

关于参保大学生医疗待遇问题的解释

一、本市就医的医疗待遇

1、普通门诊待遇

在二级及以下医疗机构购药，医疗费最高额度 700 元，按 50%报销。

2、意外伤害门诊待遇

学生、儿童在校在幼儿园期间 无责任人的意外伤害门诊费用	报销比例：80% 医疗费最高限额：5000 元
------------------------------------	--------------------------------

3、门诊慢性病病种及支付限额

序号	病种名称	支付比例	政策范围内 年度医疗费 额度（元）	基金年度 最高支付 限额（元）
1	糖尿病（饮食控制无效，合并四肢动脉病变、肾病或视网膜病变）	60%	2400	1440
2	冠心病（包括日常用药、支架植入术后抗凝聚治疗）	60%	3000	1800
3	肺源性以及病（慢性心衰，心功能Ⅱ级以上）	60%	1800	1080
4	风湿性以及病（心功能Ⅱ级及以上）	60%	1800	1080
5	慢性肾盂炎	60%	2200	1320
6	慢性阻塞性肺病	60%	1900	1140
7	慢性胆囊炎	60%	2000	1200
8	脑血管意外偏瘫	60%	2000	1200
9	支气管哮喘	60%	1800	1080
10	甲状腺功能亢进症	60%	1900	1140
11	慢性胃炎	60%	1700	1020
12	慢性支气管炎	60%	1600	960
13	恶性肿瘤镇痛治疗	60%	2400	1440
14	心力衰竭（心功能Ⅱ级及以上）	60%	2100	1260
15	慢性肾小球肾炎	60%	2500	1500
16	心律失常	60%	1800	1080
17	慢性腹泻	60%	1600	960

18	痛风	60%	1900	1140
----	----	-----	------	------

起付标准为每人每年 300 元；同时享受多病种保障待遇的，每增加 1 个病种，在限额最高的病种基础上增加 300 元门诊慢病医疗费用额度。一个保险年度内，参保人员普通门诊统筹保障和门诊慢病保障的医疗费用总和不超过 6500 元。

4、门诊特殊疾病病种

序号	病种名称	序号	病种名称
1	恶性肿瘤放化疗	22	肾病综合征
2	白血病	23	血吸虫病
3	骨髓增生异常综合症	24	克山病
4	血友病	25	囊虫病
5	原发性血小板减少性紫癜	26	大骨节病
6	脑瘫	27	再生障碍性贫血
7	器官移植抗排异治疗	28	布鲁氏菌病
8	血管支架移植术后	29	手足口病
9	心脏换瓣膜术后	30	帕金森病
10	造血干细胞移植术后	31	癫痫
11	胃息肉内镜治疗	32	风湿（类风湿）性关节炎
12	痔疮门诊手术治疗	33	重症精神病
13	肾、输尿管结石（体外冲击波碎石）	34	强直性脊柱炎
14	乳腺癌（内分泌治疗）	35	银屑病
15	前列腺癌（内分泌治疗）	36	结肠（直肠）息肉内镜治疗
16	病毒性肝炎	37	重症肌无力
17	肝豆状核变性	38	白癜风
18	肝硬化	39	系统性红斑狼疮
19	肺结核（免费项目除外）	40	艾滋病
20	外阴白斑	41	苯丙酮尿症
21	肾功能不全透析治疗		

门诊特殊疾病起付标准与报销比例按住院标准执行（肾功能不全透析治疗除外）。一个参保年度内只计算一次起付标准。肾功能不全血液透析 430 元/次，个人自付 38 元/次；肾功能不全腹膜透析 167 元/天，个人自付 15 元/天；肾功能不全结肠透析 160 元/次，个人自付 15 元/次。（透析只限于

本市定点医疗机构直接结算)

