

# 蚌埠市医保政策问答



蚌埠市医保局

2025.1

# 前 言

医疗保障，一生守护。守护群众健康，是蚌埠医保人的初心和使命。近年来，蚌埠市委、市政府高度重视医疗保障工作，医疗保障在减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定等方面取得了一系列新突破、新成果，初步形成待遇保障更加公平适度、医疗救助保障更加有力、支付方式改革成效显著、公共服务质效提升的医疗保障体系。

为让我市群众能够及时了解医保政策，《政策问答》根据《安徽省医疗保障局 安徽省财政厅关于进一步规范统一医保基金支付范围的通知》（皖医保发〔2024〕7号）《安徽省医疗保障局 安徽省财政厅关于印发〈安徽省城乡居民基本医疗保险和大病保险待遇保障政策〉的通知》（皖医保发〔2024〕9号）等医保省级统筹文件进行了修订，对群众关心的看病报销问题进行了解答，全册共分为8个部分，收录问答100余个，希望能够为广大参保群众了解医疗保障政策提供参考和帮助。

《政策问答》由市医保部门负责解释。如遇政策调整，我们将及时对最新政策进行宣传解读。如果您有想了解的医保问题，请拨打下列电话咨询，感谢您对医保工作的关心和支持！

市本级咨询电话：0552-3012393、3312393

龙子湖区咨询电话：0552-3038709

蚌山区咨询电话：0552-7125272

禹会区咨询电话：0552-4034549

淮上区咨询电话：0552-2803023

怀远县咨询电话：0552-8512393

五河县咨询电话：0552-5051162

固镇县咨询电话：0552-6057290、6015863

# 目 录

第一部分	职工医保参保篇	1
第二部分	居民医保参保篇	4
第三部分	门诊报销篇	6
第四部分	住院报销篇	21
第五部分	异地就医篇	25
第六部分	医疗救助篇	34
第七部分	生育保险篇	37
第八部分	其它政策篇	43



### 一、职工基本医疗保险参保范围是哪些？

本市行政区域下列单位和人员应当参加职工医保：

- (1) 党政机关、企事业单位（含驻蚌单位）、社会团体、民办非企业、有雇工的个体工商户等各类用人单位及其职工；
- (2) 用人单位依法聘用、招用的港澳台居民，以及依法招用的外国人；
- (3) 领取失业保险金期间的失业人员；
- (4) 国家、省规定的其他应当参加职工医保的人员。

无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医保的非全日制从业人员、新业态劳动者以及其他灵活就业人员（以下统称灵活就业人员），可以参加本市职工医保。

### 二、职工基本医疗保险费是如何缴纳的？

职工基本医疗保险费（以下简称基本医保费）由用人单位和职工个人按月共同缴纳，个人缴费部分由单位代扣代缴。

### 三、职工个人缴费基数是如何确定的？

职工个人缴费基数按本人上年度月平均工资确定。当年新建

用人单位的职工或用人单位新增的职工，其个人缴费基数按本人实际工资计算。职工个人缴费基数低于全省上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资（以下简称省平均工资）60%的，按60%计算；高于省平均工资300%的，按300%计算。

#### 四、单位职工基本医疗保险缴费费率是多少，参保单位和个人如何负担？

用人单位缴费费率按职工医保和生育保险的费率之和确定。党政机关、事业单位等不享受生育津贴的单位缴费费率为8.4%，其他用人单位缴费费率为8.8%，职工个人缴费费率为2%。本办法实施前，以单建统筹基金模式参保的用人单位缴费费率仍为6.8%。

#### 五、灵活就业人员职工基本医疗保险征缴比例是多少？

灵活就业人员职工基本医疗保险缴费基数按全省上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资的60%确定，个人缴费费率为6%。

#### 六、个人账户资金由哪几个部分组成？

- （1）职工个人缴纳的基本医疗保险费；
- （2）利息；
- （3）异地转入资金及其他依法纳入的资金。

#### 七、职工基本医疗保险个人账户的划入标准是怎样规定的？

（一）以统账结合基金模式参保的单位在职人员：由个人缴纳的基本医保费计入，计入标准为本人缴费基数的2%。

（二）灵活就业人员和单建统筹基金模式参保职工：参保状态为在职职工期间不设立个人账户；

（三）退休人员：退休职工个人账户由统筹基金按定额划入，具体划入标准按国家及省相关规定执行。目前个人账户每月按70元定额划入。

## 八、职工医疗保险最低缴费年限是如何规定的？

职工医保实行最低缴费年限。参保人员达到法定退休年龄时，累计缴费年限必须男性满 30 年、女性满 25 年，且实际缴费年限满 15 年。累计缴费年限包括实际缴费年限和视同缴费年限。视同缴费年限是指 2002 年 12 月 31 日前符合国家规定计算的连续工龄或工作年限，以及军人在部队服役的年龄数。实际缴费年限是指 2000 年我市职工医保制度实施后，参保人员实际参保并缴纳基本医保费的年限，包括现役军人随迁的由部队提供医疗保障的随军未就业配偶的实际缴费年限。

参保人员办理退休手续时未达到最低缴费年限的，个人应按照规定申请当年灵活就业人员缴费标准一次性补足差额年限费用，有条件的单位可为其职工代缴补缴费用，补缴费用全部计入统筹基金。未一次性补足的，应当继续按在职灵活就业人员身份缴纳基本医保费并享受相应医保待遇，达到规定缴费年限并办理参保状态变更后再享受职工医保退休人员待遇。

## 九、职工按规定缴费后，何时享受基本医疗保险待遇？

用人单位及其职工个人应及时足额缴纳基本医保费，在其应缴纳的基本医保费到账后的次月起，开始享受医保待遇。

灵活就业人员首次在本市参加职工医保的，自缴费之日起连续足额缴费满 6 个月后，开始享受医保待遇。



## 2. 居民医保参保篇

### 一、哪些人群可以参加居民医保？

本市行政区域内，除应参加职工基本医疗保险（以下简称职工医保）人员以外的下列人员，可以按规定参加城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）：

- （一）具有本市户籍的城乡居民；
- （二）在本市长期居住或流动就业、在原籍未参加基本医疗保险的人员及其未成年子女；
- （三）各类在校学生，包括全日制普通高等学校本专科生，全日制研究生以及职业高中、中专、技校学生，中小学校的在册学生和托幼机构的在园幼儿；
- （四）在本市持有港澳台居民居住证的未就业港澳台居民，以及在本市就读的港澳台在校大学生和外国留学生；
- （五）随在本市工作外籍专家共同生活的配偶及未成年子女。

严禁重复参保、重复享受医保待遇。已在本市参加居民医保的人员，不得在外地市重复参加居民医保；除国家政策允许的情

形外，不得跨制度重复参加职工医保；因就业、入学、入伍、婚嫁、死亡等工作或生活状况变化的，要及时暂停或终止本市参保关系。

## 二、居民医保什么时候开始缴费？

每年9—12月为全省居民医保集中征缴期，原则上在年底前完成下一年度居民医保缴费。自2025年起，除新生儿、动态新增的医疗救助对象、相关部门认定的低收入人口、征兵工作部门提供的退回新兵、符合规定的职工医保中断缴费人员、当年退出现役的军人及随迁的由部队保障的随军未就业配偶、刑满释放等退出其他制度保障的人员等特殊群体外，对未在居民医保集中参保期内参保或未连续参保的人员，设置参保后固定待遇等待期3个月；其中，未连续参保的，每多断保1年，原则上在固定待遇等待期基础上增加变动待遇等待期1个月，参保人员可通过缴费修复变动待遇等待期，每多缴纳1年可减少1个月变动待遇等待期，连续断缴4年及以上的，修复后固定待遇等待期和变动待遇等待期之和原则上不少于6个月。修复缴费标准参照修复缴费当年我省城乡居民医保个人缴费标准。

## 三、新生儿怎么参保？

落实积极支持生育措施，执行新生儿“落地”参保政策，在新生儿出生90日内，新生儿监护人为其办理参保缴费（即完成参保登记并缴费成功，下同）手续后，新生儿自出生之日起享受居民医保待遇；超过90日参保的一周岁内新生儿，自参保缴费次日起

享受居民医保待遇。(温馨提示:当年度出生新生儿除需参保缴纳当年城乡居民医保费外,集中参保期内也需及时参保缴纳下一年度城乡居民医保费。如:2024年出生的新生儿分别缴纳380元、400元,按规定对应享受2024年、2025年居民医保待遇。)

## 3. 门诊类报销

CHS



### 一、居民医保普通门诊统筹报销比例是多少?

居民医保不设立个人(家庭)账户。参保人员在市域内一级及以下定点基层医疗机构(含社区卫生服务中心、乡镇卫生院)发生的政策范围内普通门诊医药费用,不设起付标准和单次报销限额,基本医保基金报销比例为60%,年度基金支付限额180元。

### 二、大学生参保人群发生门诊就医费用可以报销吗?

在校大学生普通门诊保障待遇，按照 50 元/人标准由学校按普通门诊统筹相关待遇执行。

### 三、儿童或学生参保人群因意外伤害门诊就医产生费用可以报销吗？

学龄前儿童及在校学生（高等学校在校大学生除外）发生的无责任人的意外伤害门诊医疗费用，年度累计起付线为 50 元，政策范围内报销比例为 60%，年度封顶限额为 3000 元。

