2000	70
12	冠心病搭桥	2000	70
13	冠心病支架	2000	70
14	冠心病换瓣	2000	70
15	冠心病起搏器	2000	70
16	帕金森	2100	70
17	癫痫	2100	70
18	类风湿性关节炎（有严重肢体功能障碍）	2600	70
19	再生障碍性贫血	2600	70
20	重症肌无力（含运动神经元病）	2600	70
21	慢性病毒性肝炎	3200	70
22	慢性肾功能不全（III期以上）	3200	70
23	各种恶性肿瘤	3200	70
24	肝硬化失代偿期	3200	70
25	系统性红斑狼疮	3200	70

七、门诊特殊疾病（治疗）待遇政策

1. 患血友病每年扣一次起付标准 800 元，报销比例 70%，年度内最高支付限额 6 万元。

2. 重性精神病药物维持治疗，不设起付标准，按照对应住院标准结算。

3. 尿毒症门诊透析费、定期化验、升血针、血液滤过、血液灌流、左卡尼丁用药费用，不设起付标准，报销比例 90%。

4. 器官移植术后定期血药浓度化验、抗排斥用药医疗费用，不设起付标准，报销比例 85%，年度内最高支付限额 8 万元。

5. 糖尿病胰岛素治疗，白血病、恶性肿瘤门诊放化疗费用，每年扣一次起付标准，按照对应住院标准结算。

6. 肺结核按照医院对应级别每年扣一次起付标准，报销比例 80%，年度内最高支付限额 6 万元。

7. 日间手术按照对应住院标准结算。

八、特殊药品待遇政策

1. 门诊、特殊药品零售药店发生的特殊药品费用，由医疗保险基金按照 50% 报销。

2. 住院发生的特殊药品费用，城镇职工基本医疗保险由个人先自付 25% 后，医疗保险基金再按照对应住院规定比例报销。

九、普通门诊统筹待遇政策

1. 市域内普通门诊统筹待遇标准：一个自然年度内，普通门诊政策范围内费用年度累计起付标准 600 元，年度最高支付限额 2000 元。

医疗机构级别	在职职工报销比例 (%)	退休人员报销比例 (%)
一级及以下定点医疗机构	70	75
二级定点医疗机构	60	65
三级定点医疗机构	50	55

2. 基本医疗保险参保人员，办理异地安置后享受普通门诊待遇标准与参保地报销政策一致。

3. 办理转诊转院和急诊抢救的门诊统筹报销比例比照参保地相同级别定点医疗机构下浮 10%。

4. 办理自行转诊门诊统筹费用，统筹基金不予报销。