



中国医疗保障
CHINA HEALTHCARE SECURITY

兰州市基本医疗保险

政策指南



兰州市医疗保障局
兰州市医疗保险服务中心

前 言

医疗保障是减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定的重大制度安排，在破解广大群众看病难、看病贵方面发挥了积极的保障作用，为全市维护社会发展和参保群众健康权益保障奠定了坚实的基础。

近年来，全市医疗保障改革稳步推行，待遇保障水平不断提高，基金运行健康平稳，经办服务不断优化。广大群众的获得感、满意度显著提升。

为方便全市广大群众深入了解基本医疗保障有关政策，充分享受到有关保障待遇，兰州市医疗保障局组织编写了《兰州市基本医疗保险政策指南》，对现行相关政策进行了梳理和汇总，供大家参考使用。

由于印制时间仓促，宣传手册内容如有与正式文件不一致的，以正式文件为准，不足之处请批评指正。

兰州市医疗保障局

兰州市医疗保险服务中心

2020年4月

目 录

第一部分 兰州市城镇职工基本医疗保险和生育保险政策规定

兰州市城镇职工基本医疗保险参保就医政策规定.....	1
特殊疾病长期门诊中办审批流程.....	12
特殊疾病长期门诊审批标准及诊疗范围.....	14
异地就医直接结算政策问答.....	46
兰州市城镇职工生育保险待遇政策规定.....	51

第二部分 兰州市市直单位国家公务员医疗补助政策

兰州市市直单位国家公务员医疗补助政策.....	59
-------------------------	----

第三部分 兰州市城乡基本医疗保险政策规定

城乡居民基本医疗保险政策.....	65
“两病”政策问答.....	73

第四部分 其他

2020年兰州市医保扶贫政策25问.....	79
兰州市医保行政机关政策咨询及投诉举报电话.....	99
兰州市医保经办机构政策咨询及经办服务电话.....	100

第一部分

兰州市城镇职工基本医疗保险 和生育保险政策规定

兰州市城镇职工基本医疗保险 参保就医政策规定

一、参保和缴费

基本医疗保险费由用人单位和职工个人共同缴纳。单位按在职职工上年度工资总额的8%缴纳；职工个人按本人上年度工资收入的2%缴纳，由用人单位从工资中代为扣缴。职工自批准退休次月起，本人不再缴纳基本医疗保险费。

大额医疗保险费按当年元月份执行的全省城镇非私营单位在岗职工年平均货币工资数额的0.5%缴纳，单位和个人各负担一半，灵活就业人员和农民工参保人员全部由本人承担。

生育保险费财政拨款单位按在职职工上年度工资总额的0.35%缴纳，企业单位按在职职工上年度工资总额的1%缴纳，职工个人不缴纳生育保险费。

二、基本医保个人账户

职工个人缴纳的2%基本医疗保险费全额计入个人账户。单位缴纳的基本医疗保险费按不同年龄段计入个人账户：在职职工以本人上年度工资收入为基数计算，45岁以下（含45

岁)的按1%计入;46岁至退休的按1.5%计入;退休人员按上年度本人养老金的4%计入个人账户,本人养老金低于社会平均养老金的,以社会平均养老金计入。

三、就医管理

(一) 普通门诊

参保人员持本人社会保障卡在定点医疗机构门诊就医,符合基本医疗保险规定的医疗费用直接刷卡结算。个人账户不足支付的,由职工个人白付。

(二) 药店购药

参保人员持本人社会保障卡凭定点医疗机构开具的处方管理用药可在定点零售药店购药,也可直接购买非处方药,符合医疗保险规定的费用,用社会保障卡直接刷卡结算。个人账户不足支付的,由职工个人白付。

(三) 特殊疾病长期门诊

参保人员因特殊疾病需长期门诊治疗的,可按相关规定申请办理特殊疾病长期门诊。

1. 特殊疾病长期门诊病种

- (1) 恶性肿瘤放疗;
- (2) 恶性肿瘤膀胱灌注化疗;
- (3) 乳腺癌或前列腺癌内分泌治疗;
- (4) 抗肿瘤药物治疗及相关检查;

- (5) 器官移植抗排异治疗；
 - (6) 慢性肾衰竭透析治疗；
 - (7) 慢性肾衰竭（非透析阶段）；
 - (8) 糖尿病伴慢性并发症；
 - (9) 原发性高血压（有合并症者）；
 - (10) 类风湿性关节炎（活动期）；
 - (11) 慢性活动性病毒性肝炎、肝硬化（失代偿期）；
- ；聚乙二醇干扰素治疗（仅限于丙型活动性肝炎）；
- (12) 血友病；
 - (13) 再生障碍性贫血；
 - (14) 肝豆状核变性；
 - (15) 癫痫；
 - (16) 精神分裂症；
 - (17) 脑血管意外（脑出血、脑梗塞）后遗症期；
 - (18) 强直性脊柱炎；
 - (19) 重症帕金森氏病；
 - (20) 心境障碍（情感性精神障碍）；
 - (21) 冠心病介入治疗术后；
 - (22) 慢性心力衰竭（除外肺心病所致）；
 - (23) 心脏瓣膜置换术后的抗凝治疗；
 - (24) 慢性肺源性心脏病；
 - (25) 支气管哮喘（急性发作期）；

- (26) 重型系统性红斑狼疮；
- (27) 甲状腺功能亢进症；
- (28) 耐药结核病；
- (29) 重症肌无力；
- (30) 椎间盘突出；
- (31) 包虫病；
- (32) 慢性盆腔炎及附件炎。

2.各病种待遇支付时限及统筹基金最高支付限额，见

下表：

序号	病种	待遇支付年限 (年)	支付限额
1	恶性肿瘤放疗	1	28750 元/年
2	恶性肿瘤膀胱灌注化疗	2	5400 元/年
3	乳腺癌或前列腺癌内分泌治疗	5	10560 元/年
4	抗肿瘤药物治疗及相关检查	5	4200 元/年
5	器官移植抗排异治疗	10	
6	慢性肾衰竭透析治疗	10	
7	慢性肾衰竭（非透析阶段）	3	6600 元/年

8	糖尿病伴慢性并发症	10	3350 元/年
9	原发性高血压（有合并症者）	10	2800 元/年
10	类风湿性关节炎（活动期）	3	2000 元/年
11	慢性活动性病毒性肝炎、肝硬化（失代偿期）	2	4500 元/年
	聚乙二醇干扰素治疗 （仅限于丙型活动性肝炎）	1	4 万元/年
12	血友病	10	4.7 万元/年
13	再生障碍性贫血	5	3500 元/年
14	肝豆状核变性	10	4000 元/年
15	癫痫	2	2000 元/年
16	精神分裂症	5	2200 元/年
17	脑血管意外（脑出血、脑梗塞）后遗症期	3	3960 元/年
18	强直性脊柱炎	3	5000 元/年
19	重症帕金森氏病	10	2650 元/年
20	心境障碍（情感性精神障碍）	2	2200 元/年
21	冠心病介入治疗术后	5	4000 元/年

22	慢性心力衰竭（除外肺心病所致）	2	3500 元/年
23	心脏瓣膜置换术后抗凝治疗	10	1800 元/年
24	慢性肺源性心脏病	5	3400 元/年
25	支气管哮喘（急性发作期）	2	2200 元/年
26	重型系统性红斑狼疮	3	2250 元/年
27	甲状腺功能亢进症	2	2200 元/年
28	耐药性结核病	1	3300 元/年
29	重症肌无力	5	5500 元/年
30	椎间盘突出	1	1100 元/年
31	包虫病	1	1100 元/年
32	慢性盆腔炎及附件炎	1	1100 元/年

3. 报销比例。

在审批病种适用范围内符合医保支付范围的医疗费用统筹基金甲类70%，乙类先自付10%，再按70%予以报销，个人自付30%。肾衰竭透析治疗医保统筹基金支付90%，个人自付10%；器官移植抗排异治疗医保统筹基金支付 80%，个人自付20%。

4. 就医管理。

参保人员应根据自己的意愿自主选择一家医保经办机构认定的定点医疗机构作为特殊疾病门诊就医的就诊点。

(1) 参保人员就医时，须持《兰州市基本医疗保险特殊疾病长期门诊治疗审批单》、社会保障卡、身份证在选定的定点医疗机构诊治和购药。如需到药店购药者，须由已选定医疗机构的医师开具处方，并加盖该医疗机构医保办公章和外购专用章，方可前往医保经办机构认定的长期门诊定点药店刷卡购药。

(2) 特殊原因给药。因公出差、探亲等特殊原因外出的参保人员，填写《兰州市基本医疗保险特殊疾病长期门诊超量带药申请表》，并由医保经办机构审核同意后，可开具最长不超过180天的药量。

(3) 异地居住备案人员应在居住地选择一家医疗机构作为特殊疾病长期门诊治疗的定点医院，发生的特殊疾病长期门诊医疗费用先由本人垫付，每半年或一年将资料报送所在辖区医保经办机构审核结算。

5. 两种特殊疾病门诊的支付方式。

患多个疾病的参保人员，可同时申办两个特殊疾病长期门诊病种；本年度内医保基金最高支付限额在单一病种最高支付限额标准（执行高标准）的基础上增加500元。

6. 定点医疗机构的变更。

一经选定的定点医疗机构原则上在有效待遇支付期限内不能变更。因居住地迁移、病情需要等原因确需变更的，由本人提出申请，经医保经办机构审核同意后予以变更。原则上一个自然年度内只能变更一次。

（四）定点医疗机构住院

参保人员在定点医疗机构发生的符合政策规定的住院医疗费用，起付标准以下的，由个人支付，起付标准以上最高支付限额以下的，由统筹基金和参保人员按比例承担。

1. 起付标准：

一级医院和社区卫生服务机构为200元；二级医院为400元；三级乙等医院为1000元；三级甲等医院为1400元。在一个参保年度内多次住院，从第二次住院起，起付标准按定点医疗机构等级依次递减20%，但最低起付标准不能低于起付标准的50%。

2. 统筹基金支付住院费用的年度最高支付限额为6万元。

3. 城镇职工住院的报销比例：

住院发生的符合政策规定范围内的医疗费用，在统筹基金起付标准以上，最高支付限额以下进入统筹之后的金额将进行分段分比例的方式予以报销，起付标准以上

至10000元，在职职工个人负担12%；10000元以上至20000元，个人负担百分之8%；20000元以上至60000元，个人负担4%，退休人员统筹基金分段自付比例分别为9%、6%、3%。

分段	起付线以上 -1万元		1万元 -2万元		2万元 -6万元	
	在职	退休	在职	退休	在职	退休
统筹基金 支付比例	88%	91%	92%	94%	96%	97%
个人承担 比例	12%	9%	8%	6%	4%	3%

4. 参保人员住院费用超出统筹基金年度最高支付限额以上符合《三个目录》的范围的部分，由大额医疗保险基金支付90%，上不封顶。

（五）异地就医

异地就医是指参保人员因异地安置、异地转诊、出差探亲发生急诊等在异地住院治疗的情况，分省内异地和跨省异地。

1. 分类

（1）异地安置分以下三类人员：①异地安置退休人员指退休后在异地定居并且户籍迁入定居地的人员；②异地长期居住人员指在异地居住生活人员；③常驻异地工作人员

员指用人单位派驻异地工作人员。

(2) 异地转诊人员指经兰州市医保局确定的医疗机构诊断后，符合下列条件之一，需转往本统筹区域外定点医疗机构住院治疗的人员。①多次检查会诊，仍不能明确诊断的疑难病症患者；②因病情需要做某项检查和治疗而本市定点医疗机构无此项业务的；③病情严重有必要转异地救治的患者。