### 四、居民“两病”（高血压、糖尿病）门诊可享受什么待遇？

未达到高血压、糖尿病（以下简称“两病”）门诊慢特病认定标准的“两病”患者，在市域内一级及以下定点基层医疗机构（含社区卫生服务中心、乡镇卫生院）发生的政策范围内“两病”门诊药品费用由统筹基金支付，不设起付线，基金支付比例为 50%。

“两病”患者发生的门诊药品费用，基金年度最高支付限额分别为 360 元、480 元，同时患有“两病”的基金年度最高支付限额为 840 元。

### 五、职工医保普通门诊报销比例是多少？

1. 门诊就医。一个自然年度内，参保职工在符合条件的定点医疗机构发生的政策范围内门诊费用，一级及未定级定点医疗机构起付线为 200 元，二级和三级定点医疗机构起付线为 400 元，年度累计最高 400 元。在职职工支付比例分别为 60%、50%，门诊统筹基金年度支付限额 2000 元。

退休职工在支付比例、基金年度支付限额方面享受倾斜保障。退休职工的一级及未定级、二级和三级定点医疗机构支付比例分别为 70%、60%，门诊统筹基金年度支付限额 3000 元。

2. 药店购药。参保职工凭定点医药机构处方，在符合条件的定点零售药店购买基本医保目录内药品的费用纳入门诊统筹基金支付范围，执行一级及未定级定点医疗机构报销待遇、报销额度。

## 六、如何享受职工医保普通门诊待遇？

1. 本地门诊：参保职工持医保电子凭证或社保卡在本地定点医疗机构普通门诊就诊，进行费用结算时，医疗机构会按照规定的报销比例和医保报销范围计算患者的报销待遇，由医疗机构先行垫付医保报销部分，患者只需支付个人承担部分。

2. 异地门诊：办理过备案手续的“异地安置退休人员”“异地长期居住人员”“常驻异地工作人员”可以持医保电子凭证或社保卡在备案地享受普通门诊待遇。

温馨提示：临时外出就医人员（包括异地转诊就医人员和其他临时外出就医人员），在异地医院不享受普通门诊待遇。

## 七、城乡居民医保门诊常见慢性病报销比例是多少？

居民医保门诊慢性病患者经鉴定通过后，在我市一级及以上定点医疗机构（含社区卫生服务中心、乡镇卫生院）门诊就医、一类定点零售药店购药时享受常见慢性病待遇，年度起付线 350 元，可报销费用报销比例为 60%。参保人员享受多种门诊慢特病种待遇时，只计算一次起付线，单一病种年度报销限额详见下表，每增加一种慢性病病种提高 800 元，最多提高不超过 1600 元。具体报销比例如下：

蚌埠市城乡居民医保门诊常见慢性病待遇标准							
序号	类别	病种名称	医保系统编码 (国家贯标编码)	待遇标准			
				城乡居民医保			
				起付线	报销限额	报销比例	
1	常见慢性病	高血压	M03900	350 元	2000 元	60%	
2		冠心病	M04600				
3		心功能不全	M04300				
4		慢性阻塞性肺疾病	M05300				
5		支气管哮喘	M05400				
6		溃疡性结肠炎	M06501				
7		克罗恩病	M06000				
8		晚期血吸虫病	M00402				
9		慢性肾脏病	M07807				
10	常见慢性病	肾病综合征	M07700	350 元	2000 元	60%	
11		糖尿病	M01600				
12		甲状腺功能亢进症	M01702				
13		甲状腺功能减退症	M01701				
14		脑卒中	M04800				
15		癫痫	M02500				
16		帕金森病	M02300				
17		阿尔茨海默病（老年痴呆）	M02400				
18		重症肌无力	M03200				
19		肌萎缩侧索硬化症	M02800				
20		银屑病（非生物制剂治疗）	M06700				10000 元
		银屑病（生物制剂治疗）	M06701				
21		白癜风	M10500				2000 元
22		慢性乙型肝炎	M00201				
23		慢性丙型肝炎（非 1b 型）	M00203				
		慢性丙型肝炎（1b 型）	M00204				
24		结核病	M00100				
	耐药性结核病	M00101					
25	艾滋病	M00300					
26	类风湿性关节炎	M06900					

27		白塞氏病	M07107			
28		系统性硬化症	M07105			
29		干燥综合征	M07106			
30		多发性肌炎	M07103			
31		皮肤炎	M07104			
32		结节性多动脉炎	M05003			
33		脑瘫	M02601			
34		特发性血小板减少性紫癜	M01301			
35		强直性脊柱炎	M07200		3000 元	
36		青光眼	M03600		2000 元	
37		严重性春季角结膜炎	M03714	350 元	1800 元	60%
38		慢性荨麻疹（普通型）	M11807			

### 八、城乡居民医保门诊特殊慢性病报销比例是多少？

居民医保特殊慢性病患者在我市一级及以上定点医疗机构（含社区卫生服务中心、乡镇卫生院）就诊时，年度起付线 350 元。支付比例按当次就诊的医疗机构住院支付比例执行。具体报销比例如下：

蚌埠市城乡居民门诊特殊病待遇标准						
序号	类别	病种名称	医保系统编码（国家贯标编码）	待遇标准		
				起付线	年度报销限额（万元）	报销比例
1	特殊慢性病	肺动脉高压	M04000	350 元	与住院限额合并计算	按当次就诊的医疗机构住院支付比例执行。
2		特发性肺纤维化	M05601			
3		肝硬化	M06201			
4		自身免疫性肝病	M06100			
5		慢性肾衰竭（尿毒症期）	M07801			
6		肢端肥大症	M01908			

7		肝豆状核变性	M01904			
8		多发性硬化	M02900			
9		黄斑性眼病	M03701			
10		重度特应性皮炎	M11801			
11		精神障碍	M02000			
12		系统性红斑狼疮	M07101			
13		ANCA 相关血管炎	M05000			
14		先天性免疫蛋白缺乏症	M08200			
15		生长激素缺乏症	M01902			
16		普拉德-威利综合征	M08202			
17		尼曼匹克病	M01903			
18		心脏瓣膜置换术后	M08404			
19		血管支架植入术后	M08403			
20		心脏冠脉搭桥术后	M08401			
21	特殊慢性病	器官移植术后抗排异治疗	M08300	350 元	与住院限额合并计算	按当次就诊的医疗机构住院支付比例执行。
		肾移植抗排异治疗	M08301			
		肝移植抗排异治疗	M08304			
		造血干细胞移植抗排异治疗	M08302			
		心移植抗排异治疗	M08303			
		肺移植抗排异治疗	M08305			
		肝肾移植抗排异治疗	M08306			
22		血友病	M01200			
		血友病重型	M01213			
23		再生障碍性贫血	M01102			
24		骨髓增生异常综合征	M00902			
25		骨髓增生性疾病	M00906			

26		白血病	M00800			
27		恶性肿瘤门诊治疗	M00500			
28	特殊慢性病	法布雷病	M90250	350 元	22.4	按当次就诊的医疗机构住院支付比例执行。
29		甲状腺素蛋白淀粉样变性心肌病	M04207		14.4	
30		亨廷顿舞蹈症	M03118		2.8	
31		视神经脊髓炎	M03117		2.8	
32		脊髓延髓肌萎缩症（肯尼迪病）	M02702		2.8	
33		遗传性血管性水肿	M90270		2.1	
34		进行性肌营养不良症	M03300		0.6	
35		脊髓性肌萎缩症	M90258		11.2	
36		β-地中海贫血	M01103		10	
37		慢性荨麻疹（难治型）	M11808		2.4	
38	特殊慢性病	戈谢病	M01911		与住院限额合并计算	
39		阵发性睡眠性血红蛋白尿	M01106	4.2		
40		非典型溶血性尿毒症	M90284	2.1		
41		结节性硬化症	M90216	8.4		
42		发作性睡病	M03136	4.2		
43		低磷性佝偻病	M90236	3.5		
44		短肠综合征	M12200	1.19		
45		大动脉炎	M05001	6.3		
46		进行性纤维化性间质性肺疾病	M05608	2.8		

## 九、城乡居民医保参保人员同时患有门诊常见慢性病与门诊特殊慢性病的，起付线如何收取？

城乡居民医保参保人员同时享受门诊常见慢性病和特殊慢性病的，年度只计算一次起付线，起付标准 350 元。

## 十、职工医保门诊常见慢性病报销比例是多少？

职工医保门诊常见慢性病患者在我市一级及以上定点医疗机构（含社区卫生服务中心、乡镇卫生院）门诊就医、一类定点零售药店购药时，医保待遇标准见下表。参保人员享受多种门诊慢特病病种待遇时，只计算一次起付线，每增加一种常见慢性病病种，在单个病种最高限额基础上每增加一个病种增加 1000 元。

