

门诊特定病种医保待遇申办流程

一、我院开展诊断、治疗的门特病种范围、最高支付限额标准和审核确认有效期详见下表：

序号	门诊特定病种		开展诊断	开展治疗	统筹基金最高支付限额		审核确认有效期	选定 1 家指定定点医疗机构
	分类	病种名称			职工医保	城居医保		
1	一类	高血压、高脂血症、慢性心力衰竭（心功能Ⅲ级以上）、慢性阻塞性肺疾病、脑血管病后遗症、糖尿病	是	是	200 元/月	50 元/月	长期	否
2	一类	骨关节炎、冠状动脉粥样硬化性心脏病、甲状腺功能减退症、类风湿关节炎、支气管哮喘	否	是	200 元/月	50 元/月	长期	否
3	一类	肝硬化、慢性肾功能不全（非透析）、慢性肾小球肾炎	是	是	400 元/月	50 元/月	长期	否
4	一类	阿尔茨海默氏病、癫痫、克罗恩病、溃疡性结肠炎、帕金森病、强直性脊柱炎、系统性红斑狼疮	否	是	400 元/月	50 元/月	长期	否
5	二类	癫痫所致精神障碍、分裂情感性障碍、精神发育迟滞、精神分裂症、偏执性精神病、双相情感障碍	是	是	500 元/月	400 元/月	长期	否
6	二类	重型 β 地中海贫血	是	是	3000 元/月		两年	要
7	二类	慢性再生障碍性贫血	是	是	6000 元/月		两年	要
8	二类	急诊留院观察	是	是	无		——	否

☆指定定点医疗机构一经确定，原则上一个年度内不得变更。但参保病人确因病情需要及居住地迁移等情形需要变更的，可到医疗保险经办机构办理变更手续。

☆患有多种一类门诊特定病种的参保人，最多选择其中 3 个病种享受医疗保险待遇。病种一经选定，在一个年度内原则上不予变更。参保病人进行二类门诊特定病种治疗不受病种选定数量限制。参保病人患病住院期间不得同时享受一类门诊特定病种保险待遇。

二、统筹待遇标准

1、一类门诊特定病种：基层医疗机构 85%、其他医疗机构和指定专科医疗机构 70%（城居医保 65%）的支付比例确定。

2、二类门诊特定病种：按参保病人相应的住院基本医疗费用的支付比例确定。

三、申办门特流程：