(3) 出差探亲是指参保人员因公外出、探亲、旅游等短期内在异地因急诊、急救需住院治疗或其他原因住院治疗的。

2. 参保人员异地就医住院医疗费用符合医保支付范围的，按下列类别和比例报销。

(1) 异地安置备案人员，住院医疗费用按兰州市城镇职工医保相关政策报销。

(2) 异地转诊（转往省外住院治疗）人员个人先白付10%，其余费用按兰州市城镇职工医保相关规定报销。

(3) 出差探亲符合急诊急救的住院医疗费用，按兰州市城镇职工医保相关规定报销。

(4) 出差探亲非急诊急救和未办理异地转诊手续自行前往异地就诊的参保人员的异地住院医疗费用，个人先白付30%，其余部分按照兰州市城镇职工医保相关规定报销。

(5) 办理了异地就医持卡网上直接结算备案手续的参保人员，备案期内临时返回兰州市就医时，可正常在兰州市定点医疗机构持卡住院结算。其中跨省异地备案的住院医疗费用降低10%比例进行报销，省内异地备案的住院费按兰州市医保政策进行报销。

(6) 符合异地安置、异地转诊的参保人员备案后，在异地住院的医疗费用可以实现持卡网上直接结算。因故无法实现持卡网上直接结算的，住院医疗费用先由本人垫付，治疗结束后持相关资料以及本人社会保障卡到医保经办机构审核结算报销。

特殊疾病长期门诊中办审批流程

一、申报

凡符合特殊疾病长期门诊病种的参保人员，需办理特殊疾病长期门诊治疗者，在兰州市人社局网站下载打印或到兰州市各县（区）医保经办机构服务大厅窗口领取《兰州市基本医疗保险特殊疾病长期门诊申请表》，按说明填写完整（患多种疾病的，应按所患主要病种填报，最多中报两种疾病），加盖选定门诊治疗的定点医疗机构医保办公章，并附本人社保卡复印件和病情证明资料，于每月10日前报送至兰州市各县（区）医保经办机构服务大厅窗口。

二、特殊疾病长期门诊审批流程

1. 凡参加我市城镇基本医疗保险、因病需办理特殊疾病长期门诊（不包括即时审批病种）的人员在兰州市各县（区）医疗保险经办机构办理申请、审批手续。

2. 注意事项。

（1）特殊疾病长期门诊选择定点医疗机构变更业务由

县（区）医保局经办。

（2）透析和器官移植抗排异先到县（区）医保局中办，由市医保中心审批。

特殊疾病长期门诊审批标准及 诊疗范围

一、恶性肿瘤放疗；恶性肿瘤膀胱灌注化疗；乳腺癌或前列腺癌内分泌治疗；抗肿瘤药物治疗及相关检查

（一）申报资料

1. 初次申办者须提供近半年内（恶性肿瘤放疗者须提供一周内的住院病历）与所申报病种相符合的住院病历

（须提供病理诊断资料及影像学资料），待遇期满续办者提供既往的与所申报病种相符合的住院病历和近期的门诊病历。但无论是初次申办或续办，均须提供定点医疗机构专科副主任医师以上（含副主任医师）开具的详细的诊疗计划（包括放疗次数、放疗剂量、放疗部位、放疗周期等；化疗所需要的药品名称、剂量、使用时间、使用方法及化疗周期等；口服内分泌治疗的药品名称、剂量、使用方法、服用周期等）。诊疗计划须由科主任签字并加盖医院公章。

2. 组织学、细胞学、影像学诊断资料。

(二) 门诊治疗指征

经二级以上医院确诊为恶性肿瘤，需要在门诊长期治疗的。

(三) 门诊诊疗范围

1. 恶性肿瘤放疗包括：近距离照射放疗、直线加速器放疗、直线加速器适型治疗、立体定向放疗（ γ -刀、X-刀）；

2. 恶性肿瘤膀胱灌注化疗；

3. 前列腺癌和乳腺癌的内分泌治疗药物；

4. 抗肿瘤药物及相关检查，包括口服化疗药、疼痛治疗及中成药治疗；放化疗不良反应（白细胞和血小板减少）的治疗；治疗期间及治疗后的相关检查。

备注：10年以上（不包括10年）无复发的不予审批，时间以首次确诊资料为准。

二、器官移植抗排异治疗

(一) 申报资料

1. 初次中办或待遇期满续办者须提供包含器官移植手术记录在内的完整住院病历；

2. 有关临床资料及实验室检查资料；

3. 定点医院相关科室出具的抗排异治疗计划, 并有专科副主任医师以上(含副主任医师)开具处方并加盖医院公章。

(二) 门诊治疗指征

经三级定点医疗机构确认为器官移植术后, 需要在门诊进行抗排异治疗的患者。

(三) 门诊诊疗范围

1. 器官移植抗排异治疗的药物;
2. 器官移植抗排异治疗期间必需的支持治疗及并发症治疗;
3. 器官移植抗排异治疗期间的相关检查。

三、慢性肾衰竭透析治疗

(一) 申报资料

1. 初次申办者须提供近三个月与所申报病种相符合的住院病历及出院之后的门诊透析记录并加盖医院公章; 待遇期满续办者提供近一个月的门诊透析记录单及肾功能检查单, 并加盖医院公章;

2. 临床表现: 少尿、无尿; 容量负荷增加导致的左心衰、急性肺水肿等; 难以控制的高血压; 难以纠正的酸中毒、尿毒症性心包炎、尿毒症性脑病, 临床有明显尿毒症

中毒症状。

3. 血常规、尿常规、生化全项、肌酐清除率报告单、甲状旁腺素及影像学诊断资料；

4. 定点医院肾病科主治医师以上（含主治医师）开具的需长期门诊透析计划的证明；

5. 近期的门诊透析记录单，并加盖医院公章；

6. 自行腹膜透析患者须提供定点医院出具的长期透析计划、透析记录单或透析处方、购药发票及清单，并加盖医院公章。

（二）门诊透析治疗的指征

实验室检查符合下列标准：患者属慢性肾脏病5期（肌酐清除率 $\leq 15\text{ml/min}$ 或血肌酐 $\geq 707\mu\text{mol/L}$ ）者；

（三）门诊诊疗范围

1. 透析治疗：血液透析费用（血透费、血透监测费、透析液、透析管路、一次性透析器、穿刺针、肝素）、腹膜透析液、透析器及透析管路、肝素帽；

2. 透析期间的相关治疗；

3. 透析前、透析期间的相关检查。

四、慢性肾衰竭（非透析阶段）

（一）申报资料

1. 初次中办或待遇期满续办者须提供患者本人近半年与所申请病种相符合的住院病历或市医保经办机构认定医院的体检资料；

2. 有关临床资料：血常规、尿常规、生化全项、尿肾功、24小时尿蛋白定量、肌酐清除率报告单等检查资料；

3. 影像学诊断资料；

4. 定点医院肾病科主治医师以上（含主治医师）签名的诊疗计划。

（二）门诊治疗指征

任何原因导致的肾功能衰竭，内生肌酐清除率：男性 $\leq 25\text{ml/min}$ ，女性 $\leq 21.5\text{ml/min}$ ，不需要血液透析或腹膜透析者。

（三）门诊诊疗范围

1. 肾衰竭相关的药物治疗及结肠透析治疗；
2. 原发病的治疗；
3. 治疗期间相关的各项检查。

五、糖尿病伴慢性并发症

（一）申报资料

1. 初次中办或待遇期满续办者须提供患者本人近半年市医保经办机构认定医院的体检资料（除合并脑血管病变

急性期或急性心肌梗塞者)；

2. 相关的临床资料，包括病史、症状、体征等；

3. 相关的辅助检查资料：血糖及糖化血红蛋白检查报告单、并发症的相关资料（包括影像学资料、生化全项、尿肾功、24小时尿蛋白定量、24小时动态血压、眼底照相、震动感觉阈值等）；

4. 定点医院专科主治医师以上（含主治医师）签名的诊疗计划。

（二）门诊治疗指征

1. 达到国内现行的糖尿病诊断标准；

2. 至少合并下列一项慢性并发症：

①冠心病：冠脉造影提示管腔狭窄（ $\geq 50\%$ ）和斑块，或心电图提示有心肌梗塞者；

②缺血性或出血性脑血管疾病：头颅CT提示脑出血、脑梗塞者；

③糖尿病肾病：尿白蛋白排泄率 $> 200\mu\text{g}/\text{min}$ 、尿白蛋白排泄量 $> 300\text{mg}/24\text{小时}$ 或血肌酐 $> 133\mu\text{mol}/\text{L}$ ；并有视网膜病变II度以上；排除其他原因导致的肾病。

④周围神经病变重度以上（VPT $> 25\text{V}$ ）；

⑤糖尿病视网膜病变III度以上（白色软性渗出或出血斑）；

⑥糖尿病视网膜病变Ⅱ度以上及周围神经病变中度以上（VPT>20V）；

⑦高血压合并至少一项并发症或靶器官受损；

⑧糖尿病足（达到外科换药的程度）。

（三）门诊诊疗范围

（1）胰岛素和口服降糖药；

（2）糖尿病并发症的相关治疗；

（3）治疗期间的相关检查。

六、原发性高血压病（伴合并症）

（一）申报资料

1. 初次中办或待遇期满续办者须提供患者本人近半年市医保经办机构认定医院的体检资料（除合并脑血管病变急性期或急性心肌梗塞者）；

2. 相关的临床资料，包括病史、症状、体征等；

3. 相关检查资料：24小时动态血压（体检报告必须提供）、心电图、生化全项、尿肾功、24小时尿蛋白定量、眼底照相检查及影像学资料（X线、心脏彩超、头颅CT、血管彩超）；

4. 定点医院专科主治医师以上（含主治医师）签名的诊疗计划；

（二）门诊治疗指征

血压 $>160/95\text{mmHg}$ 同时合并以下至少一项临床合并症

①冠心病：冠脉造影提示管腔狭窄（ $\geq 50\%$ ）和斑块，或心电图提示有心肌梗塞者；

②缺血性或出血性脑血管疾病：头颅 CT 提示脑出血、脑梗塞者；

③高血压肾损害：尿白蛋白排泄率 $>200\text{ug}/\text{min}$ 、尿白蛋白排泄量 $>300\text{mg}/24$ 小时或有血肌酐 $>133\text{umol}/\text{L}$ ；排除其他原因导致的肾病；

④眼底出血或渗出，伴或不伴有视神经乳头水肿；

⑤颈动脉多发性斑块；

⑥心脏彩超提示左心室肥厚。

（三）门诊诊疗范围

1. 降压药物治疗；
2. 并发症治疗的相关药物。

七、类风湿性关节炎（活动期）

（一）申报资料

1. 初次中办或待遇期满续办者须提供患者本人近三个月的与所申请病种相符合的住院病历或市医保经办机构认定医院的体检资料；

2. 相关的临床资料，包括病史、症状、体征等；
3. 辅助检查资料：血常规、血沉、类风湿因子、C反应蛋白、抗环胍氨酸抗体；
4. 关节影像学资料（X线片或关节B超）；
5. 定点医院相关科室主治医师以上（含主治医师）签名的治疗计划。