蚌埠市职工医保门诊常见慢性病待遇标准						
序号	类别	病种名称	医保系统编码 (国家贯标编码)	待遇标准		
				起付线	报销限额	报销比例
1	常见慢性病	高血压	M03900	1200 元	2000 元	65%
2		冠心病	M04600		2000 元	
3		心功能不全	M04300		2000 元	
4		慢性阻塞性肺疾病	M05300		2000 元	
5		支气管哮喘	M05400		3000 元	
6		溃疡性结肠炎	M06501		2000 元	
7		克罗恩病	M06000		2000 元	
8		晚期血吸虫病	M00402		2000 元	
9		慢性肾脏病	M07807		3000 元	
10		肾病综合征	M07700		3000 元	
11		糖尿病	M01600		4000 元	
12		甲状腺功能亢进症	M01702		2000 元	
13		甲状腺功能减退症	M01701		2000 元	
14		脑卒中	M04800		3000 元	

15		癫痫	M02500		2000 元	
16		帕金森病	M02300		4000 元	
17		阿尔茨海默病（老年痴呆）	M02400		2000 元	
18		重症肌无力	M03200		3000 元	
19		肌萎缩侧索硬化症	M02800		2000 元	
20		银屑病（非生物制剂治疗）	M06700		2000 元	
		银屑病（生物制剂治疗）	M06701		12000 元	
21		白癜风	M10500		2000 元	
22		慢性乙型肝炎	M00201		4000 元	
23		慢性丙型肝炎（非 1b 型）	M00203		4000 元	
		慢性丙型肝炎（1b 型）	M00204		4000 元	
24		结核病	M00100		2000 元	
	常见慢性 病	耐药性结核病	M00101	1200 元	2000 元	65%
25		艾滋病	M00300		2000 元	
26		类风湿性关节炎	M06900		2000 元	
27		白塞氏病	M07107		2000 元	
28		系统性硬化症	M07105		3000 元	
29		干燥综合征	M07106		3000 元	
30		多发性肌炎	M07103		3000 元	
31		皮炎	M07104		3000 元	
32		结节性多动脉炎	M05003		3000 元	
33		脑瘫	M02601		2000 元	
34		特发性血小板减少性紫癜	M01301		4000 元	
35		强直性脊柱炎	M07200		3500 元	
36		青光眼	M03600		2000 元	
37		严重性春季角结膜炎	M03714		2000 元	
38		慢性荨麻疹（普通型）	M11807		2000 元	

### 十一、职工医保门诊特殊慢性病报销比例是多少？

职工医保特殊慢性病患者在我市一级及以上定点医疗机构（含社区卫生服务中心、乡镇卫生院）门诊就医。年度累计起付

线 1200 元，报销比例按当次就诊的医疗机构住院支付比例执行。  
具体报销比例如下：

蚌埠市职工门诊特殊病待遇标准						
序号	类别	病种名称	医保系统编码 (国家贯标编码)	待遇标准		
				起付线	年度报销限额 (万元)	报销比例
1	特殊慢性病	肺动脉高压	M04000	1200 元	与住院限额合并计算	按当次就诊的医疗机构住院支付比例执行。
2		特发性肺纤维化	M05601			
3		肝硬化	M06201			
4		自身免疫性肝病	M06100			
5		慢性肾衰竭（尿毒症期）	M07801			
6		肢端肥大症	M01908			
7		肝豆状核变性	M01904			
8	特殊慢性病	多发性硬化	M02900	1200 元	与住院限额合并计算	按当次就诊的医疗机构住院支付比例执行。
9		黄斑性眼病	M03701			
10		重度特应性皮炎	M11801			
11		精神障碍	M02000			
12		系统性红斑狼疮	M07101			
13		ANCA 相关血管炎	M05000			
14		先天性免疫蛋白缺乏症	M08200			
15		生长激素缺乏症	M01902			
16		普拉德-威利综合征	M08202			
17		尼曼匹克病	M01903			
18		心脏瓣膜置换术后	M08404			
19		血管支架植入术后	M08403			
20		心脏冠脉搭桥术后	M08401			

21		器官移植术后抗排异治疗	M08300			
		肾移植抗排异治疗	M08301			
		肝移植抗排异治疗	M08304			
		造血干细胞移植抗排异治疗	M08302			
		心移植抗排异治疗	M08303			
		肺移植抗排异治疗	M08305			
		肝肾移植抗排异治疗	M08306			
22		血友病	M01200			
		血友病重型	M01213			
23		再生障碍性贫血	M01102			
24		骨髓增生异常综合征	M00902			
25		骨髓增生性疾病	M00906			
26		白血病	M00800			
27		恶性肿瘤门诊治疗	M00500			
28	特殊慢性病	法布雷病	M90250	1200元	25.6	按当次就诊的医疗机构住院支付比例执行。
29		甲状腺素蛋白淀粉样变性心肌病	M04207		16.4	
30		亨廷顿舞蹈症	M03118		3.2	
31		视神经脊髓炎	M03117		3.2	
32		脊髓延髓肌萎缩症(肯尼迪病)	M02702		3.2	
33		遗传性血管性水肿	M90270		2.4	
34		进行性肌营养不良症	M03300		0.7	
35		脊髓性肌萎缩症	M90258		12.8	
36		β-地中海贫血	M01103		11.5	
37		慢性荨麻疹(难治型)	M11808		2.7	
38		戈谢病	M01911		与住院限额合并计算	

39	阵发性睡眠性血红蛋白尿	M01106	4.8
40	非典型溶血性尿毒症	M90284	2.4
41	结节性硬化症	M90216	9.6
42	发作性睡病	M03136	4.8
43	低磷性佝偻病	M90236	4
44	短肠综合征	M12200	1.36
45	大动脉炎	M05001	7.2
46	进行性纤维化性间质性肺疾病	M05608	3.2

## 十二、职工医保参保人员同时患有门诊常见慢性病与门诊特殊慢性病的，起付线如何收取？

职工医保参保人员同时享受门诊常见慢性病和特殊慢性病的，年度只计算一次起付线，起付标准 1200 元，报销比例不变。

## 十三、门诊常见慢性病、特殊慢性病线上认定如何办理？怎样查询办事进度？

方式一：微信关注“蚌埠医保”微信公众号，点击“医保大厅”→“网上办事”跳转至“安徽医保公共服务”平台，或通过皖事通、微信小程序搜索“安徽医保公共服务”。选择“蚌埠专区”在“门诊慢特病”栏目中点击“门诊慢特病病种申请”可选择为自己申请或为他人申请，按提示要求填写上传申请信息。

方式二：打开电脑网页搜索“安徽医保公共服务”。登录后选择“蚌埠市”点击“我要办”→“门诊慢特病病种申请”，可选择为自己申请或为他人申请，按提示要求填写上传申请信息。

10 个工作日内，线上认定结果将短信告知参保人。

申请进度或门诊慢特病资格查询方式：手机端打开“安徽医保公共服务”小程序，在查询服务下点击“门诊慢特病申请进度查询”或“门诊慢特病资格查询”；电脑端搜索“安徽医保公共

服务” 网页，登录后点击“我要查” → “门诊慢特病申请进度查询” 或 “门诊慢特病资格查询”。

#### **十四、门诊常见慢性病线下认定如何办理，需要什么材料，哪些医院可以办？**

目前， 我市门诊常见慢性病认定已实现同城通办。参保人员在蚌埠市或三县定点医疗机构均可提交申请。10个工作日内完成认定，认定通过后将以短信形式告知参保人。

认定所需材料：申请人持社会保障卡和相关病历材料（原则上近两年内与常见慢性病疾病诊治有关的二级及以上定点医疗机构住院病案或门诊病历、检查报告单、用药记录等）前往我市具有常见慢性病认定资质的定点医疗机构医保办提交材料，领取并填写常见慢性病申请认定表即可申请办理，具体常见慢性病病种认定所需材料按《安徽省基本医疗保险门诊慢特病病种认定标准》执行。

蚌埠市（含三县）办理地点：蚌埠医科大学第一附属医院、上海市第一人民医院蚌埠医院、蚌埠市第三人民医院、蚌埠市第一人民医院、中国人民解放军 902 医院、蚌埠市第二人民医院、蚌埠市第四人民医院、蚌埠市第五人民医院、蚌埠市中医医院、怀远荆塗医院、怀远县人民医院、怀远县中医院、五河县人民医院、五河县中医院、固镇县中医院、固镇县人民医院。

在乡镇居住的城乡居民参保人员可将上述申请材料交辖区所属乡镇卫生院，乡镇卫生院代为收取鉴定材料并进行初审，每月初将上月收取的审核通过的鉴定材料，交指定的定点医疗机构医保办，由该院组织专家进行集中鉴定。

#### **十五、门诊特殊慢性病线下认定如何办理，需要什么材料，哪些医院可以办？**

目前，我市门诊特殊慢性病认定已实现同城通办。参保人员在蚌埠市或三县定点医疗机构均可提交申请。3个工作日内完成认定，认定通过后将以短信形式告知参保人。

认定所需材料：申请人持社会保障卡和相关病历材料（原则上近两年内与特殊慢性疾病诊治有关的二级及以上定点医疗机构住院病案或门诊病历、检查报告单、用药记录等）前往我市具有特殊慢性病认定资质的定点医疗机构医保办提交材料，领取并填写特殊慢性病申请认定表即可申请办理，具体特殊慢性病病种认定所需材料按《安徽省基本医疗保险门诊慢特病病种认定标准》执行。