5、双通道药品待遇（特殊药品）

个人先行自付 30%后，与住院待遇标准相同。与门诊特殊疾病共用一个年度起付线。

6、住院待遇

住院待遇			
定点医疗机构级别	起付标准	医疗费用分段	报销比例
一级及以下	400 元	起付线--30000 元	80%
		30001 元—60000 元	85%
		60001 元以上	90%
二级	800 元	起付线--30000 元	70%
		30001 元—60000 元	75%
		60000 元以上	80%
三级	1100 元	起付线--30000 元	55%
		30001 元—60000 元	60%
		60001 元以上	65%
备注说明：1、支付乙类药品、诊疗项目和服务设施项目费用时，先由参保人员个人支付比例统一为 10%。 2、办理异就医备案人员异地住院直接结算，医疗保险基金支付比例与吉林市就医的支付比例相同。 3、到省内所有县域内医院就医，均可直接结算，医疗保险基金支付比例与吉林市就医的支付比例相同。 4、办理转诊转院人员异地住院直接结算，医疗保险基金支付比例在本市就医支付比例基础上降低 10%。 5、未按规定办理相关手续的异地住院费，医疗保险基金支付比例在本市就医支付比例基础上降低 20%。 6、省内异地急诊直接结算，医疗保险基金支付比例在吉林市就医的支付比例基础上降低 10%。			

基本医疗保险年度最高支付限额：20 万元，包括住院、门诊特病、特药。

7.大病保险待遇

参保人员住院、门诊特病、门诊特药合规医疗费用中，

自付部分年度累计超过大病保险起付标准 12000 元的医疗费用，支付比例分段递增，具体支付比例为：起付标准以上 0—1 万元（含 1 万元）报销 60%；1—10 万元（含 10 万元）区间报销比例为 70%；10 万元以上报销 80%。年度统筹基金最高支付限额（封顶线）为 30 万元。

二、异地就医医疗待遇

1、异地就医报销比例共分三档标准

第 1 档：报销比例与吉林市同级别定点医疗机构报销比例相同，包括：办理长期异地就医备案手续的医疗费用和省内县级城市医疗机构就医的医疗费用；

第 2 档：报销比例在吉林市同级别定点医疗机构报销比例基础上降低 10 个百分点，包括：急诊或办理转诊转院备案手续的医疗费用；

第 3 档：报销比例在吉林市同级别定点医疗机构报销比例基础上降低 20 个百分点，包括：未办理任何手续在省内市（州）级城市医疗机构就医的医疗费用和未办理任何手续到省外城市医疗机构就医的。

因本人原因，应直接结算未直接结算的异地就医人员，医保支付比例在相应待遇基础上降低 10 个百分点

三、异地就医的几种情况

1、省内各县（市）级城市医疗机构就医，不需要办理任何手续，直接使用身份证、社会保障卡或医保电子凭证办理就医手续，直接结算，享受第 1 档报销比例；

2、省内市（州）级城市就医，可凭身份证、户口本、

社会保障卡办理异地就医备案后，使用身份证、社会保障卡或医保电子凭证办理就医手续，直接结算，享受第 1 档报销比例；

3、省外就医：办理异地就医备案后，使用社会保障卡或医保电子凭证办理就医手续，直接结算，享受第 1 档报销比例；

4、临时外出突发疾病在省内急诊住院的，由医院负责进行急诊备案上传，可以使用身份证、社会保障卡或医保电子凭证直接结算，享受第 2 档报销比例；在省外急诊住院的，就医结算时现金垫付，回参保地报销，享受第 2 档报销比例。

5、需要到上级医疗机构就诊的，可以由吉林市有转诊资格的医疗机构出具转诊手续，使用身份证、社会保障卡或医保电子凭证办理就医手续，直接结算，或在办理异地就医备案后，由户籍地有转诊资格的医疗机构出具转诊手续，就医结算时现金垫付，回参保地报销，享受第 2 档报销比例；

6、未办理任何备案手续在省内市（州）级城市医疗机构就医（非急诊）的和未办理任何备案手续到省外城市医疗机构就医（非急诊）的，可使用使用身份证、社会保障卡或医保电子凭证办理就医手续，直接结算，如不能直接结算，出院时个人现金垫付，回参保地报销，享受第 3 档待遇。

建议大学生回户籍地就医，要办理异地就医备案，就医时使用身份证、社会保障卡或医保电子凭证办理就医手续，直接结算。可以享受最高档的医保待遇。

四、异地就医办理渠道及所需资料

1、使用手机 APP“国家医保服务平台”自助办理；

- 2、关注微信公众号“吉林医保公共服务”自助办理；
- 3、关注微信公众号“吉林市医保经办服务”，通过人工客服办理；
- 4、持相关资料，到市民服务中心和各城区政务大厅的医保经办窗口办理。
- 5、办理异地就医所需资料：身份证、户口本、社会保障卡。

吉林市社会医疗保险管理局

2022年11月18日