（二）门诊治疗指征

临床表现、类风湿因子阳性、血沉增快、C反应蛋白阳性、抗环胍氨酸抗体阳性、受累关节（多以双手关节为主）X线片及关节B超等资料中具备4项者。

（三）门诊诊疗范围

1. 药物：非甾体抗炎药、慢作用抗风湿药物、免疫抑制剂、金制剂、糖皮质激素及抗风湿中成药；
2. 对症治疗；
3. 治疗期间的相关检查。

八、慢性活动性病毒性肝炎、肝硬化（失代偿期）

（一）申报资料

1. 初次中办或待遇期满续办者须提供患者本人近三个月的与所申请病种相符合的住院病历或市医保经办机构认定医院的体检资料；

2. 相关临床资料，包括病史、症状、体征等；
3. 肝功、乙肝三系统、HBV-DNA 或抗-HCV、HCV-RNA、影像学及其他相关的各项检查资料；
4. 定点医院相关科室主治医师以上（含主治医师）签名的治疗计划。

（二）门诊治疗指征

1. 乙肝：三系统和HBV-DNA提示患者被乙肝病毒感染，并处于活动期（HBV-DNA $\geq 10^3$ ），ALT, AST, GGT, TB提示有肝损伤的证据；

2. 丙肝：抗-HCV、HCV-RNA 提示丙肝病毒感染，并处于活动期（HCV-RNA $\geq 10^3$ ）；

3. 肝硬化失代偿期：①长期肝炎、肝硬化病史或住院经历；②B 超显示肝硬化存在，腹水存在；③肝功能显示转氨酶升高、蛋白倒置等；④门静脉高压，食道、胃底静脉曲张，低蛋白血症等体征。

（三）门诊诊疗范围

1. 抗病毒药物及保肝药；
2. 肝硬化及并发症治疗的相关药物；
3. 治疗期间的相关检查；
4. 特别说明：聚乙二醇干扰素仅限于丙型肝炎，每周一支，共48支。确需使用聚乙二醇干扰素治疗的参保患者

由定点医疗机构指定专家出具专用处方，定点医疗机构医保办签署意见并盖章后到市医保经办机构由专家组审批，住院期间每次最多审批2支，门诊治疗每次审批不超过12支，终身只审批48支。

九、血友病

(一) 申报资料

1. 初次申办者须提供近半年内与所申报病种相符合的完整住院病历，待遇期满续办者如无近半年的住院病历，可提供既往与所申报病种相符合的住院病历；

2. 我省三甲级以上定点医院血液科副主任医师以上（含副主任医师）开具的诊断证明及诊疗计划。

(二) 门诊诊疗范围

抗血友病球蛋白（因子Ⅷ）、重组人凝血因子Ⅷ或Ⅸ。

(三) 报销办法

参保人员无须申报，费用先自付，于次年3月31日前持申报资料、购药处方、发票、清单前往市医保经办机构相关科室按比例审核报销费用。

十、再生障碍性贫血

(一) 申报资料

1. 初次申办或待遇期满续办者须提供患者本人近半年的与所申请病种相符合的住院病历或市医保经办机构认定医院的体检资料；

2. 临床资料，包括病史、症状、体征等；

3. 周围血象：血常规、网织红细胞计数等；

4. 骨髓穿刺检查资料；

5. 定点医院血液科副主任医师以上（含副主任医师）签名的治疗计划。

（二）门诊治疗指征

1. 周围血象显示全血细胞减少，网织红细胞计数明显减少；

2. 骨髓象显示粒细和红系细胞减少，淋巴细胞、浆细胞组织嗜碱细胞相对增多，明确提示再生障碍性贫血。

（三）门诊诊疗范围

1. 再生障碍性贫血的药物治疗、输血治疗、抗感染治疗；

2. 治疗期间及治疗后的相关检查。

十一、肝豆状核变性

（一）申报资料

1. 初次申办者须提供近半年内与所申报病种相符合的

完整住院病历，待遇期满续办者如无近半年的住院病历，可提供既往与所申报病种相符合的住院病历，并提供近期的购药处方、发票、清单及门诊病历，并加盖医院公章；

2. 相关的检查资料：铜代谢相关的生化检查，血常规、尿常规、肝功、肾功、肝脏B超、脑影像学检查等；

3. 三级以上定点医院神经内科副主任医师以上（含副主任医师）出具的诊疗计划。

（二）门诊治疗指征

三级以上医院确诊为肝豆状核变性，需长期在门诊治疗的。

（三）门诊诊疗范围

1. 驱铜及阻止铜吸收的药物治疗；
2. 对症治疗的药物治疗。

十二、癫痫

（一）申报资料

1. 初次中办者须提供患者本人近半年内的住院病历，续办者提供市医保经办机构认定医院的体检资料和近期购药处方、发票、清单，并加盖医院公章；

2. 患者具有发作性、短暂性、反复性抽搐，意识丧失，知觉障碍，感觉异常，行为异常，情感异常或内脏症

状，经临床明确诊断、正规治疗两年以上不能控制病情，个人生活需人照顾；

3. 脑电图、头颅 MR、MRS、SPECT 扫描检查支持本病诊断；

4. 定点医院专科主治医师以上（含主治医师）签名的治疗计划或开具的购药处方（须注明所用药物的名称、剂量、服用方法）。

（二）门诊治疗指征

根据上述诊断资料明确诊断为癫痫，需长期门诊维持治疗者。

（三）门诊诊疗范围

1. 抗癫痫的药物治疗及相关的对症治疗；
2. 其他特殊治疗（如伽马刀等）不在此范围。

十三、精神分裂症

（一）申报资料

1. 初次申办或续办者须提供患者本人近半年内的精神专科的住院病历或兰州大学第二医院及兰州市第三人民医院由指定主治医师以上（含主治医师）同时开具的诊断证明；

2. 有关临床资料（包括病史、症状、体征）；

3. 定点医院专科主治医师以上（含主治医师）签名的治疗计划（须注明所用药物的名称、剂量、服用方法）。

（二）门诊治疗指征

符合精神分裂症诊断标准，经住院或门诊系统治疗后仍需长期维持治疗的。

（三）门诊诊疗范围

1. 抗精神病的相关药物；
2. 针对抗精神病药副作用的治疗；
3. 治疗期间的相关检查。

十四、脑血管意外（脑出血、脑梗塞）后遗症期（发病半年以后）

（一）申报资料

1. 初次中办者须提供患者本人初次发病及中办前一月内的与所申请病种相符合的住院病历，待遇期满续办者须提供近三个月内的住院病历（包括头部CT或MRI）。

2. 相关的临床资料，包括病史、症状、体征等；

3. 辅助检查资料：头部CT或MRI；

4. 定点医院相关科室主治医师以上（含主治医师）签名的治疗计划。

（二）门诊治疗指征

1. 有急性脑血管病史，并经头颅CT、MRI明确提示病变部位。

2. 合并下列各项症状之一：

(1) 偏瘫肌力 \leq 3级；

(2) 截瘫肌力 \leq 4级；

(3) 单肢瘫肌力 \leq 3级；

(4) 与脑血管意外相关非肢体瘫的中度以上运动障碍（不能自行进食、大小便、洗漱、翻身和穿衣，但在他人帮助下可以完成）；

(5) 运动性失语、吞咽障碍或智力障碍。

（三）门诊诊疗范围

1. 脑血管疾病及原发疾病的药物治疗；

2. 后遗症及并发症的对症治疗及中医针灸治疗；

3. 后遗症期治疗的相关检查。

十五、强直性脊柱炎

（一）申报资料

1. 初次中办或待遇期满续办者须提供患者本人近一年内的与所申请病种相符合的住院病历或体检资料；

2. 相关的临床资料，包括病史、症状、体征等；

3. 辅助检查资料：X-线片、CT片、HLA-B27及类风湿因

子检查单；

4. 定点医院相关科室主治医师以上（含主治医师）签名的治疗计划。

（二）门诊治疗指征

符合临床标准、1项（及以上）放射学标准和相关实验室检查标准者。

（1）临床标准：

- ①腰痛、晨僵3个月以上，活动改善，休息无改善。
- ②腰椎额状面和矢状面活动受限。
- ③胸廓活动度低于相应年龄、性别正常人。

（2）放射学标准：双侧 \geq Ⅱ级以上或单侧Ⅲ~Ⅳ级骶髂关节炎。

（3）实验室检查标准：HLA-B27阳性，类风湿因子阴性。

（三）门诊诊疗范围

1. 药物治疗及药物不良反应的对症治疗；
2. 疼痛的对症治疗；
3. 治疗期间及治疗期后的相关检查。

十六、重症帕金森氏病

（一）申报资料

1. 初次申办者须提供半年内与所申报病种相符合的住院病历；待遇期满续办者如无近半年的住院病历，可提供既往与所申报病种相符合的住院病历，并提供近期的购药处方、发票、清单及定点医院门诊病历，并加盖医院公章；

2. 患者具有震颤、肌肉强制、运动徐缓、姿势维持障碍等临床症状，对生活有影响或不能自理；

3. 头部CT或MRI扫描等检查排除其他相关疾病；

4. 定点医院专科副主任医师（含副主任医师）以上签名的门诊治疗计划。

（二）门诊治疗指征

根据上述诊断资料明确为重症帕金森氏病，需长期门诊维持治疗者。

（三）门诊诊疗范围

抗震颤麻痹的药物治疗及相关的对症治疗。

十七、心境障碍（情感性精神障碍）

（一）申报资料

1. 初次申办或续办者须提供患者本人近半年内的住院病历或兰州大学第二医院及兰州市第三人民医院由指定主治医师（含主治医师）同时开具的诊断证明；

2. 有关临床资料（包括病史、症状、体征）；

3. 定点医院精神科主治医师以上（含主治医师）签名的治疗计划（须注明所用药物的名称、剂量、服用方法）

。

（二）门诊治疗指征

1. 符合心境障碍诊断标准，经住院或门诊系统治疗后仍需长期维持治疗的，可申请特殊疾病门诊；

2. 器质性精神障碍及焦虑障碍不在此范围。

（三）门诊诊疗范围

1. 抗躁狂或抗抑郁药物治疗；

2. 针对药物副作用的治疗；

3. 治疗期间的相关检查。

十八、冠心病介入治疗术后

（一）申报资料

1. 初次申办或待遇期满续办者必须提供包含介入治疗手术记录在内的完整住院病历；

2. 有关临床辅助检查及治疗经过资料；

3. 冠脉造影、支架、冠脉搭桥术（OPCAB）的影像学资料；

4. 定点医院专科主治医师以上（含主治医师）签名的

治疗；

5. 仅有影像学资料者，必须有定点医院专科副主任医师以上（含副主任医师）签字意见。

（二）门诊治疗指征

近期行支架植入或冠脉旁路移植术，须长期门诊治疗者。

（三）门诊诊疗范围

抗血小板聚集药、调脂药、 β -受体阻滞剂、ACEI类药物、ARB类药物。

十九、慢性心力衰竭（除外肺心病所致）

（一）申报资料

1. 初次中办或待遇期满续办者须提供近半年内与所中办病种符合的完整住院病历；

2. 临床资料：病史（心力衰竭的常见诱因包括：感染、心律失常、血容量增加、过度劳累或情绪激动、治疗不当、原有心脏病变加重或并发其他疾病）症状、体征等；

3. 常规检查：血、尿常规、生化、甲状腺功能；

4. 血浆脑钠肽（BNP）和基末端脑钠肽前体（NT-proBNP）检查：慢性心衰评价标准：NT-proBNP > 2000pg/

mI、BNP > 400pg/ml 时，支持慢性心衰的诊断；心脏彩超或超声心动图（提示有心包、心肌或瓣膜疾病，心房或者心室扩大，左心室射血分数低于55%，无肺动脉高压）、心电图、X 线胸片检查及其他检查；