蚌埠市（含三县）办理地点：蚌埠医科大学第一附属医院、上海市第一人民医院蚌埠医院、蚌埠市第三人民医院、蚌埠市第一人民医院、蚌埠市第二人民医院、中国人民解放军902医院、蚌埠市第五人民医院、安徽省荣军医院、蚌埠市中医医院。（其中，蚌埠市第二人民医院只受理“黄斑性眼病”、“血管支架植入术后”特殊慢性病鉴定申请，安徽省荣军医院只受理“精神障碍”特殊慢性病鉴定申请，此外，“精神障碍”还可在市第一人民医院申请鉴定。）怀远荆塗医院、怀远县人民医院、怀远县中医院、五河县人民医院、五河县中医院、固镇县中医院、固镇县人民医院。

## **十六、哪些门诊慢特病种已实现“免申即享”？**

目前，帕金森综合症、先天性免疫蛋白缺乏症、心脏冠脉搭桥术后、阿尔茨海默病（老年痴呆）、血管支架植入术后、再生障碍性贫血、器官移植术后、心脏瓣膜置换术后等八类门诊慢特病均已实现“免申即享”，参保人无需主动申请，医保信息系统自动抓取住院诊断代码数据，经办机构直接办理，办理成功后，将

短信告知。

### 十七、“辅助生殖门诊”报销比例和限额是多少？

自2024年8月1日起，参保人员在经卫生健康部门或军委后勤保障部门批准开展人类辅助生殖技术且纳入医保定点管理的省内医疗机构，实施辅助生殖技术的门诊费用按规定纳入医保报销。医保基金实行单行支付，不设起付线，政策范围内费用职工医保、居民医保报销比例分别为70%、50%，医保基金年度最高支付限额分别为1.5万元、1万元，计入参保人员年度基本医保基金最高支付限额。个人负担费用可由个人账户支付，不纳入普通门诊统筹、职工大额医疗费用补助、城乡居民大病保险和医疗救助支付范围。

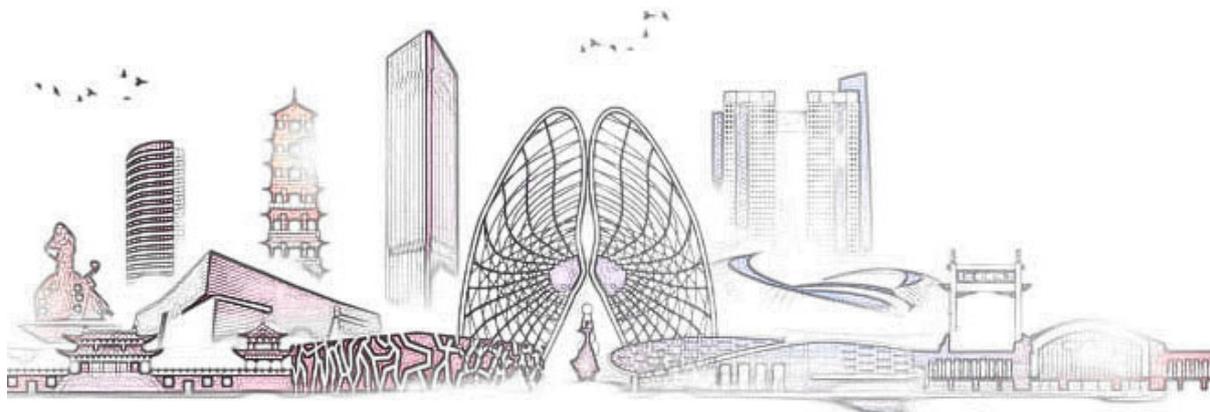
### 十八、城乡居民医保“门诊罕见病”报销比例和限额是多少？

对于国家《第一批罕见病目录》《第二批罕见病目录》中收录的部分罕见病病种，目前特殊治疗药品尚未纳入基本医疗保险药品目录范围的，罕见病患者在定点医疗机构发生的符合药品法定适应症或有临床循证医学证据的门诊合规罕见病药品费用，大病保险基金实行单行支付。统一起付线为2万元，起付线以上部分继续执行大病保险分费用段按比例报销，支付金额计入大病保险年度最高支付限额。符合医保政策范围内医疗费用具体报销比例如下：

蚌埠市（统筹地区）城乡居民医保“门诊罕见病”支付比例				
备案类别	起付标准 (万元)	合规医疗费用累计段	支付比例	基金最高支付限 额(万元)
本地就医 人员	2	0万元-5万元(含)	60%	30
		5万元-10万元(含)	65%	
		10万元-20万元(含)	75%	
		20万元以上	80%	



## 4.住院报销篇



### 一、职工医保住院费用报销比例是多少？

职工医保参保人员在定点医疗机构住院发生的医疗费用，符合医保政策范围内医疗费用具体报销比例如下：

蚌埠市（统筹地区）城镇职工基本医疗统筹基金及救助支付比例										
备案类别	医院级别	第一次住院起付线（元）	第二次及以上住院起付线（元）	基本医疗费用段统筹基金支付比例				职工大额医疗费用补助保险费用段基金支付比例		基金最高支付限额（万元）
				1万元及以下（含）		1万元以上（统筹基金封顶线6万元（含）		统筹基金封顶线以上（职工医疗救助金封顶线34万元）		
				在职	退休	在职	退休	在职	退休	
本地就医人员	一级及以下	400	300	93%	95%	98%	98.5%	90%	40	
	二级	800	700	88%	90%	94%	95%			
	三级（市属）	1200	1100	85%	88%	90%	92%			
	三级（省属）	1600	1500	85%	88%	90%	92%			
异地长期居住人员	一级及以下	400	300	93%	95%	98%	98.5%	90%	40	
	二级	800	700	88%	90%	94%	95%			
	三级	1600	1500	85%	88%	90%	92%			
异地转诊	一级及以下	400	300	88%	90%	93%	93.5%	85%	40	

就医人员 (省内)	二级	800	700	83%	85%	89%	90%		
	三级	1600	1500	80%	83%	85%	87%		
异地转诊 就医人员 (省外)	一级及以下	400	300	83%	85%	88%	88.5%	80%	40
	二级	800	700	78%	80%	84%	85%		
	三级	1600	1500	75%	78%	80%	82%		
其他临时 外出就医 (省内)	一级及以下	400	300	78%	80%	83%	83.5%	75%	40
	二级	800	700	73%	75%	79%	80%		
	三级	1600	1500	70%	73%	75%	77%		
其他临时 外出就医 (省外)	一级及以下	400	300	73%	75%	78%	78.5%	70%	40
	二级	800	700	68%	70%	74%	75%		
	三级	1600	1500	65%	68%	70%	72%		

备注：1. 按照皖医保秘〔2022〕103号文件规定：异地长期居住人员包括：异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员；临时外出就医人员包括异地转诊就医人员和其他临时外出就医人员。  
2. 省内异地其他临时外出就医人员可免备案。

## 二、居民医保住院费用报销比例是多少？

1. 普通住院：居民医保参保人员在定点医疗机构住院发生的医疗费用，符合医保政策范围内医疗费用具体报销比例如下：

### 蚌埠市（统筹地区）城乡居民基本医疗统筹基金及大病支付比例

备案类别	基本医疗保险待遇			大病保险待遇
	医疗机构级别	起付线（元）	支付比例	
本地就医人员和异地长期居住人员	一级及以下和乡镇卫生院（社区卫生服务中心）	200	90%	普通人群，起付线1.5万元，年度支付限额30万元。分段支付比例： 起付线以上5万元（含）60% 5万元-10万元（含）65% 10万元-20万元（含）75% 20万元以上80%
	二级和县级	500	80%	
	三级（市属）	700	75%	
	三级（省属）	1000	70%	
异地转诊就医人员（省内）	一级及以下和乡镇卫生院（社区卫生服务中心）	300	85%	起付线以上5万元（含）55% 5万元-10万元（含）60% 10万元-20万元（含）70% 20万元以上75%
	二级和县级	750	75%	
	三级（市属）	1050	70%	
	三级（省属）	1500	65%	
异地转诊就医人员（省外）	一级及以下和乡镇卫生院（社区卫生服务中心）	按当次住院总费用20%计算（不足2000元的按2000元计算，最高不超过1万元）	60%	起付线以上5万元（含）50% 5万元-10万元（含）55% 10万元-20万元（含）65% 20万元以上70%
	二级和县级			
	三级（市属）			
	三级（省属）			

其他临时外出就医(省内)	一级及以下和乡镇卫生院(社区卫生服务中心)	300	75%	起付线以上5万元(含)45% 5万元-10万元(含)50% 10万元-20万元(含)60% 20万元以上65%
	二级和县级	750	65%	
	三级(市属)	1050	60%	
	三级(省属)	1500	55%	
其他临时外出就医(省外)	一级及以下和乡镇卫生院(社区卫生服务中心)	按当次住院总费用20%计算		起付线以上5万元(含)40% 5万元-10万元(含)45% 10万元-20万元(含)55% 20万元以上60%
	二级和县级	(不足2000元的按2000元计算,最高不超过		
	三级(市属)	1万元)		
	三级(省属)			

