

无锡居民医保待遇政策

**普通门诊报销**

居民医保参保人员，发生的普通门(急)诊符合规定的医疗费用且年累计在1000元以内：

1、在社区卫生服务中心就医的，医保基金支付**50%**；

2、在市内、外医院就医，办理转诊手续的，医保基金支付**40%**，未办理转诊手续的，医保基金支付**20%**。

3、超过1000元部分，居民医保基金不再支付。

**住院报销**

居民医保参保人员，对于住院发生的医疗费用在医保基金住院起付标准以下部分由个人负担。

起付标准以上最高支付限额以下，符合基本医疗保险支付范围的费用，由居民医保基金和个人共同负担。

具体支付比例见下表：

居民医保		社区医疗机构	一级及未定级医疗机构	二级医疗机构 ( <b>我院</b> )	三级医疗机构
		首诊	转诊	转诊	转诊
住院基金支付比例		90%	85%	75%	65%
个人负担住院起付标准/次	学生、少儿	150元	150元	300元	450元
	其他居民	200元	300元	600元	900元

备注：市内未按规定转诊的，由个人先行自付20%后再按规定的比例报销

无锡职工医保待遇政策

就医类型		医疗机构类型	在职人员		退休人员
门诊统筹	门诊统筹起付线	/	500元		300元
		三级医疗机构，定点零售药店(不含处方流转平台外配处方)和定点门诊部所	60%		70%
	门诊统筹基金支付比例	一、二级医疗机构（ <b>我院</b> ）	75%		85%
		社区	80%		90%
	门诊统筹最高支付限额	一个年度内，在职和退休人员政策范围内医疗费用最高支付限额为12000元；在定点零售药店(不含处方流转平台外配处方)和定点门诊部所等发生的政策范围内合规医疗费用，年度内各类基金支付的合规医疗费用限额暂定为2000元(计入门诊统筹年度医疗费用最高支付限额12000元以内)。			
门诊特殊病	门特起付线	需约定医疗机构	0	0	
	门特基金支付比例		97%	98.5%	
	门特最高支付限额		门特和住院共用职工医保统筹基金年度 医疗费用支付限额		
住院	住院起付线（一个医保结算年度内多次住院的，起付标准逐次递减50%，三次以上的住院起付线标准同第三次）	三级医疗机构	900元		
		二级医疗机构（ <b>我院</b> ）	600元		
		一级及以下医疗机构、社区	300元		
	住院基金支付比例	三级医疗机构	90%	95%	
		二级医疗机构（ <b>我院</b> ）	95%	97%	
		一级及以下医疗机构(含护理院)、社区	97%	98%	
	住院最高支付限额	一个医保结算年度内，职工基本医保住院医疗费用最高支付限额50万元(超过最高支付限额以上的医疗费用，由大额医疗费用补助基金暂按95%的比例予以补助)			