5. 定点医院专科主治医师以上（含主治医师）签名的治疗计划或开具的购药处方（须注明所用药物的名称、剂量、服用方法），并加盖医院公章。

（二）门诊治疗指征

C期心衰，除外肺心病所致者。

（三）门诊诊疗范围

1. 针对心衰的原发病的治疗；
2. 针对心衰进行的改善血流动力学的药物、延缓心室重构的药物、抗凝和抗血小板治疗的药物；
3. 治疗期间的检查。

二十、心脏瓣膜置换抗凝治疗

（一）申报资料

1. 初次申办者须提供包含心瓣膜置换手术记录在内的完整住院病历；续办者原则上要求提供手术记录在内的住院病历，如因特殊原因（病历丢失且手术时间在 15 年之前的、手术在省外医院做的）无住院病历者，须提供近三

个月的心脏彩超检查单及购药处方、清单、发票，并加盖医院公章；

2. 有关临床辅助检查及治疗经过资料；
3. 有提示瓣膜置换的影像学资料；
4. 定点医院专科主治医师以上（含主治医师）签名的治疗计划。

（二）门诊治疗指征

心脏瓣膜置换术后需要长期口服抗凝药的（特指机械瓣膜置换术后，生物瓣膜置换术不在此范围）。

（三）门诊诊疗范围

1. 抗凝、抗心力衰竭和心律失常、扩血管的治疗；
2. 与该心脏病相关的原发疾病及继发疾病的治疗；
3. 治疗期间及治疗后的相关检查。

二十一、慢性肺源性心脏病

（一）申报资料

1. 初次申办或待遇期满续办者须提供患者本人近半年内的与所申请病种相符合的住院病历或市医保经办机构认定医院的体检资料；

2. 相关的临床资料，包括病史、症状、体征；
3. 辅助检查资料：①须提供能证明存在肺动脉高压及

右心增大的影像学资料（主要为心脏彩超）、心电图、胸片等；②肺功能检查：肺功能显示通气和换气功能障碍；③动脉血气测定：晚期患者低氧血症或高碳酸血症并存；

4. 定点医院呼吸科主治医师以上（含主治医师）签名的治疗计划。

（二）门诊治疗指征

1. 近期症状、体征及X线、实验室检查显示呼吸道感染；

2. 近期症状和体征显示心功能不全；

3. 近期心电图检查显示新近出现的严重心律失常；

4. 稳定期治疗。

（三）门诊诊疗范围

1. 控制感染、平喘、扩张支气管、化痰、止咳药物；

2. 控制心力衰竭和心律失常的治疗；

3. 治疗期间及治疗后的相关检查。

二十二、支气管哮喘（急性发作期）

（一）申报资料

1. 初次中办或待遇期满续办者须提供患者本人近三个月的与所申请病种相符合的住院病历或市医保经办机构认

定医院的体检资料；

2. 临床资料，病史、症状、体征等；
3. 血常规、心电图、影像学资料；
4. 肺功能检查和/或气道反应性测定、动脉血气分析、

支气管舒张试验；

5. 定点医院呼吸科主治医师以上（含主治医师）签名的治疗计划。

（二）门诊治疗指征

1. 近期症状、体征及X线、实验室检查显示哮喘症状反复或加重；

2. 近期肺功能检查显示肺通气功能较前明显减退，气道反应性测定结果较前明显异常（必需的标准）；

3. 支气管舒张实验试验阳性（必需的标准）。

（三）门诊诊疗范围

1. 各种平喘药物（包括气道吸入剂）、控制呼吸道感染药物；

2. 治疗期间相关的检查。

二十三、重型系统性红斑狼疮（SLE）

（一）申报资料

1. 初次申办或待遇期满续办者须提供患者本人近半年

内的与所申请病种相符合的住院病历或市医保经办机构认定医院的体检资料；

2. 临床资料：病史、症状、体征等；

3. 检验资料：血、尿常规，血沉，自身抗体，补体，标志性抗体、免疫球蛋白、生化全项等实验室检查资料；

4. 肾活检资料；

5. 影像学检查资料；

6. 定点医院专科主治医师以上（含主治医师）签名的治疗计划。

（二）门诊治疗指征

1. 癫痫发作、精神异常、脑血管病变；

2. 蛋白尿、血尿、管型尿、血肌酐升高、肾活检组织有活动性病变；

3. 溶血性贫血、血小板减少、白细胞减少；

4. 肺损害：肺间质纤维化、狼疮肺、肺动脉高压等。

（三）门诊诊疗范围

1. 糖皮质激素、免疫抑制剂及抗疟药等药物；

2. 对症治疗的药物；

3. 治疗期间毒、副反应的治疗；

4. 治疗期间的相关检查。

二十四、甲状腺功能亢进症（甲亢）

（一）申报资料

1. 初次申报或续报，须提供完整的临床资料及实验室检查资料；

2. 定点医院相关科室副主任医师以上（含副主任医师）出具的治疗计划。

（二）门诊治疗指征

经二级以上医院确诊的甲状腺机能亢进症，需要在门诊长期治疗。

（三）门诊诊疗范围

1. 甲状腺机能亢进症的药物治疗，核医学治疗，及手术后的维持治疗；

2. 甲状腺机能亢进症的并发症治疗，如：甲亢性心脏病、白细胞减少（含粒细胞缺乏）、甲亢性肝损害、可疑甲亢危象等；

3. 甲状腺机能亢进症治疗期间的相关检查。

二十五、耐药性结核病

（一）申报资料

1. 初次申办者须提供近半年内与所申报病种相符合的完整病历，待遇期满续办者如无近半年的住院病历，可提

供既往与所申报病种相符合的住院病历及近半年门诊相关资料，包括细菌学影像学检查及治疗药物处方发票等。

2. 临床资料，包括病史、症状及体征。

3. 辅助检查资料：结核菌培养及药敏或快速耐药基因检测，胸部影像学资料（胸部CT或X线片）。

4. 由地市级耐药结核病门诊主任开具的诊断证明及诊疗计划。

（二）门诊诊疗范围

1. 一线及二线抗结核药物；
2. 耐药性结核病并发症治疗的相关药物；
3. 治疗期间的相关化验检查。

（三）门诊治疗指征：

经地市级耐药性结核病定点医疗机构确定为耐药性结核病，需要在门诊进行抗结核治疗的患者。

二十六、重症肌无力

（一）申报资料

1. 初次申办者须提供近三月内与所申报病种相符合的住院病历，待遇期满续办者提供既往的与所申报病种相符合的住院病历和近期的门诊病历及市医保经办机构认定医院的体检资料。

2. 相关临床资料，包括病史、症状、体征等。

3. 肝功、肾功、血常规、甲状腺功能、自身抗体、神经肌肉电生理检查、影像学及其他相关的各项检查资料。

4. 定点医院相关科室主治医师以上（含主治医师）诊疗计划。

（二）门诊治疗指征

经二级以上医院确诊为重症肌无力，需要在门诊长期治疗的。

（三）门诊诊疗范围

1. 胆碱酯酶抑制剂
2. 肾上腺皮质激素
3. 免疫抑制剂
4. 防止及治疗并发症的相关药物
5. 治疗期间的相关检查

二十七、椎间盘突出

（一）申报资料

1. 初次申报或待遇期满续办者须提供患者本人近半年内骨科以腰椎间盘突出为诊断的住院病历；

2. 相关的临床资料，包括病史、症状、体征等；

3. 相关检查资料：CT片、核磁共振检查片；

4. 定点医院专科主治医师以上（含主治医师）签名的诊疗计划；

（二）门诊治疗指征

经2级及以上医院确诊为腰椎间盘突出，无法手术治疗或需保守治疗患者。

（三）门诊诊疗范围

1. 药物治疗包括止痛、营养神经等药物；
2. 理疗：包括射频、牵引、中配脉冲、冲击波等治疗。

二十八、包虫病

（一）申报资料

1. 初次中办或待遇期满续办者须提供患者本人近半年内的与所申请病种相符合的住院病历或市医保经办机构认定医院的体检资料；

2. 临床资料：流行病学史、症状、体征等；

3. 检验资料：间接荧光抗体试验或酶联免疫吸附试验抗体阳性；

4. 影像学检查资料；

5. 定点医院专科主治医师以上（含主治医师）签名的治疗计划。

（二）门诊治疗指征

1. 患者居住在或去过包虫病流行区，有牧羊犬接触史；

2. 患者出现如食欲减退、消瘦、贫血、发育障碍、荨麻疹、血管神经性水肿等非特异性表现；或咳嗽、胸痛、咯血、气急症状；

3. 检验酶联免疫吸附试验（ELISA）、胶体金法（渗滤法、层析试条法）等检测包虫病特异性抗体；

4. X线可见：（1）椭圆形阴影；（2）新月体（镰刀征）；（3）双弧影（双弓征）；（4）水上浮莲；（5）张力性空疱；

5. 超声检查显示：包虫囊肿轮廓较清楚，囊壁可见双边结构，或见内外囊壁分离、囊内可见少量低回声颗粒。超声上发现了囊是包虫特异性表现。

（三）门诊诊疗范围

1. 抗包虫药主要包括苯并咪唑类化合物，其中甲苯咪唑、阿苯达唑最为常用。阿苯达唑是首选抗包虫病药物。阿苯达唑 $10\sim 15\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ ，早、晚餐后两次服用；

2. 治疗期间的相关检查。

二十九、慢性盆腔炎及附件炎

(一) 申报资料

1. 初次中办或待遇期满续办者须提供患者本人近三个月的与所申请病种相符合的住院病历或市医保经办机构认定医院的体检资料；

2. 相关的临床资料，包括病史、症状、体征等；

3. 辅助检查资料：血常规、红细胞沉降率、C反应蛋白、阴道分泌物显微镜检查或与性传播感染（sexually transmitted infection、STI）相关的病原微生物检测结果（需氧菌、厌氧菌、病毒和支原体等）、或子宫内膜活检显示有子宫内膜炎的组织病理学证据、或有腹腔镜手术经腹手术描述输卵管表面明显充血、输卵管水肿、输卵管伞端或浆膜层有脓性渗出物等或病理检查结果提示有炎性浸润的组织病理学证据；

4. 影像学资料：经阴道超声检查或MRI检查显示输卵管管壁增厚、管腔积液，可伴有盆腔游离液体或输卵管卵巢包块；

5. 定点医院相关科室主治医师以上（含主治医师）签名的治疗计划。

(二) 门诊治疗指征

1. 在性活跃期女性及其它存在STI风险者，如排除其他病因且满足以下条件之一者，应诊断PID并给予PID经验性

治疗：(1)子宫压痛；(2)附件压痛；(3)宫颈举痛；

2. 伴有下列其中一项者：口腔温度 $\geq 38.3^{\circ}\text{C}$ ；子宫颈或阴道脓性分泌物；阴道分泌物显微镜检查有白细胞增多；红细胞沉降率升高；c反应蛋白水平升高；实验室检查证实有宫颈淋病奈瑟菌或沙眼衣原体感染；子宫内膜活检显示有子宫内膜炎的组织病理学证据；经阴道超声检查或MRI检查显示输卵管管壁增厚、管腔积液，可伴有盆腔游离液体或输卵管卵巢包块。

(三) 门诊诊疗范围

1. 抗菌药物治疗

(1) 静脉药物治疗

(2) 非静脉药物治疗：肌肉注射、口服

2. 中医、中药及物理治疗

注意：妊娠期和哺乳期妇女禁用四环素类及喹诺酮类药物。建议：性伴侣需要同时接受治疗（不在慢病范围内治疗）。

异地就医直接结算政策问答

一、异地就医直接结算有哪些好处？

答：以前参保人员异地就医自己先垫资，再回参保地报销。报销周期长，垫付压力大，个人负担重，往返奔波累。现在：省心、省时、省力、省钱。只需支付个人负担的医疗费用，医保支付费用，由医保经办机构与医院直接结算。