备注: 1. 按照皖医保秘〔2022〕103号文件规定: 异地长期居住人员包括: 异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员; 临时外出就医人员包括异地转诊就医人员和其他临时外出就医人员。

2. 基本医保年度报销限额: 30万元, 包含各种医保结算类别。

3. 一个保险年度内, 参保人员个人自付的住院和门诊慢特病政策范围内医药费用累计超过大病保险起付线的部分, 大病保险基金分费用段按比例报销。普通人群大病保险起付线1.5万元, 年度报销限额30万元; 特殊人群(特困人员、低保对象和返贫致贫人口3类人群), 大病保险起付线0.75万元, 上述各段报销比例较普通人群提高5个百分点, 不设封顶线; 罕见病人群, 按《安徽省医疗保障局安徽省财政厅关于进一步规范统一医保基金支付范围的通知》(皖医保发〔2024〕7号)执行。

2. 分娩住院。参保人员住院分娩享受医保定额补助, 自然分娩补助1600元, 剖宫产补助2400元, 分娩住院实际发生的生育医疗费用低于定额补助标准的, 医保基金据实支付; 高于定额补助标准的, 医保基金按定额标准支付。有并发症或合并症住院的, 可按普通住院政策执行, 不再享受定额补助, 但当次住院医保报销金额低于定额补助标准时, 可按定额补助标准据实予以补差。

### 三、城乡居民医保意外伤害住院费用如何享受待遇?

1. 明确无他方责任的意外伤害住院, 按照普通住院待遇报销;

2. 明确有他方责任的意外伤害住院, 根据相关部门划分的责任分担比例, 对于超出第三方责任以外由本人承担的住院医疗费用, 按照普通住院待遇报销, 相关部门未划分责任比例的, 根据调解文书、法律文书等确定医保基金分担比例;

3. 无法确定他方责任的意外伤害住院医疗费用, 参保人员承诺无他方责任后, 按照普通住院待遇报销。出现虚假承诺骗取医

保基金的，按照法律法规有关规定追究相关责任。

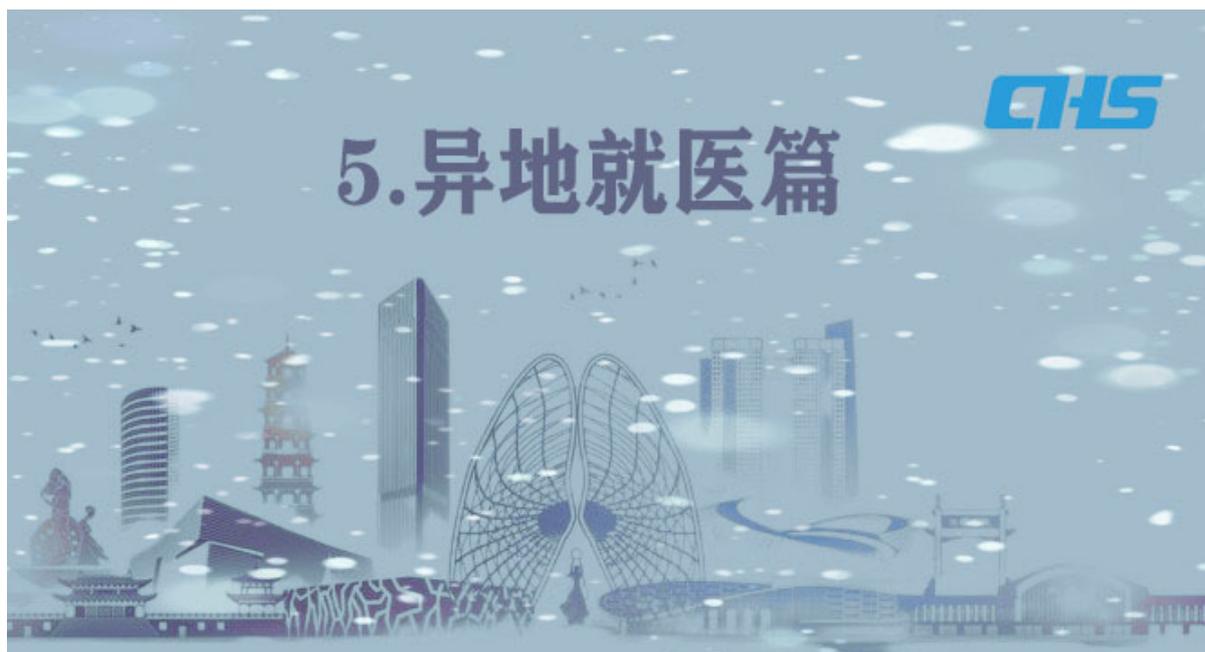
因见义勇为发生的医药费用，执行《安徽省见义勇为人员奖励和保障条例》有关规定。因执行救灾救援等公益任务而负伤住院的，可按照普通住院待遇报销，须提供县级或县以上政府相关部门出具的情节证据。

#### 四、城乡居民医保“罕见病住院”报销比例和限额是多少？

对于国家《第一批罕见病目录》《第二批罕见病目录》中收录的部分罕见病病种，目前特殊治疗药品尚未纳入基本医疗保险药品目录范围的，罕见病患者在定点医疗机构发生的符合药品法定适应症或有临床循证医学证据的住院合规罕见病药品费用，大病保险基金实行单行支付。统一起付线为2万元，起付线以上部分继续执行大病保险分费用段按比例报销，支付金额计入大病保险年度最高支付限额。符合医保政策范围内医疗费用具体报销比例如下：

#### 蚌埠市（统筹地区）城乡居民医保“罕见病住院”支付比例

备案类别	起付标准（万元）	合规医疗费用累计段	支付比例	基金最高支付限额（万元）
本地就医人员	2	0万元-5万元（含）	60%	30
		5万元-10万元（含）	65%	
		10万元-20万元（含）	75%	
		20万元以上	80%	



## 一、到蚌埠辖区外的医院就诊或购药要办理异地就医备案吗？

（一）到蚌埠市以外的医院就诊，需要向参保地医保中心进行异地就医备案。备案后，如果就诊医院具备异地医保联网结算条件，可以直接报销。省内异地就医其他临时外出就医人员实行免备案。

（二）到蚌埠市以外的省内外异地医保定点药店购药，可以直接使用社会保障卡或医保电子凭证购药，且不需要向参保地医保中心进行异地就医备案。

## 二、异地就医备案的类型有哪些？

参加基本医疗保险的下列人员，可以申请办理异地就医备案。

1. 异地安置退休人员：指退休后在异地生活且户口已转入居住地的职工医保参保人员。

2. 异地长期居住人员：在参保地以外的地区居住、生活、工作6个月以上的人员。

3. 常驻异地工作人员：指用人单位派驻异地工作、学习的参保职工；外出务工(经商)的参保居民。

4. 异地转诊就医人员：指因本市医疗技术设备条件所限或因专科疾病，须转往异地就医的人员。

5. 其他临时外出就医人员：指异地非急诊抢救或不符合转诊转院条件自行前往异地就医的人员。

### 三、办理异地就医备案需要提供的材料？

（一）异地安置退休人员需提供以下材料：

1. 医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡；
2. 异地安置认定材料（“户口簿首页”和本人“常住人口登记卡”，或《安徽省跨省异地就医备案个人承诺书》（以下简称个人承诺书）。

（二）异地长期居住人员需提供以下材料：

1. 医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡；
2. 长期居住认定材料（居住证明或个人承诺书）。

（三）常驻异地工作人员需提供以下材料：

1. 医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡；
2. 异地工作证明材料（参保地工作单位派出证明、异地工作单位证明、劳动合同任选其一，或个人承诺书）。

（四）异地转诊就医人员需提供以下材料：

1. 医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡；
2. 参保地规定的定点医疗机构开具的转诊转院材料。

（五）异地急诊抢救人员视同已备案。

（六）其他跨省临时外出就医人员备案，需提供医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡。

注意：异地长期居住人员以个人承诺方式办理异地就医备案的，当次可享受异地长期居住人员相关医保待遇。承诺人在承诺之日起 1 个月内补齐备案材料的，可在备案地和本市长期享受双

向就医医保待遇。出现虚假承诺骗取医保基金的，按照法律法规有关规定追究相关责任。

#### 四、异地就医备案途径有哪些？

##### （一）现场办理

1. 市、县医保中心服务大厅及医保业务代办窗口；
2. 办理转诊转院备案类型的人员，到蚌埠市二级（含）以上公立医院医保办公室办理。

##### （二）“网上办、掌上办”

1. 关注“蚌埠医保”微信公众号、通过皖事通或微信小程序，搜索“安徽医保公共服务”，可办理到安徽省内和省外的所有类型异地就医备案。

2. “国家医保服务平台 APP”和“国家异地就医备案微信小程序”：可办理到安徽省外的异地就医备案。

备案信息提交后会收到审核结果的短信通知。

#### 五、异地就医备案的就医地如何选择？

异地就医到北京、天津、上海、重庆、海南、西藏和新疆兵团，直接备案到就医省份。异地就医到其他地区，须备案到就医地市。

#### 六、异地就医备案的有效期限？

异地长期居住人员登记备案后，未申请变更备案信息或参保状态未发生变更的，备案长期有效；临时外出就医人员备案后，12个月有效，有效期内根据病情需要可在就医地多次就诊并享受异地就医直接结算服务。

