

城乡居民基本医疗保险住院待遇及报销流程

一、参保人员在定点医院发生的符合城乡居民基本医疗保险基金支付范围的住院医疗费用，个人起付标准及报销比例如下表：

医疗机构	一级	二级	三级	省外
起付标准	300 元	600 元	800 元	1000 元
报销比例	90%	75%	60%	55%
最高支付限 额	40000 元			

住院医用材料报销

- 1、单项（套）费用单价 ≤ 1000 元的，按住院比例报销；
- 2、单项（套）费用单价 1000-10000 元（含 10000 元）的，个人先自费 30%，剩余部分统筹基金再按 50%支付；（35%）
- 3、单项（套）费用单价 10000-50000 元（含 50000 元）的，个人先自费 40%，剩余部分统筹基金再按 50%支付；（30%）
- 4、单项（套）费用单价 > 50000 元的，个人先自费 50%，剩余部分统筹基金再按 50%支付；（25%）

重大疾病范围和待遇

重大疾病保障病种范围：儿童白血病、儿童先心病、宫颈癌、乳腺癌、耐多药肺结核、艾滋病机会性感染、儿童尿道下裂、儿童

苯丙酮尿症（0-6岁）、肺癌、食道癌、胃癌、结肠癌、直肠癌、慢性粒细胞性白血病、急性心肌梗塞、脑梗塞、血友病、I型糖尿病、甲亢、唇腭裂、尿毒症（终末期肾病）、重性精神病等22种疾病参保人员在二级及以上定点医疗机构第一诊断符合重大疾病范围（尿毒症和重性精神病除外）的医疗费用，不设起付标准，符合治疗方式发生的医疗费用统筹基金支付70%，纳入年度医疗保险最高支付限额累计。

二、参保人员住院生育的医疗费用报销

参保人员发生住院分娩的医疗费用，统筹区内县乡两级定点医院实行包干结算：县级顺产1500元，剖宫产2400元；乡级顺产1500元，剖宫产1800元。市级及其他医院实行最高支付限额：顺产1500元，剖宫产2400元。其他与生育相关的医疗费用按基本医疗保险政策支付，其中：诊断为保胎、不孕不育的不予支付。