二、哪些参保人员可以办理异地就医直接结算？

答：参加了基本医疗保险的城镇职工，都可以申请异地就医直接结算，目前主要有以下四类人员（序号1-3 类人员统称为异地安置人员）：

1. 异地安置退休人员：指退休后在异地定居并且户籍迁入定居地的人员；
2. 异地长期居住人员：指在异地居住生活的人员；
3. 常驻异地工作人员：指用人单位派驻异地工作的人员；

4. 异地转诊人员：（1）多次检查会诊，仍不能明确诊断的疑难病症患者；（2）因病情需要做某项检查和治疗而本市定点医疗机构无此项业务的；（3）病情严重有必要转异地救治的患者。

三、异地就医直接结算包括住院结算和长期门诊结算吗？

答：目前只有住院医疗费用可以实现直接结算，长期门诊费用暂时不支持。

四、异地就医直接结算具体办理流程怎么走？

答：主要分三步走，第一步先备案，到单位所在辖区县（区）医保经办机构或甘肃省人力资源和社会保障网上办事大厅进行备案；第二步选定点，可登录人社部社会保险网上查询系统（网址：<http://12333.gov.cn>）选择安置地统筹区域内定点医院（备案在北京、天津、上海、重庆、海南和西藏六省（市）的参保人员可以在全省（市）范围内选择直接结算定点医院）；第三步持卡就医，就医人员就医时一定要带上兰州市人力资源和社会保障局发放的社会保障卡，它是异地就医身份识别和直接结算的唯一凭证。

五、在哪里办理异地就医直接结算备案？需要提供什么材料？

答：目前，可通过两种渠道申请备案。一是到兰州市各县（区）医保经办机构窗口办理；二是通过甘肃省人力资源和社会保障网上办事大厅申请网上办理。需要提供以下材料：

1. 异地安置退休人员和异地长期居住人员，提供异地居住证明（户口簿、暂住证、市民证、老年优待证、社区证明、税务登记证、租房合同或劳动合同等）和《兰州市城镇职工异地就医登记备案表》；

2. 驻外工作人员，由单位提供外地分支机构营业执照副本复印件（无营业执照的需提供其单位外派工作人员的正式文件，明确说明外派原因、期限等详实的信息），单位证明和《兰州市城镇职工异地就医登记备案表》；

3. 转诊人员，提供《兰州市城镇基本医疗保险参保人员转诊申请表》。

六、备案后多长时间生效？生效后多长时间可以申请变更？

答：备案后当日生效，生效之日起 12 个月内原则上不得变更。

七、备案后在什么情况下可以申请变更？

答：发生以下情形时应当及时申请变更：

1. 异地居住地发生变化的，必须重新申请登记；
2. 返回兰州市长期居住和工作的，个人提交书面申请，到兰州市各县（区）医疗保险经办机构按规定办理注销异地就医手续。

八、异地就医直接结算是按照什么政策结算？

答：概括起来就十五个字“就医地目录、参保地政策、就医地管理”。

就医地目录是指基本医疗保险的药品目录、诊疗项目和服务设施标准；参保地政策是指参保地的起付线、支付比例和最高支付限额；就医地管理是指就医地经办机构要为异地就医人员提供和本地参保人员相同的服务和管理，包括咨询服务、医疗信息的记录、医疗行为的监控、医疗费用的审核等。

九、异地就医直接结算是否可以实现“一站式”结算？

答：可以实现“基本医疗保险+大额医疗保险”一站式结算，参保人员只结算应个人承担的费用，其它报销费用由医院垫付。

十、参保人员如何获得异地就医的有关信息？

答：在人社部社会保险网上查询系统（网

址：<http://12333.gov.cn>）可以查询，其有五大功能板块（1. 异地定点医疗机构查询；2. 参保人员登记备案情况查询；3. 异地就医经办机构查询；4. 跨省异地就医费用查询；5. 统筹区开通信息查询）。或拨打兰州市12333电话咨询。

注：对于已经完成备案的人员，可以在网站注册，完成实名验证后，即可在线查询本人备案登记和异地就医结算信息。

十一、异地就医备案后必须直接结算吗？

答：原则上已备案人员异地就医时必须通过信息平台直接结算，各级医保经办机构不再受理已备案人员垫付后报销费用，对因特殊情况需要返回手工结报的，要书面说明不能实现直接结算的原因。

兰州市城镇职工生育保险待遇政策规定

一、医疗待遇

生育女职工可以享受的医疗待遇项目有产前检查费、产前疾病筛查、生育、人流、引产、放环、取环、绝育术、输卵管吻合术。产前检查不规定定点医院，在女职工生育后，每个人按定额680元划入社会保障卡上的银行账户。

其他项目的医疗费用在48家定点医院刷卡结算。

二、女职工生育保险待遇支付流程

(一) 参保女职工在定点医院就诊实行刷卡结算。(由个人办理)

1. 住院生育的，须向医院医保办提供社保卡，填报《兰州市职工生育保险〈生育登记服务证〉信息采集表》。

2. 实施人工流产、引产手术、产前疾病筛查、放置或取出宫内节育器等计划生育项目的，须向医院医保办提供

社保卡。

3. 在定点医院刷卡结算的女职工，市医保中心从其就医诊治结算后次月起，将生育津贴和产前检查费划入社保卡、实行按月社会化发放。本人持社保卡、身份证到兰州银行各网点领取津贴。

(二) 异地生育报销须提供资料(由单位经办上报办理)

1. 社保卡复印件。

2. 《兰州市生育保险零星报销信息采集表》。

3. 住院发票原件、住院明细清单、住院病历复印件，包括住院病历首页、入院记录、分娩或手术记录、出院证明。若生育时发生合并症和并发症的，须提供完整病历的复印件(病历复印件和明细清单必须加盖公章)。

4. 异地做唐氏筛查的，须提供发票和化验报告单(化验单为复印件的必须加盖公章)。

(三) 异地实施人工流产术须提供资料(由单位经办上报办理)

1. 社保卡复印件。

2. 《兰州市生育保险零星报销信息采集表》。

3. 门诊病历、门诊诊断证明或门诊回执单，B 超检查

单、尿检单、血检单、门诊发票原件。

(四) 异地实施引产术须提供资料(由单位经办上报办理)

1. 社保卡复印件。
2. 《兰州市生育保险零星报销信息采集表》。
3. 住院发票原件、住院明细清单、住院病历复印件，包括住院病历首页、入院记录、手术记录、出院证明(病历复印件和明细清单必须加盖公章)。

三、2020年兰州市生育保险定点医疗机构

序号	医院名称
1	甘肃省人民医院(产前疾病筛查)
2	甘肃省第二人民医院
3	甘肃省妇幼保健院(产前疾病筛查)
4	兰州大学第一医院(产前疾病筛查)
5	兰州大学第二医院(产前疾病筛查)
6	甘肃省中医药大学附属医院
7	武警甘肃总队医院
8	兰州军区总医院
9	兰州军区总医院安宁分院
10	兰州市妇幼保健院(产前疾病筛查)

11	兰州市第一人民医院
12	兰州市第二人民医院
13	兰州大学第一医院西站院区
14	兰州市安宁区万里医院
15	兰州石化总医院
16	兰州兰石医院
17	兰州市中医院
18	兰州大学第二医院西固医院
19	城关区医院
20	甘肃省红十字会黄河医院
21	长风医院
22	窑街煤电医院
23	兰飞医院
24	中核兰州铀浓缩有限公司职工医院
25	永登县人民医院
26	甘肃玛丽亚妇科医院
27	甘肃仁爱妇产医院
28	中国人民解放军第一医院
29	甘肃省康复中心医院

30	甘肃省人民医院红古分院
31	榆中县第一人民医院
32	皋兰县人民医院
33	兰州市七里河区阿干医院
34	兰州腾达西铁医院
35	兰州时光妇儿医院
36	兰炭医院
37	兰州慈和堂医院
38	榆中县中医院
39	甘肃省人民医院西院区
40	甘肃省第三人民医院
41	兰州连铝总医院
42	安宁区医院
43	甘肃中医药大学附属医院北院
44	永登盛安医院
45	兰州仁和医院
46	榆中县第三人民医院
47	兰州新区中川人民医院
48	永登县妇幼保健所

四、男职工申请护理假津贴

参保男职工可享受生育护理假津贴，用人单位提供男职工社保卡复印件、配偶生育时诊断证明、《兰州市生育保险零星报销信息采集表》，到单位所属县（区）医保经办机构进行申报。（由单位经办上报办理）

五、男职工未就业配偶保险待遇

参保男职工未就业配偶享受生育医疗费用的，用人单位填报提供社保卡复印件、《兰州市生育保险零星报销信息采集表》、住院发票及明细清单、住院病历复印件到兰州市各县（区）医保经办机构进行申报。（由单位经办上报办理）

六、凡是职工因调离或解聘而导致停保的，从调动或解聘之日起停止享受生育保险各项待遇。

七、各项零星报销业务由参保单位经办人员到单位所属县、区的医保经办机构办理。申领有效期为产假结束后六个月之内，逾期不予支付。

八、所需表格均可在兰州市医保中心公共邮箱下载，邮箱号：lzsybj@163.com，密码：4600215。

第二部分

兰州市市直单位国家公务员医疗 补助政策

兰州市市直单位国家公务员 医疗补助政策

一、兰州市直单位医疗补助范围

1、符合《国家公务员暂行条例》和《国家公务员制度实施方案》规定的市直国家行政机关工作人员和退休人员。

2、经省人事厅或市人民政府批准列入依照国家公务员制度管理的市直事业单位的工作人员和退休人员。

3、经省委组织部或市委批准列入参照国家公务员制度管理的市级党群机关，人大、政协机关，各民主党派和工商联机关以及列入参照国家公务员管理的其他单位机关工作人员和退休人员。

4、市级审判机关、检察机关的工作人员和退休人员。

原参加市本级公费医疗管理的事业单位工作人员（含退休人员），可参照本办法，实行医疗补助。具体单位和人员由市人力资源和社会保障、财政部门共同审核确定。

二、兰州市直单位医疗补助筹资标准：

市直单位国家公务员医疗补助筹资标准为参保单位上年度职工工资总额（含退休人员退休金）的4.5%。

三、兰州市直单位公务员医疗补助使用范围

医疗补助经费要专款专用、单独建帐、单独管理，与基本医疗保险基金分开核算。主要用于符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施范围及支付标准的医疗费用补助。

1、住院起付标准的补助：具有正高级专业技术职称并被聘任为正高级专业技术职务的高级知识分子及退休人员，经国务院批准享受政府特殊津贴的专家，省委、省政府批准的兰州市优秀专家，人力资源和社会保障部批准的有突出贡献的中青年专家，正副地级干部及退休人员补助100%；具有副高级专业技术职称并被聘任为副高级专业技术职务的知识分子及退休人员，正副县级干部及退休人员补助90%；其他人员补助80%。

2、住院起付标准以上，基本医疗保险最高支付限额以内政策性白付比例的补助：具有正高级专业技术职称并被聘任为正高级专业技术职务的高级知识分子及退休人员，经国务院批准享受政府特殊津贴的专家，省委、省政府批准的兰州市优秀专家，人力资源和社会保障部批准的有突

做出贡献的中青年专家，正副地级干部及退休人员补助100%；具有副高级专业技术职称并被聘任为副高级专业技术职务的知识分子及退休人员，正副县级干部及退休人员补助90%；其他人员补助80%。