#### 七、异地就医报销待遇怎么规定？

长期异地人员、临时外出人员应当按照规定办理异地就医备案手续。

1. 长期异地人员按照规定办理异地就医备案手续的，在备案地住院治疗（包括门诊特殊病治疗）时，按照本市同级医疗机构住院结算标准执行。

2. 临时外出人员：

（1）异地转诊就医人员和未备案的异地急诊抢救人员，在备案地住院治疗（包括门诊特殊病治疗）时，在本市同级医疗机构住院结算标准基础上，省内异地就医：职工医保参保人员较本地同级别医院报销比例下调 5 个百分点；居民医保参保人员住院起付线在参保地相同级别医疗机构基础上增加 0.5 倍，报销比例下调 5 个百分点。跨省异地就医：职工医保参保人员较本地同级别医院报销比例下调 10 个百分点；居民医保参保人员住院起付线按当次住院总费用 20% 计算（不足 2000 元的按 2000 元计算，最高不超过 1 万元），报销比例 60%。

（2）非急诊或未办理转诊的其他临时外出就医人员：在备案地住院治疗（包括门诊特殊病治疗）时，在本市同级医疗机构住院结算标准基础上，省内异地就医：职工医保参保人员较本地同级别医院报销比例下调 15 个百分点；居民医保参保人员住院起付线在参保地相同级别医疗机构基础上增加 0.5 倍，报销比例下调 15 个百分点。跨省异地就医：职工医保参保人员较本地同级别医院报销比例下调 20 个百分点；居民医保参保人员住院起付线按当次住院总费用 20% 计算（不足 2000 元的按 2000 元计算，最高不超过 1 万元），报销比例 50%。

自 2025 年 1 月 1 日起，居民医保参保人员在参保地省内市域外就医的，异地急诊抢救人员和已办理转诊手续的参保人员大病保险各段报销比例下降 5 个百分点，非急诊或未办理转诊的其他

临时外出就医人员大病保险各段报销比例下降 15 个百分点。省外异地就医的，异地急诊抢救人员和已办理转诊手续的参保人员大病保险各段报销比例下降 10 个百分点，非急诊或未办理转诊的其他临时外出就医人员大病保险各段报销比例下降 20 个百分点。

## 八、异地住院如何办理医保结算？

（一）异地就医联网直接结算。办理异地就医备案手续后，参保人员携带已激活的社会保障卡、医保电子凭证或国家异地就医联网结算认可的其他有效身份凭证，在异地医院办理医保人员入院登记手续，出院结算时直接联网结算。

（二）异地就医未联网结算回参保地报销。如遇联网结算信息错误或网络原因无法进行出院即时结算的，可以先行垫付现金办理出院，由本人或代理人携带住院材料到参保地医保经办机构办理报销手续。回参保地报销，执行参保地医保目录，可能与异地联网直接结算执行的就医地医保目录存在待遇差。

## 九、医保联网结算执行的目录及报销规定是什么？

（一）安徽省内异地就医费用直接结算执行全省统一医保目录和参保地政策，直接结算和回参保地报销待遇一致。

（二）跨省异地就医住院费用直接结算执行就医地目录，参保地的起付标准、支付比例和最高支付限额。

参保人员可以自主选择在跨省就医地直接结算，或者全额自费后回参保地报销。原则上参保人员在跨省就医地直接结算后，参保地医保经办机构不重复受理其报销申请。

## 十、异地发生的住院费用报销需要带哪些材料？

（服务对象：异地发生住院费用现金垫付后回参保地办理报销的参保人员。非医保定点医疗机构不予支付。）

1. 住院发票（医院有效公章）
2. 费用清单（医院有效公章）
3. 出院小结/诊断证明书（医院有效公章）
4. 意外伤害住院报销：另需提供全套病案复印资料（医院有效公章）
5. 本人激活金融功能的社保卡（或有效身份证件和本人银行卡复印件）

#### 十一、发生特殊情况医疗费用报销需提供哪些资料？

1. 外购药或外检费用报销提供外购外检发票（需盖章）、外购处方、医嘱单及外检化验单或报告单；
2. 城乡居民医保单价 2000 元以上的高值耗材/职工医保国产体内植入材料报销提供产地证明或医疗器械条形码并盖章；
3. 中草药费用报销提供中草药费用明细清单；

#### 十二、异地发生门诊及门慢门特费用报销需带哪些材料？

服务对象：异地发生门诊或门诊慢特病费用现金垫付后回参保地办理报销的参保人员，其中普通门诊、门诊常见慢性病，集中受理时间为次年的 1 月份。非医保定点医院就诊的医疗费用不纳入报销范围。

1. 门诊或慢特病门诊常规报销提供资料：本人激活金融功能的社保卡（或有效身份证件和本人银行卡复印件），代办人提供身份证；门诊发票、费用清单、门诊处方或病历、检查化验报告单，以上均须加盖医院有效公章。

2. 发生特殊情况医疗费用提供资料：外购药或外检费用报销提供外购外检发票（需盖章）、外购处方、医嘱单及外检化验单或报告单；城乡居民医保单价 2000 元以上的高值耗材、职工医保

国产体内植入材料报销，提供产地证明或医疗器械条形码并盖章；  
中草药费用报销，提供中草药费用明细清单；

### 十三、参保人员异地就医报销截止时间？

居民医保参保人员异地就医发生的住院等医疗费用，无法即时结算的，原则上于次年6月30日前持有关资料到参保地医疗保障经办机构办理报销手续，特殊情况下可延期至次年12月31日，逾期不予受理。

职工医保参保人员异地就医发生的住院等医疗费用，无法即时结算的，于次年12月31日前持有关资料到参保地医疗保障经办机构办理报销手续，逾期不予受理。

### 十四、哪些人员可在备案地和参保地双向享受医保待遇？

跨省异地长期居住人员在备案地就医结算时，基本医疗保险基金起付标准、支付比例、最高支付限额执行参保地规定的本地就医时的标准。跨省异地长期居住人员备案有效期内需回参保地就医的，可以在参保地享受医保结算服务，仍执行参保地规定的本地就医时的标准。跨省异地长期居住人员符合转外就医规定的，执行参保地跨省转诊待遇政策。

### 十五、目前蚌埠市已实现所有慢特病病种省内直接结算，门诊慢特病待遇享受人员在省外医院门诊如何报销？

1. 在省外已开通门诊慢特病联网结算的医院就医的：我市已经实现高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊治疗、慢性肾功能衰竭透析、器官移植抗排异治疗、慢性阻塞性肺疾病、类风湿性关节炎、冠心病、病毒性肝炎、强直性脊柱炎等10个病种的门诊慢特病跨省直接刷卡结算；跨省异地就诊医院已开通相关门诊慢特病医保刷卡结算的，可以直接联网结算。

2. 在省外未开通门诊慢特病联网结算的医院就医的：与门诊慢特病病种相关的门诊费用，参保人先现金垫付医疗费用，再回参保地报销。参保人如果使用社会保障卡或医保电子凭证等联网结算，系统会默认按照普通门诊待遇结算。

## 十六、居民异地生育报销需要哪些材料？

异地生育于医疗终结后次年12月31日前持激活金融功能的社保卡（或有效身份证件和本人银行卡复印件）、住院发票（医院盖章）、费用清单（医院盖章）、出院记录（医院盖章）至参保地各级医保经办机构窗口申请定额补助，逾期不予受理。

## 十七、辅助生殖门诊医保报销待遇如何规定？

我省职工医保、居民医保参保人员在省内经批准开展辅助生殖且纳入医保定点管理的医疗机构发生的辅助生殖门诊费用，医保实行单行支付，不设起付线，政策范围内费用职工医保、居民医保报销比例分别为70%、50%，年度最高支付限额分别为1.5万元、1万元，计入参保人员年度基本医保基金最高支付限额。个人负担费用可由个人账户支付，不纳入普通门诊统筹、职工大额医疗费用补助、城乡居民大病保险和医疗救助支付范围。

目前，我省符合条件的辅助生殖医疗机构共25家，分别是：安徽医科大学第一附属医院、中国科学技术大学附属第一医院（安徽省立医院）、安徽省妇女儿童医学中心（合肥市妇幼保健院）、皖南医学院弋矶山医院、皖北煤电集团总医院、铜陵市第四人民医院（铜陵市妇幼保健院）、马鞍山市妇幼保健院、蚌埠医学院第一附属医院（蚌埠医学院附属肿瘤医院）、阜阳市人民医院、太和县人民医院、芜湖市第二人民医院、安徽省第二人民医院、六安市中医院、亳州市人民医院、安徽中医药大学第一附属医院、

阜阳市妇女儿童医院（阜阳市妇产医院）、安庆市立医院、安庆一一六医院、宿州市立医院、合肥京东方医院、六安市人民医院、蚌埠市第三人民医院（蚌埠市中心医院）、淮北市妇幼保健院、安徽医科大学第二附属医院和中国人民解放军联勤保障部队第九〇一医院。



## 6. 医疗救助篇

CHS

### 一、哪些人员可以享受医疗救助？

特困人员、低保对象、低保边缘家庭成员、防止返贫监测对象、返贫致贫人口以及虽不符合特困人员、低保对象或低保边缘家庭认定条件，但因高额医疗费用支出导致家庭基本生活出现严重困难的因病致贫重病患者。

