

临沂市城乡居民医疗保险待遇政策一览表

			起付线			政策范围内 报销比例	年度支付限额	
			第一次	第二次及以后				
居民基本医疗保险	市内就医	住院待遇	乡镇卫生院	200 元	100 元		90 %	15 万元
			一级				85 %	
			二级	400 元	200 元		72 %	
			三级	800 元	400 元		60 %	
		注：①恶性肿瘤放化疗、尿毒症透析患者年度内在市内同一定点医疗机构第二次及以后住院无起付线。②参保孕产妇符合政策规定的生育医疗费用实行医保限额支付，顺产支付限额 1500 元、剖宫产支付限额 2000 元。③严重精神障碍患者住院不设起付线。④0-17 岁符合条件的脑瘫、视力、听力、言语、智力、肢体等残疾儿童和孤独症儿童康复救治住院，二、三级定点医院的报销比例分别为 75%、65%。						
		门诊慢特病待遇	门诊特殊病	500 元	70 %			与住院年度支付 限额合并计算
			门诊慢性病		60 %			8000 元
		注：严重精神障碍患者门诊慢特病不设起付线。						
		普通门诊待遇	普通门诊	0	50 %			300 元
			注：参保居民在本县域内的定点基层医疗机构（主要指乡镇卫生院及一体化管理村卫生室、社区卫生服务中心及服务站），以及本市域县外的乡镇卫生院、社区卫生服务中心门诊发生的一般诊疗费和医药费用可纳入普通门诊报销范围。					
	两病门诊用药专项保障	高血压	0	70 %			300 元	
		糖尿病					300 元	
		合并两病及使用胰岛素治疗					600 元	
		注：经资格认定的两病患者在本县域内县级医院、乡镇卫生院及一体化村卫生室、社区卫生服务中心及服务站门诊发生的降血压、降血糖药品费用纳入两病门诊专项保障报销范围。						
	市外就医	异地长期居住	按规定办理备案后，市外就医的普通门诊、门诊慢特病、住院待遇均执行市内相应级别定点医院的起付线、报销比例和年度支付限额，不设个人先自付比例。					
		临时外出就医	省内就医取消备案，省外就医按规定办理备案。市外就医的普通门诊、门诊慢特病和住院政策范围内费用个人先自付比例均为 5%，省外就医未按规定备案的个人先自付比例为 10%；普通门诊和门诊慢特病待遇均执行市内规定起付线和报销比例，住院待遇执行市内三级定点医院的起付线和报销比例；起付线和年度支付限额均与市内合并计算。					
居民大病保险	大病保险	起付线	1.2 万元			年度支付限额	40 万元	
		政策内费用	1.2 万-10 万元	10 万-20 万元		20 万-30 万元	30 万元以上	
		报销比例	60 %		65 %		70 %	75 %
	注：特困、低保和返贫致贫人口的大病保险起付线降为 6000 元，分段报销比例均提高 5%，分别为 65%、70%、75%、80%，不设年度最高支付限额。							
	大病特药	省规定的大病保险特殊药品费用的起付线 2 万元，2 万元以上政策报销 80%，年度支付限额 40 万元。注：特困、低保和返贫致贫人口的大病特药费用取消起付线。						
罕见病特药	省规定的治疗戈谢病、庞贝氏病和法布雷病等罕见病特药费用实行单独支付政策，起付线 2 万元，2 万-40 万元政策报销 80%，40 万元以上政策报销 85%，年度支付限额 90 万元。							