3、基本医疗保险统筹基金支付限额以上，公务员补充医疗保险基金最高支付限额以内的补助：具有正、副高级专业技术职称并被聘任为正、副高级专业技术职务的高级知识分子及退休人员，经国务院批准享受政府津贴的专家，省委、省政府批准的兰州市优秀专家，人力资源和社会保障部批准的有突出贡献的中青年专家，正、副地级干部及退休人员补助100%；其它人员补助97%。

4、住院床位费的补助：具有正高级专业技术职称并被聘任为正高级专业技术职务的高级知识分子及退休人员，经国务院批准享受政府特殊津贴的专家，省委、省政府批准的兰州市优秀专家，人力资源和社会保障部批准的有突出贡献的中青年专家，正、副地级干部及退休人员，对床位费与基本医疗保险服务设施之间的差额最高补助88元；具有副高级专业技术职称并被聘任为副高级专业技术职务的知识分子及退休人员，正、副县级干部及退休人员，对床位费与基本医疗保险服务设施之间的差额最高补助58元；其他人员，对床位费与基本医疗保险服务设施之间的

差额最高补助28元。

5、市直单位公务员使用《甘肃省基本医疗保险药品目录》中乙类药品费用，和使用《甘肃省基本医疗保险支付部分费用诊疗项目目录》发生的费用中个人承担的10%部分，补助80%。

6、按本人缴费工资额（含退休人员退休金）的1.5%补助门诊医疗费，划入个人帐户，年底可视当年结余情况再增划一定比例。

第三部分

兰州市城乡基本医疗保险政策规定

城乡居民基本医疗保险政策

一、参保缴费政策

(一) 参加城乡居民基本医疗保险的人员有：

- 1、农村居民；
- 2、城镇非从业居民（含中小學生、學齡前兒童）；
- 3、各類全日制普通高等學校、科研院所中接收普通高等學歷教育的全日制本專科生、全日制研究生及職業高中、中專、技校學生）；
- 4、靈活就業人員中參加職工基本醫療保險有困難的人員；
- 5、戶籍在蘭州市行政區域外，在我市辦理了《居住證》，或持有蘭州市房產證、住房、租房合同，或持鄉鎮（街道）、村（社區）開具的長期居住證明等證明材料，同時沒有參加其他醫療保險的流動人員及其子女。

(二) 2020年城鄉居民基本醫保個人繳費籌資標準：

2020年每人为250元!

二、基本医保政策

(一) 普通门诊。起付标准为零起付线，报销比例为70%，每人每年度累计报销不超过100元。当年累计报销未达到限额的，跨年度不结转。主要就诊范围为：二级公立定点医疗机构、乡镇卫生院、社区卫生服务中心和符合条件的村卫生所和社区卫生服务站。

(二) 特殊疾病长期门诊。实行按比例报销，年度累计封顶。兰州市城乡居民基本医疗保险特殊疾病长期门诊病种，共四大类16种。

兰州市城乡居民基本医疗保险特殊病长期门诊病种
支付待遇一览表

序号	病种名称	支付 限额	报销 比例	序 号	病种名称	支付 限额	报销 比例
1	慢性肾衰竭 透析治疗	70000元	90%	24	慢性阻塞性 肺气肿及 肺心病	2000元	70%
2	器官移植 抗排异治疗	70000元	70%	25	甲状腺功能 亢进症 (甲亢)	2000元	70%
3	血友病	30000元	70%	26	癫痫	2000元	70%
4	白血病	20000元	70%	27	克山病	2000元	70%

5	再生障碍性贫血	10000元	70%	28	精神分裂症	1440元	70%
6	系统性红斑狼疮	10000元	70%	29	抑郁症	1440元	70%
7	恶性肿瘤放化疗	20000元	70%	30	躁狂症	1440元	70%
8	苯丙酮尿症 (18岁及以下儿童)	14000元	70%	31	心境障碍	1440元	70%
9	脑瘫	10000元	70%	32	器质性精神障碍	1440元	70%
10	乳腺癌或前列腺癌内分泌治疗	7000元	70%	33	精神发育迟缓伴发精神障碍	1440元	70%
11	强直性脊柱炎	5000元	70%	34	抗肿瘤药物治疗及相关检查	1200元	70%
12	重症肌无力	5000元	70%	35	慢性盆腔炎及附件炎	1000元	70%
13	慢性肾功能不全(非透析阶段)	4500元	70%	36	原发性高血压(有合并症者)	2000元	70%
14	失代偿期肝硬化	4500元	70%	37	椎间盘突出	1000元	70%

政策指南 | 兰州市基本医疗保险

15	恶性肿瘤膀胱灌注化疗	3600元	70%	38	包虫病	1000元	70%
16	心脏病并发心功能不全	3500元	70%	39	普通肺结核	2000元	70%
17	肝豆状核变性	3000元	70%	40	大骨节病	3000元	70%
18	聚乙二醇干扰素治疗（仅限于丙型肝炎）	23000元	70%	41	布鲁氏菌病	3000元	70%
19	脑血管意外（脑出血、脑梗塞）后遗症期	3000元	70%	42	黑热病	2000元	70%
20	慢性活动性肝炎	3000元	70%	43	克汀病	2000元	70%
21	糖尿病并发症	3000元	70%	44	氟骨病	2000元	70%
22	耐药性结核病	3000元	70%	45	砷中毒	2000元	70%
23	类风湿性关节炎（活动期）	2000元	70%	46	疟疾	2000元	70%

以上46种特殊病种纳入城乡居民基本医疗保险长期门诊

病种报销范围，相关病种的门诊检查费、治疗费、药品费和其他符合要求的费用纳入基本医保报销，中报长期门诊后患者需签订定点医疗机构并打印《兰州市城乡居民基本医疗保险特殊疾病长期门诊治疗审批单》，否则将无法报销。

（三）住院部分

2019年4月4日起，全市所有城乡居民参保患者住院统筹报销比例为一级医疗机构85%、二级医疗机构80%、三级乙等医疗机构70%、三级甲等60%；重大疾病支付限额70%；分级诊疗病种市级和县级70%、乡级80%；乙类药品和诊疗项目，患者先自付10%后，按比例进行报销。2019年7月1日起，取消了各类人员提高比例和免起付线的优惠政策。

住院报销政策 (单位：元)			
医疗机构级别	起付标准	报销比例	年度累计报销封顶线 (不含51种重大疾病)
一级医疗机构	200	85%	40000
二级医疗机构	400	80%	40000
三级乙等 医疗机构	1000	70%	40000
三级甲等 医疗机构	2400	60%	40000

★患者在一个参保年度内多次住院，从第二次住院起，起付标准（原级别标准）依次递减20%，但递减不得低于原标准的50%。

★分级诊疗病种不设起付线，执行按比例报销，患者住院自付部分不得超过规定限额，但需严格执行转诊转院制度。对于符合分级诊疗病种诊断但未按照规定办理转诊手续的患者产生的医疗费用，在医保结算标准为三甲的医保定点医疗机构按分级诊疗病种定额标准的30%报销，三乙的医保定点医疗机构按照50%报销。对不符合分级诊疗病种诊断的参保患者自主选择定点医疗机构住院发生的医疗费用正常报销。

★重大疾病住院医疗费用实行病种限额报销，不设起付线，报销比例70%，报销费用超过规定限额，且不计入患者当年城乡居民医保封顶线计算基数。

★对参保人员在生产生活中发生意外伤害、无他方责任和他方赔偿的；因见义勇为或执行救灾救援等公益任务而负伤的，纳入城乡居民医保支付范围。

★参保人员在各级定点医疗机构使用中药（包括中成药、中药饮片和经省卫生厅批准的院内制剂）、中医诊疗项目，报销比例在现行规定的基础上再增加10个百分点。对现行《国家基本药物目录》中的中成药、中药饮片和国家

中医药管理局确定以治疗为目的的中医药适宜技术、《兰州市地产中草药治疗常见病多发病中药材目录》，均纳入门诊和住院甲类报销范围。

★按照卫生部、人力资源和社会保障部、民政部、财政部、中国残联等五部门《关于将部分医疗康复项目纳入基本医疗保险范围的通知》（卫农卫发〔2010〕80号），将9类残疾人康复项目，纳入基本医保支付范围。按照《关于转发〈人力资源和社会保障部、卫生和计划生育委员会、民政部、财政部和中国残联关于新增部分医疗康复项目纳入基本医疗保险支付范围的通知〉的通知》（甘人力资源和社会保障通〔2016〕200号）文件，新增20种康复项目，纳入基本医保支付范围。

三、城乡居民基本医疗保险对建档立卡农村贫困人口的优惠政策

（一）农村建档立卡贫困人口参保全覆盖，全部纳入基本医疗保险、大病保险和医疗救助等制度保障范围。

（二）建档立卡贫困人口在各级定点医疗机构住院，政策范围内费用报销比例比普通人群提高5个百分点。

（三）推行“一站式”即时结报。从2018年6月1日起，全市城乡参保居民在各定点医疗机构就诊发生的政策范围内费用，相关部门要在定点医疗机构结算窗口提供基

本医保、大病保险和医疗救助“一站式”即时结报服务，患者出院时只交个人白付费用。

四、大病保险政策

（一）全省参保的城乡居民政策范围内住院及门诊慢性特殊疾病费用按现行基本医保政策规定报销后，个人白付政策范围内医疗费用超过起付线5000元以上的部分作为补偿基数，纳入大病保险报销范围，报销比例分段递增。补偿基数为：0—1万元（含1万元）报销60%；1—2万元（含2万元）报销65%；2—5万元（含5万元）报销70%；5—10万元（含10万元）报销75%；10万元以上报销80%。

（二）大病保险对城乡居民贫困人口执行倾斜保障政策。全省参保的农村建档立卡贫困人口、城乡低保、特困供养人员，住院及门诊慢性特殊疾病费用按现行基本医保政策规定报销后，个人白付政策范围内医疗费用超过起付线2500元以上的部分作为补偿基数，纳入大病保险报销范围，按比例分段递增报销。补偿基数为：0—1万元（含1万元）报销65%；1—2万元（含2万元）报销70%；2—5万元（含5万元）报销75%；5—10万元（含10万元）报销80%；10万元以上报销85%。

（三）将无第三方责任人的意外伤害纳入大病保险资金补偿范围，最高补偿2万元。

“两病”政策问答

一、什么是两病？

高血压、糖尿病，简称“两病”。

二、哪些人员可以享受“两病”门诊报销政策？

（一）参保的兰州市城乡居民。

（二）未办理过高血压、糖尿病长期门诊。

（三）需要长期服药。

三、哪些药物可以在“两病”门诊购买并报销？

最新版国家基本医疗保险药品目录内降压药、降糖药。

四、如何办理“两病”门诊？

参加兰州市城乡居民基本医疗保险的参保人员中，虽然未发生靶器官损害，但确诊为高血压或糖尿病，需要长期规范门诊药物治疗的，经二级及以上定点医疗机构确诊，申请办理“两病”门诊用药专项保障，由医保经办机构审核确认后，纳入“两病”门诊用药保障范围。

五、“两病”门诊患者如何就医？

按照就近、方便的原则，患者自主选择1家二级及以下公立医院、社区卫生服务中心（乡镇卫生院）或公立的社区卫生服务站（村卫生室）。

六、“两病”门诊患者费用如何报销？

（一）本地参保患者发生的“两病”门诊药品费用在定点医院直接刷卡结算。

（二）异地就医备案人员发生的“两病”门诊药品费用先由本人垫付，原则上每半年报销一次，“两病”参保患者于每年6月底前和12月底前将费用资料送至所在县区医保局进行报销。