### 二、哪些费用纳入医疗救助保障？

按照“先保险后救助”原则，对基本医保、大病保险等支付后，个人医疗费用负担仍然较重的救助对象按规定实施救助。救助费用主要覆盖救助对象一个年度内，在蚌埠市定点医疗机构或按规定转诊转院备案后异地就医发生的住院费用及慢性病、特殊病门诊费用。按规定转诊转院备案的救助对象，执行蚌埠市救助标准，未按规定转诊转院备案的救助对象所发生的医疗费用原则上不纳入医疗救助范围。由医疗救助基金支付的药品、医用耗材、诊疗项目，与基本医保、大病保险支付范围有效衔接。基本医保、

大病保险起付标准以下的政策范围内个人自付费用按规定纳入救助保障。

### 三、救助对象分类资助参保政策是如何规定的？

对特困人员给予全额资助，对低保对象给予 80—90%定额资助，对返贫致贫人口给予 70—80%定额资助，对防止返贫监测对象给予 50%定额资助，其余费用由个人按规定缴纳，具体资助标准每年由市医保局会同相关部门根据上级筹资标准另行确定。

### 四、救助对象的大病保险是怎么规定的？

对特困人员、低保对象、返贫致贫人口实施起付线减半、报销比例较普通参保群众提高 5%、取消封顶线的倾斜政策。

### 五、救助对象年度救助起付标准、救助比例和救助限额分别是多少？

特困人员、低保对象取消起付标准，低保边缘家庭成员、防止返贫监测对象、因病致贫重病患者起付标准分别暂按 3000 元、3000 元、10000 元确定。特困人员救助比例 80%，低保对象救助比例 75%；在起付标准以上，低保边缘家庭成员、防止返贫监测对象救助比例 60%，因病致贫重病患者救助比例 50%；年度救助限额最高 5 万元。

### 六、倾斜救助是怎么规定的？

对规范转诊且在省域内就医的救助对象，经三重制度综合保障后政策范围内个人负担仍然较重的给予倾斜救助。起付线 20000 元，特困人员、低保对象救助比例 70%，返贫致贫人口、低保边缘家庭成员、防止返贫监测对象救助比例 60%。倾斜救助年度限额 20000 元。

### 七、因病致贫重病患者的医疗救助是怎么规定的？

经基本医保、大病保险等报销后个人自付费用仍然较高的人员，一个年度内家庭总收入减去个人自付医疗总费用后低于农村低收入家庭标准且符合低收入家庭财产核查条件的大病患者，按照户申请、村（社区）评议、乡镇（街道）审核、县级医保、民政等部门联合确定的程序，认定为救助对象的，在身份认定前当年内个人自付的合规医疗费用可依申请追溯给予相应救助。



## 7. 生育保险篇

### 一、女职工怎么办理生育备案？

生育医疗待遇享受前提：职工生育保险参保人员在生育医疗费发生之月前，用人单位或灵活就业人员个人应当连续按时足额缴纳职工医保（不含补缴）满6个月的，次月起享受生育医疗待遇。

方式一：网上备案 搜索“安徽医保公共服务”微信小程序-“生育登记”进行备案（也可通过关注“蚌埠医保”公众号，右下角医保大厅-网上办事进行备案）。

方式二：窗口备案 特殊情况由本人或代理人持参保女职工的社保卡或有效身份证件、生殖保健服务证或生育登记凭证（盖章有效）、代办人身份证件到参保地各级医保经办机构窗口办理生育登记备案。

### 二、女职工生育可享受哪些生育待遇？

1. 生育备案审核通过后，产前检查一次性补助500元将于20个工作日内之内发放至医保个人账户。

2. 生育分娩按病种结算

医院级别	顺产		剖宫产	
	基金支付定额	政策范围内医疗费用个人支付比例	基金支付定额	政策范围内医疗费用个人支付比例
一级医院	2300 元	0	4400 元	0
二级医院		10%		10%
三级医院		15%		15%

备注：已完成生育备案的女职工本市发生的生育医疗费用持社会保障卡在生育定点医院即时结算，政策范围内生育医疗费用按比例报销；异地生育医疗费用回参保地按定额报销。

### 3. 计划生育手术费用定额补助

门诊流产	门诊放置（取出）宫内节育器	孕12周以下（含12周）住院流产	孕12-28周（含28周）住院引产	孕28周以上住院引产	输卵管（输精管）绝育术住院	输卵管（输精管）复通术住院
200 元	100 元	1000 元	1600 元	2300 元	1200 元	2000 元

### 4. 生育津贴待遇

生育津贴待遇享受前提：职工生育保险参保人员在生育医疗费用发生之前，按照企业（8.8%）费率参保的用人单位连续按时足额缴纳职工医保（不含补缴）满9个月的，次月起享受生育津贴待遇。企业女职工生育津贴以所在用人单位上年度职工月平均缴费基数为计发标准。

自2024年8月1日起，领取失业保险金人员在参加生育保险期间生育的女职工，与参保地企业职工享受同等生育保险待遇。生育津贴按照本人医疗（生育）保险缴费基数和实际产假天数计发。

党政机关、事业单位的参保职工以及灵活就业人员不享受生

育津贴待遇。

申报方式一：网上申报 微信搜索“安徽医保公共服务”小程序，选择“业务办理”模块中“生育保险”，进入后选择“生育津贴申报”（也可通过关注“蚌埠医保”公众号，右下角医保大厅-网上办事进行申报）。

申报方式二：窗口申请 特殊情况由本人或代理人持参保女职工激活金融功能的社保卡（或有效身份证件和本人银行卡复印件）、生殖保健服务证或生育登记凭证（盖章有效）、出院记录（盖章）、代办人身份证件到参保地各级医保经办机构窗口办理生育津贴申报。

申报方式三：免申即享 参保女职工在符合条件的本市生育定点医疗机构完成生育医疗费用医保结算后，无需个人提交申请，由医保经办机构通过医保信息平台直接获取生育结算相关信息，完成生育津贴待遇核定。

发放时限：生育津贴为按月发放，申报首月津贴在 10 个工作日内发放。

生育津贴发放标准：生育津贴以女职工生育（计划生育）时所在用人单位上年度职工月平均工资为计发标准。具体计发天数见下表：

类别	津贴发放时长	
分娩	女职工正常分娩享受 98 天生育津贴，符合《安徽省人口与计划生育条例》规定的，增发 60 天生育津贴。难产或实施剖宫产手术分娩的，增发 15 天生育津贴。生育多胞胎的，每多生育 1 个婴儿，增发 15 天生育津贴。	
计划生育手术（因医学需要）	不满 4 个月流产的	15 天生育津贴
	满 4 个月不满 7 个月流（引）产的	42 天生育津贴
	7 个月及以上引产的	98 天生育津贴

**温馨提示：**为保障参保女职工的生育待遇，产假期间请正常参保。

### 三、异地分娩和计划生育手术待遇如何？

1. 异地分娩定额补助：个人先行垫付医疗费用，于医疗终结后次年12月31日前，持激活金融功能的社会保障卡（或有效身份证件和本人银行卡复印件）、住院发票、费用清单、出院记录（以上材料均需医院相关科室盖章）到参保地各级医保经办机构窗口申请定额补助。

2. 异地计划生育手术费用定额补助：个人先行垫付医疗费用，于医疗终结后次年12月31日前，持激活金融功能的社会保障卡（或有效身份证件和本人银行卡复印件）、住院或门诊医疗收费票据、费用清单、门诊病历或出院记录（以上材料均需医院相关科室盖章）到参保地各级医保经办机构窗口申请定额补助。

3. 符合生育津贴或生育补助金申领条件的女职工，同时给予办理生育津贴或生育补助金核发手续。

### 四、女性灵活就业人员可以享受哪些生育待遇？

参加职工基本医疗保险的灵活就业人员，生产前连续按时足额缴纳职工医保（不含补缴）满6个月的，次月起可享受产前检查一次性补助、生育医疗费用报销、生育补助金等待遇。

自2024年8月1日起，参加职工基本医疗保险的灵活就业人员，生产前连续按时足额缴纳职工医保（不含补缴）满6个月的，次月起享受生育补助金待遇。标准为：安徽省上年度月平均最低工资第一档÷30天×98天。

申报途径：

方式一：网上申报 微信搜索“安徽医保公共服务”微信小程序，选择“业务办理”模块中“生育保险”，进入后选择“生育

津贴申报”（也可通过关注“蚌埠医保”公众号，右下角医保大厅-网上办事进行申报）。

方式二：窗口申请 参保地各级医保经办机构窗口申请。

申报材料：由本人或代办人持参保女职工激活金融功能的社保卡（或有效身份证件和本人银行卡复印件）、出院记录（医院盖章）、代办人身份证件。

发放时限：20个工作日内发放。

### 五、我市参保男职工可以享受哪些生育待遇？

蚌埠市参保男职工在生育医疗费发生之月前，用人单位或灵活就业人员个人连续按时足额缴纳职工医保（不含补缴）满6个月的，次月起享受男职工未就业配偶分娩一次性医疗补助，标准为职工生育住院分娩定额的50%，顺产1150元、剖宫产2200元。住院输精管绝育术（定额补助1200元/次）及住院输精管复通术（定额补助2000元/次）待遇。

