

泉州市城乡居民基本医保待遇

分类及标准			定点医疗机构级别		三级	二级	一级及以下
基本 医保	普通 门诊	统筹基金报 销比例	0元~50元(全年)		/	/	50%(定点村级医疗 机构)
			0元~10元(单次) (实际金额报销)				
			0元以上~600元 (范围内费用)		按规定报销门诊诊查 费		70%(乡镇卫生院和 社区卫生服务中心)
	住院 和特 殊门 诊	(1) 个人支 付部分	起付线 (第二次减半, 第三 次免起付线)		首次	800元	400元
(2) 统筹基 金报销比例			起付标准以上~最高支付限额		55%	75%	90%
大病医保		分段标准(实际报销金额)			一个结算年度内, 参保居民自付的范围内费用超过上一年度统计部门公布的我市全体居民人均可支配收入的50%后, 进入大病医保。		
		≤5万元			60%		
		大于5万元小于等于15万元			65%		
		大于15万元小于等于25万元			75%		
<p>1. 在保障年度内, 城乡居民基本医保最高可报销15万元, 加上大病医保可报销25万元, 合计年度最高可报销40万元;</p> <p>2. 参保居民办理肩痹病、面瘫病、痛风病、心悸病、筋痹病、膝痹病、妊娠恶阻病、尿血病、水肿病、慢肾风等10个中医门诊优势病种的, 参照基本医保门诊特殊病种报销;</p> <p>3. 参保居民可按规定享受医保药品单列门诊统筹支付政策, 包含尼曼匹克病、亨廷顿舞蹈病、肌萎缩侧索硬化(渐冻症)等罕见病的33种门诊用药, 按60%报销;</p> <p>4. 参保居民生育的, 其生育医疗费用按顺产1000元、剖腹产1500元的定额标准给予一次性报销; 转到市域外的, 按定额标准的80%报销;</p> <p>5. 参保居民在市域外省内定点医疗机构发生的医疗费用按泉州市内报销额度的80%报销, 在省外定点医疗机构发生的医疗费用按泉州市内报销额度的60%报销;</p> <p>6. 如省、市有出台新的政策文件, 以新的规定为准。</p>							