七、“两病”患者如何享受报销政策？

不设起付钱，报销比例为50%；每人每年度高血压支付限额400元，糖尿病支付限额800元，同时合并高血压和糖尿病的支付限额1200元，支付年限均为5年。

八、哪些费用“两病”门诊不予报销？

（一）在非定点医院购药产生的费用不予报销。

（二）购买“两病”病种以外药品产生的费用不予报销。

（三）住院期间发生了“两病”门诊药品费用不予报

销。

（四）异地备案患者在异地非当地定点医院及零售药店发生的“两病”门诊药品费用不予报销。

九、注意事项。

（一）缴费中断重新参保的“两病”人员应当重新办理。

（二）患“两病”但未进行申报或者未达到“两病”确诊标准的参保人员，可按照城乡居民基本医疗保险普通门诊每年度100元政策报销。

（三）“两病”参保人员如需变更定点医院，由新选定门诊购药的定点医院负责完成变更申请。

（四）“两病”门诊用药支付限额有效期为当年参保年度，跨年作废。

（五）“两病”门诊人员应进一步检查诊疗、诊疗发现病情有加重可按相关要求申请长期门诊，不再同时享受“两病”门诊。

第四部分

其他

2020年兰州市医保扶贫政策25问

一、参保如何办？

1. 为什么要参加城乡居民基本医疗保险？

（1）城乡居民基本医疗保险是个人和家庭防止因病返贫致贫的重要措施，只有参加基本医疗保险，住院医疗费用才能按照基本医保、大病保险和医疗救助政策进行报销，看病负担才能大幅减轻。

（2）基本医疗保险是国家为居民提供的社会保障之一，保险基金大部分由国家财政补贴，个人缴费不足三分之一，如2020年个人缴费250元，国家补助至少520元。只有参加城乡居民基本医疗保险，才能充分享受国家的好政策。

2. 城乡居民基本医疗保险的参保范围是哪些？

（1）农村和城镇非从业居民（含中小學生、学龄前儿童）；

（2）各类全日制普通大中专学生；

- (3) 办理了当地居住证的人员；
- (4) 国家和省市规定的其他人员。

3. 城乡居民如何参加基本医疗保险？

(1) 城乡居民首先在户籍所在地（居住证办理地）乡镇人民政府或社区，持身份证（居住证）或户口簿进行参保登记，再到税务部门委托的代征银行（农业银行、农信社等）的网点进行缴费，也可以通过手机APP、微信公众号等方式进行缴费。

(2) 异地参保的，按照“在哪参保、在哪缴费”的原则，到居住地登记缴费。

4. 城乡居民参保后什么时间享受基本医疗保险待遇？

原则上应当在上一年度年底前缴纳下一年度参保费用。缴费后，次年1月1日至12月31日期间发生的医疗费用可按规定进行报销。

5. 新生儿如何参保？

当年出生的新生儿，监护人应自出生之日起90天内办理参保登记并缴纳医保费用，按政策规定享受医保报销待遇。

6. 建档立卡贫困人口在参保缴费方面享受哪些资助政策？

- (1) 对城乡特困供养人员（含孤儿）、农村一类低保

对象、城市低保全额保障对象，参加基本医疗保险的个人缴费部分，由国家全额资助、全部代缴。

(2) 对建档立卡贫困人口、农村二三四类低保对象、城市低保差额保障对象，参加基本医疗保险的个人缴费部分，国家按照每人不低于50元的标准给予定额资助。

二、有病怎么看？

7. 是不是在任何医院看病都可以报销？

不是。只有在各地区医保定点医疗机构就诊才可以报销。我省各级定点医疗机构可以通过各地医保经办服务大厅，各地医保局网站、微信公众号等进行查询。

8. 城乡居民参保人员应该如何就诊？

(1) 城乡居民参保人员根据病情应首选到所在地村卫生室、乡镇卫生院、社区卫生服务中心、县级医院就诊。

(2) 因病情需转诊到上级医院治疗的，应按卫生健康部门分级诊疗规定办理转诊手续。级别越高的医院，报销比例越低。

(3) 没有办理转诊手续，直接到上级医院或省外就医的，将会降低报销比例。

9. 如何按政策异地就医？

(1) 城乡居民因异地长期生活居住、务工就业创业、上学、异地转诊等原因，需要到本市州以外或外省住院治

疗的，应在参保地县区医保局办理异地就医备案手续，备案后可持社保卡到异地就医，出院时凭社保卡直接结算，只需缴纳个人自付部分。

(2) 未备案而自行到外地就医的，不享受异地就医直接结算政策，需持住院手续及票据到参保地县区医保局，按当地规定办理报销手续。

10. 能否在异地药店和医院门诊刷卡直接结算？

目前，由于我省各地区医保门诊结算信息系统还未实现全省和全国的互联互通，在异地的药店购药和医院门诊还不能实现刷卡直接结算。

三、费用报多少？

11. 建档立卡贫困人口住院享受哪些医保倾斜照顾政策？

(1) 建档立卡贫困人口住院发生的政策范围内医疗费用，基本医保报销比例比普通居民高5个百分点。

(2) 经基本医保报销后，个人自付超过2500元以上的部分，大病保险按照65%-85%的比例再次给予报销，与普通居民相比，起付线低2500元，报销比例高5个百分点。

(3) 对于城乡特困供养人员（含孤儿）、城乡低保对象、建档立卡贫困人口经基本医保、大病保险报销后剩余的个人自付部分，按照不低于70%的比例给予医疗救助。

12. 贫困人口可以享受重特大疾病医疗救助的53种病种是哪些？

序号	重特大疾病名称
1	急性早幼粒白血病
	儿童低危急性淋巴细胞白血病
	儿童中高危急性淋巴细胞白血病
2	儿童单纯性先天性心脏病
	儿童复杂性先天性心脏病
3	中重度传导性神经性耳聋（视觉植入，听力重建）
4	乳腺肿瘤（四级手术）包括普通放、化疗
5	宫颈肿瘤（四级手术）包括普通放、化疗
6	重性精神病（神经分裂症、躁狂症、焦虑症、抑郁症、强迫症、创伤后应急障碍、脑器质性精神障碍、精神发育迟滞）
7	血友病
8	慢性粒细胞白血病
9	肺部肿瘤（四级手术）包括普通放、化疗
10	食道肿瘤（四级手术）包括普通放、化疗

11	胃部肿瘤(四级手术)包括普通放、化疗
12	急性心肌梗速(介入)
13	脑梗死
	脑出血
14	结肠肿瘤(四级手术)包括普通放、化疗
15	直肠肿瘤(四级手术)包括普通放、化疗
16	儿童脑瘫
17	肝肿瘤(器官移植除外)(四级手术)包括普通放、化疗
18	胰腺肿瘤(四级手术)包括普通放、化疗
19	恶性淋巴瘤包括普通放、化疗
20	胆囊恶性肿瘤(四级手术)包括普通放、化疗
	胆管恶性肿瘤(四级手术)包括普通放、化疗
21	多器官功能障碍综合征(MODS)
22	肝硬化(失代偿期)
23	急性重症胰腺炎
24	甲状腺肿瘤(四级手术)包括普通放、化疗

25	卵巢恶性肿瘤(四级手术)包括普通放、化疗
26	脑肿瘤(四级手术)包括普通放、化疗
27	前列腺肿瘤(四级手术)包括普通放、化疗
28	骨与软组织恶性肿瘤(四级手术)包括普通放、化疗
29	子宫内膜恶性肿瘤(四级手术)包括普通放、化疗
30	先天性心脏病(成人)(四级手术)
31	膀胱肿瘤(四级手术)包括普通放、化疗
32	主动脉夹层和主动脉瘤(介入)
	单侧下肢动脉硬化闭塞症(介入)
	下肢静脉血栓形成和/或合并肺栓塞(介入)
33	极低出生体重儿
34	超极低出生体重儿
35	重症肺炎
36	休克
37	儿童哮喘持续状态

38	妊娠期高血压疾病(子痫前期重度)
39	产后出血(介入手术)
40	胎盘植
	完全性前置胎盘
41	急性肾功能衰竭
	慢性肾功能衰竭
42	艾滋病机会性感染(感染性发热;单纯疱疹、带状疱疹;感染性腹泻;口腔/食道念珠菌病;结核病;播散性非结核分枝杆菌病;败血症;细菌性肺炎;肺孢子虫肺炎;马尔尼菲青霉菌感染;巨细胞病毒性视网膜炎;脑弓形虫病;隐球菌性脑膜炎)
43	肾脏肿瘤(四级手术)包括普通放、化疗
44	妊娠期血小板减少症
45	人工关节置换术(单例)
46	病毒性脑炎(重症)
47	化脓性脑膜炎(重症)
48	耳鼻咽喉及头颈部恶性肿瘤(四级手术)包括普通放、化疗

49	肾上腺肿瘤(四级手术)包括普通放、化疗
50	新生儿先天性消化道畸形
51	慢性肾衰透析(门诊透析参照住院救助标准实行医后救助)
52	器官移植抗排异(门诊救助参照住院救助标准实行医后救助)
53	结核性脑膜炎

13. 什么是政策范围内医疗费用？

《甘肃省基本医疗保险药品目录》《甘肃省基本医疗保险诊疗项目目录》《甘肃省医疗服务设施目录》三个目录中，以下三类费用为政策范围内医疗费用，基本医保按政策标准给予报销。其它医疗费用不予报销。

- (1) “甲类目录”的费用；
- (2) “乙类目录”费用的90%；
- (3) 部分药品、医用材料、诊疗项目、医疗服务设施(床位费)符合相关规定支付标准的费用。

14. 不能享受医保报销政策的情形有哪些？

- (1) 非定点医疗机构就医以及非定点零售药店购药；
- (2) 自杀、自残的(精神病除外)；
- (3) 斗殴、酗酒、吸毒等行为所致伤病的；

(4) 工伤、交通事故、意外事故、医疗事故等明确由他方负责的;

(5) 出国出境就医的;

(6) 各种预防、保健、美容、健美、医疗鉴定、不育(孕)症、性功能障碍等治疗的;

(7) 按有关规定不予补偿的其他情形。

四、报销怎么办?

15. 如何享受“一站式”即时结报?

城乡居民参保人员在定点医疗机构住院治疗发生医疗费用,在参保地市域内定点医疗机构住院治疗的,基本医保、大病保险、医疗救助“一站式”即时结报,患者出院时只缴纳个人自付部分。

16. 纳入城乡居民基本医保的46种门诊慢特病有哪些?