申报途径：参保地各级医保经办机构窗口申请。

申报材料：医疗终结后次年12月31日前，持激活金融功能的社会保障卡（或有效身份证件和本人银行卡复印件）、生殖保健服务证或生育登记凭证（盖章有效）、出生医学证明、住院发票或报补结算单、出院记录（以上材料均需医院相关科室盖章）。

### 六、居民医保可以享受哪些生育保险待遇？

参加城乡居民基本医保人员分娩（含剖宫产）住院发生的符合规定的生育医疗费用，继续实行定额补助，定额补助标准提高至顺产1600元、剖宫产2400元。分娩住院实际发生的生育医疗费用低于定额补助标准的，医保基金据实支付；高于定额补助标准的，医保基金按定额标准支付。分娩时有并发症、合并症住院

治疗的，按照普通住院政策保障，但不再享受定额补助。

**★温馨提示：**

1. 本市非生育保险协议医疗机构发生的医疗费用，不享受生育医疗费待遇（急诊、抢救等情况除外）；

2. 境外发生的生育医疗费用生育保险基金不予支付。

3. 跨统筹地区流动的参保人员，在生育待遇申报时，提供异地医保参保缴费明细。

4. 申领生育保险待遇时间从生产或手术之日起计算，时效截止次年12月31日前，逾期不再受理。

5. 参保女职工当次实际发生的医疗费用低于生育住院分娩、计划生育手术或男职工未就业配偶生育分娩一次性补助等定额标准的，按实际发生金额支付。

6. 用人单位未按时足额缴纳职工医保（含生育保险）费的，须按规定补齐相关费用，连续缴费月数从正常缴费之月起重新计算。单位未按规定参保缴费期间，女职工发生的有关生育待遇由所在单位承担。

7. 参保人员因就业等原因个人参保状态发生变化，发生跨统筹区转移接续或更换用人单位的，在3个月（含）以内办理参保手续并缴齐中断期间费用的，可视同为连续缴费。



## 8. 其他政策篇

### 一、医药机构如何提交新增医保定点机构申请？

医药机构申请医保定点资格，请使用医药机构单位经办人账号登录（如无账号，请在网页按提示进行单位注册）“安徽医保公共服务平台”流程如下：“进入单位网厅→蚌埠市→定点资格申请模块→定点医药机构资格申请→下载相关文件栏文件并准备所需材料→点击医疗机构/零售药店→按规定提交相关信息及材料并提交。”对申请材料内容不全的，经办机构自收到材料之日起5个工作日内一次性告知医药机构予以补充

### 二、新增医保定点医药机构需要哪些申请材料？

#### （一）定点医疗机构申请材料清单

1. 《蚌埠市基本医疗保险协议医疗机构申请表》；
2. 《医疗机构执业许可证》、《中医诊所备案证》或“军队医疗机构为民服务许可证照”复印件；
3. 与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本；
4. 与医保有关的信息系统相关材料；
5. 纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；
6. 省级医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。

## （二）定点零售药店申请材料清单

1. 《蚌埠市基本医疗保险协议零售药店申请表》；
2. 《药品经营许可证》、《营业执照》和法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证复印件；
3. 执业药师资格证书或药学技术人员相关证书及其劳动合同复印件；
4. 医保专（兼）职管理人员的劳动合同复印件；
5. 与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本；
6. 与医保有关的信息系统相关材料；
7. 纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；
8. 省级医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。

## 三、定点医药机构如何进行日常信息网上变更？

目前，基本信息（重大信息）发生变化的，首先及时通过“国家医保信息业务编码标准数据库动态维护”平台（<https://code.nhsa.gov.cn/>）修改并提交，其次在“安徽医保公共服务平台”进行信息填报与材料上传。（安徽医保公共服务平台模块引导：请使用医药机构单位经办人账号登录“进入单位网厅→蚌埠市→两定机构网签→更多服务→网上业务→两定机构变更申请→申请→按规定提交相关信息及材料并提交。”）

## 四、医药机构的国家平台动态维护账号或密码遗失, 如何处理？

未实名认证的用户，可通过区县医保部门查询账号和重置密码；已实名认证的用户可登录个人账户通过手机号找回密码。

## 五、医药机构资质证照编号变更后在国家平台如何修改？

医药机构维护用户在国家平台通过“证号变更申请”及“新

增”按钮，进行证号变更申请操作。

## 六、在单位摔倒受伤住院，医保可以报销吗？

在单位摔伤，按相关规定需先进行工伤认定，如工伤认定通过，医疗费用由工伤保险基金支付；如工伤认定未通过，且无他方责任，则由基本医疗保险基金支付。

## 七、如何查询医保信息？（包括个人账户余额，参保缴费信息等）

您可以按以下操作流程在皖事通中查询医保信息：1. 打开皖事通 APP；2. 在搜索栏中输入“安徽医保公共服务”；3. 在“安徽医保公共服务”页面中即可查询“参保信息/缴费记录/消费记录/个人账户信息”。

## 八、如何查询药品目录？

途径一：通过微信/支付宝小程序“安徽医保公共服务”，在“查询-医保目录查询-药品目录”页面查询药品报销类别。

途径二：登录“安徽医保公共服务网”网页（<https://ybj.ahzfw.gov.cn/>），在“首页-信息查询-药品目录”页面查询药品报销类别。

## 九、医保服务能“同城通办”吗？

蚌埠市医保局于2023年10月30日正式启用龙子湖、蚌山、禹会及淮上4个区级医保经办服务分中心医保服务窗口，2024年6月市医保中心经办服务窗口进驻蚌埠市行政服务中心，实现了21项医保经办服务业务的“同城通办”。

### 一、服务事项名称

#### （一）报销、支付类

1. 门诊费用报销

5. 生育医疗费支付

2. 住院费用报销
3. 产前检查费支付
4. 计划生育医疗费支付
6. 生育津贴支付
7. 参保人员个人账户一次性支取

(二) 备案、查询及其他

1. 单位参保登记
2. 单位参保信息变更登记
3. 单位参保信息查询
4. 职工参保登记
5. 职工参保信息变更登记
6. 城乡居民参保登记
7. 城乡居民参保信息变更登记
8. 参保人员参保信息查询
9. 出具《参保凭证》
10. 转移接续手续
11. 异地安置退休人员备案
12. 异地长期居住人员备案
13. 常驻异地工作人员备案
14. 异地转诊人员备案

**十、蚌埠市医保经办机构服务窗口地址及电话**

1. 蚌埠市医保经办机构服务窗口地址：蚌埠市蚌山区曹凌路789号蚌埠市人力资源和社会保障服务中心三楼大厅。

业务办理时间为9:00-12:00, 13:00-17:00(双休日、法定节假日除外); 咨询电话: 0552-3012393 3312393。

2. 怀远县医保经办机构服务窗口地址：蚌埠市怀远县乳泉大道与卞和路交叉口卫健医保服务大楼1-2层。

业务办理时间为8:00-12:00, 14:30-17:30(双休日、法定节假日除外); 咨询电话: 0552-8512393。

3. 五河县医保经办机构服务窗口地址：蚌埠市五河县政务服务中心新楼2层。

业务办理时间为9:00-12:00, 13:00-17:00(双休日、法定节假日除外); 咨询电话: 0552-5051162。

4. 固镇县医保经办机构服务窗口地址：固镇县汉兴大道投资

大厦政务服务中心一楼。

业务办理时间为 9: 00-12: 00, 13: 30-17: 00 ( 双休日、法定节假日除外) ; 咨询电话: 0552-6057290、6015863。

5. 龙子湖区分中心

办公时间: 工作日上午 8: 00—12: 00 , 下午 2: 30—5: 30

办公地址: 蚌埠市龙子湖区治淮路 706 号, 龙子湖区人民政府服务中心一楼大厅; 咨询电话: 3038709

6. 蚌山区分中心

办公时间: 工作日上午 8: 00—12: 00 , 下午 2: 30—5: 30

办公地址: 蚌埠市东海大道 3858 号, 蚌山区人民政府 2 号楼 1 楼政务服务大厅; 咨询电话: 7125272

7. 禹会区分中心

办公时间: 工作日上午 8: 00—12: 00 , 下午 2: 30—5: 30

办公地址: 蚌埠市涂山路 335 号, 禹会区政府政务服务中心一楼大厅; 咨询电话: 4034549

8. 淮上区分中心

办公时间: 工作日上午 9: 00—12: 00 , 下午 1: 00—5: 00

办公地址: 蚌埠市淮上区凤凰城 17 号楼一楼, 淮上区人民政府政务服务中心一楼大厅( 滨河路与永平街交叉口东); 咨询电话: 2803023

9. 蚌埠市政务服务中心医保经办窗口

办公时间: 工作日上午 9: 00—11: 30 , 中午 12: 30—5: 00 ( 双休日、法定节假日除外) ;

办公地址: 蚌埠市燕山路 1599 号( 高新区管委会新办公区内), 市行政服务中心二楼医疗保障综合窗口; 咨询电话: 0552-2828135