I类(7种):慢性肾衰竭透析治疗,器官移植抗排异治疗,血友病,白血病,再生障碍性贫血,系统性红斑狼疮,恶性肿瘤放化疗;

II类(10种):苯丙酮尿症(18岁及以下儿童),脑瘫,乳腺癌或前列腺癌内分泌治疗,强直性脊柱炎,重症肌无力,慢性肾功能不全(非透析阶段),失代偿期肝硬化,恶性肿瘤膀胱灌注化疗,心脏病并发心功能不全,肝豆状核变性;

Ⅲ类（20种）：聚乙二醇干扰素治疗（仅限于丙型肝炎活动型肝炎），脑血管意外（脑出血、脑梗塞）后遗症期，慢性活动性肝炎，糖尿病伴并发症，耐药性结核病，类风湿性关节炎（活动期），慢性阻塞性肺气肿及肺心病，甲状腺功能亢进症（甲亢），癫痫，克山病，精神分裂症，抑郁症，躁狂症，心境障碍，器质性精神障碍，精神发育迟缓伴发精神障碍，抗肿瘤药物及相关检查，慢性盆腔炎及附件炎，大骨节病，布鲁氏菌病；

Ⅳ类（9）：原发性高血压（有合并症者），腰椎间盘突出，包虫病，普通肺结核，黑热病，克汀病（成人为二度以上甲状腺肿大），氟骨病，砷中毒，疟疾；

17. 如何办理门诊慢病卡？

如果患有上述46种门诊慢特病，患者应经当地县级及以上医院确诊后，符合条件的，当地县区医保局应及时办理门诊慢病卡；同时乡村两级医生、驻村干部应当对辖区内贫困人口进行摸排，对发现的慢特病患者，积极协助联系当地医保局，对符合政策的办理门诊慢病卡。各地区医保部门具体联系方式请登录甘肃省医疗保障局网站（网址：<http://ylbz.gansu.gov.cn/>）查询；

18. 如何享受门诊慢特病报销政策？

已领取门诊慢病卡的参保居民，可以享受如下报销政

策：不设起付线，在年度限额内按比例报销，超过年度限额的部分不予报销。支付限额及报销比例如下：

类别	序号	病种	待遇支付年限	支付限额	报销比例
I类 (7种)	1	慢性肾衰竭透析治疗	5	70000	90%
	2	器官移植抗排异治疗	5	70000	70%
	3	血友病	10	30000元	70%
	4	白血病	2	20000元	70%
	5	再生障碍性贫血	5	10000元	70%
	6	系统性红斑狼疮	10	10000元	70%
	7	恶性肿瘤放化疗	1	20000元	70%
II类 10种	8	苯丙酮尿症（18岁及以下儿童）		14000元	70%
	9	脑瘫	5	10000元	70%
	10	乳腺癌或前列腺癌内分泌治疗	5	7000元	70%

II类 10种	11	强直性脊椎炎	3	5000 元	70%
	12	重症肌无力	5	5000 元	70%
	13	慢性肾功能不全（非透析阶段）	2	4500 元	70%
	14	失代偿期肝硬化	2	4500 元	70%
	15	恶性肿瘤膀胱灌注化疗	2	3600 元	70%
	16	心脏病并发心功能不全	2	3500 元	70%
	17	肝豆状核变性	10	3000 元	70%
III类 20种	18	聚乙二醇干扰素治疗（仅限于丙型肝炎）	1	23000 元	70%
	19	脑血管意外（脑出血、脑梗塞）后遗症期	3	3000 元	70%
	20	慢性活动性肝炎	3	3000 元	70%
	21	糖尿病伴并发症	10	3000 元	70%
	22	耐药性结核病	1	3000 元	70%

III类 20种	23	类风湿性关节炎（活动期）	3	2000元	70%
	24	慢性阻塞性肺气肿及肺心病	1	2000元	70%
	25	甲状腺功能亢进症（甲亢）	2	2000元	70%
	26	癫痫	2	2000元	70%
	27	克山病	1	2000元	70%
	28	精神分裂症	5	1440元	70%
	29	抑郁症	5	1440元	70%
	30	躁狂症	5	1440元	70%
	31	心境障碍	5	1440元	70%
	32	器质性精神障碍	5	1440元	70%
	33	精神发育迟缓伴发精神障碍	5	1440元	70%
	34	抗肿瘤药物治疗及相关检查	5	1200元	70%

III类 20种	35	慢性盆腔炎及附件炎	1	1000 元	70%
	36	大骨节病	5	3000 元	70%
	37	布鲁氏菌病	2	3000 元	70%
IV类 9种	38	原发性高血压（有合并症者）	10	2000 元	70%
	39	椎间盘突出	1	1000 元	70%
	40	包虫病	1	1000 元	70%
	41	普通肺结核	1	2000 元	70%
	42	黑热病	5	2000 元	70%
	43	克汀病（成人为二度以上甲状腺肿大）	5	2000 元	70%
	44	氟骨病	5	2000 元	70%
	45	砷中毒	5	2000 元	70%
	46	疟疾	2	2000 元	70%

19. 高血压、糖尿病（以下简称“两病”）患者如何享受门诊报销政策？

经二级（或县级）及以上定点医院确诊的“两病”参保患者，纳入“两病”门诊用药专项报销范围，主要由乡镇卫生院、村卫生室负责用药保障。高血压用药年度报销限额为400元，糖尿病用药年度报销限额为800元，合并高血压和糖尿病用药年度报销限额为1200元。

20. 什么是国家谈判药品？

国家谈判药品是由国家集中组织谈判确定的药品，药价大幅度降低，且纳入医保报销范围。目前共有118种谈判药品，包括：艾普拉唑、甘草酸单铵半胱氨酸氯化钠、精氨酸谷氨酸、阿卡波糖、艾塞那肽、利拉鲁肽、利司那肽、达格列净、恩格列净、卡格列净、麦格司他、司来帕格、重组人组织型纤溶酶原激酶衍生物、重组人尿激酶原、重组人凝血因子Ⅷa、罗沙司他、羟乙基淀粉130/0.4电解质、多种油脂脂肪乳(C6~24)、复方氨基酸(18AA-V-SF)、重组人脑利钠肽、波生坦、利奥西呱、马昔腾坦、托伐普坦、阿利沙坦酯、沙库巴曲缬沙坦、奥曲肽、奈诺沙星、吗啉硝唑氯化钠、泊沙康唑、贝达喹啉、德拉马尼、丙酚替诺福韦、艾尔巴韦格拉瑞韦、来迪派韦索磷布韦、索磷布韦维帕他韦、艾考恩丙替、重组细胞因子基因衍生

蛋白、雷替曲塞、阿扎胞苷、西妥昔单抗、贝伐珠单抗、尼妥珠单抗、曲妥珠单抗、帕妥珠单抗、信迪利单抗、拉帕替尼、厄洛替尼、阿法替尼、奥希替尼、安罗替尼、克唑替尼、塞瑞替尼、阿来替尼、培唑帕尼、阿昔替尼、索拉非尼、瑞戈非尼、舒尼替尼、阿帕替尼、呋喹替尼、吡咯替尼、尼洛替尼、伊布替尼、维莫非尼、芦可替尼、伊沙佐米、培门冬酶、奥拉帕利、重组人血管内皮抑制素、西达木胺、氟维司群、硫培非格司亭、重组人干扰素 β -1b、托法替布、特立氟胺、依维莫司、阿达木单抗、英夫利西单抗、利多卡因、喹硫平、帕罗西汀、尤瑞克林、乌美溴铵维兰特罗、茚达特罗格隆溴铵、奥马珠单抗、他氟前列素、地塞米松、康柏西普、阿柏西普、雷珠单抗、地拉罗司、司维拉姆、碳酸镧、钆特醇、芪黄通秘软胶囊、冬凌草滴丸、痰热清胶囊、金花清感颗粒、麻岑消咳颗粒、射麻口服液、参乌益肾片、芪黄颗粒、注射用益气复脉(冻干)、八味芪龙颗粒、杜蛭丸、脑心安胶囊、芪丹通络颗粒、芪芍通络胶囊、西红花总苷片、注射用丹参多酚酸、血必净注射液、银杏内酯注射液、银杏二萜内酯葡胺注射液、复方黄黛片、食道平散、参一胶囊、注射用黄芪多糖。

21. 参保患者如何享受国家谈判药品门诊报销政策？

(1) 参保患者门诊使用谈判药品，实行“事前审核备案”，即在指定医疗机构由指定责任医师审核并开具处方后，可在指定医疗机构或指定零售药店购买谈判药品，然后持有关票据和手续到参保地县区医保局，按当地政策规定办理报销手续。

(2) 当地定点医药机构谈判药品种类不全的，可在全省任何一家谈判药品定点医药机构按规定购买谈判药品。

(3) 全省谈判药品定点医药机构名单可在甘肃省医疗保障局网站“医保扶贫政策问答”栏目查询。

22. 医保电子凭证是什么？

甘肃省医保电子凭证是全省参保居民进行医保结算的电子身份凭证。激活后，参保人员可以通过扫码或“刷脸”进行看病就医和购药，无需再携带其他实体卡。

23. 如何激活医保电子凭证？

方式一：登录甘肃省医疗保障局微信公众号“医保服务”栏目，按照制定操作进行激活；

方式二：下载安装“国家医保服务平台”手机APP，通过实名注册认证激活。

24. 哪些行为属于欺诈骗取医疗保障基金的行为？

(1) 定点医疗机构及其工作人员的欺诈骗保行为：

① 虚构医药服务，伪造医疗文书和票据，骗取医疗保

障基金的：

②为参保人员提供虚假发票的；

③将应由个人负担的医疗费用记入医疗保障基金支付范围的；

④为不属于医疗保障范围的人员办理医疗保障待遇的；

⑤为非定点医药机构提供刷卡记账服务的；

⑥挂床住院的；

⑦串换药品、耗材、物品、诊疗项目等骗取医疗保障

基金支出的；

⑧定点医疗机构及其工作人员的其他欺诈骗保行为。

(2) 定点零售药店及其工作人员的欺诈骗保行为：

①盗刷医疗保障身份凭证，为参保人员套取现金或购买营养保健品、化妆品、生活用品等非医疗物品的；

②为参保人员串换药品、耗材、物品等骗取医疗保障基金支出的；

③为非定点医药机构提供刷卡记账服务的；

④为参保人员虚开发票、提供虚假发票的；

⑤定点零售药店及其工作人员其他欺诈骗保行为。

(3) 参保人员的欺诈骗保行为：

①伪造假医疗服务票据，骗取医疗保障基金的；

②将本人的医疗保障凭证转借他人就医或持他人医疗保障凭证冒名就医的；

③非法使用医疗保障身份凭证，套取药品耗材等，倒买倒卖非法牟利的；

④涉及参保人员的其他欺诈骗保行为。

(4) 涉及医疗保障经办机构工作人员的欺诈骗保行为：

①为不属于医疗保障范围的人员办理医疗保障待遇手续的；

②违反规定支付医疗保障费用的；

③涉及经办机构工作人员的其他欺诈骗保行为。

25. 发现欺诈骗保行为后应该怎么办？

(1) 发现欺诈骗保行为，可通过举报电话、网站、微信等渠道，向各级医疗保障部门举报；

(2) 经查证属实的举报，可予奖励，奖励金额依据举报所属类别和涉案金额等因素确定。

兰州市医保行政机关政策咨询 及投诉举报电话

序号	单位名称	联系电话
1	兰州市医疗保障局	0931-8460368
2	城关区医疗保障局	0931-8413061
3	七里河区医疗保障局	0931-2655664
4	安宁区医疗保障局	0931-7603058
5	西固区医疗保障局	0931-7533832
6	永登县医疗保障局	0931-6414532
7	榆中县医疗保障局	0931-5223005
8	皋兰县医疗保障局	0931-5723035
9	兰州新区民政司法和社会保障局	0931-8259941
10	兰州新区中川园区公共服务局	0931-8257387
11	兰州新区秦川园区公共服务局	0931-8255264
12	兰州新区西岔园区公民政和 社会保障局	0931-6839516

兰州市医保经办机构政策咨询 及经办服务电话

序号	医保经办机构	咨询电话
1	社会保障查询电话	0931-12333
2	兰州市医保服务中心	0931-4600929
3	城关区医保服务中心	0931-8413061
4	七里河区医保服务中心	0931-2601324
5	安宁区医保服务中心	0931-7661380
6	西固区医保服务中心	0931-7535586
7	红古区医保服务中心	15719318359
8	榆中县医保服务中心	0931-5225859
9	永登县医保服务中心	0931-6412152
10	皋兰县医保服务中心	0931-5722345

以人民为中心

以健康为根本

——习近平



兰州市医疗保障局公众号

医疗**保险**进万家 政府**关爱**你我他