

大家好，很高兴见到大家，咱们这期内容就来讲解一下，居民医保取消了个人账户，普通门诊还如何报销呢？

对于缴纳居民医保的人员来说，在医保个人账户取消之后，咱们还能不能享受门诊报销的待遇呢？如果能够报销的话，报销比例又是多少呢？



根据各地的居民医保政策来说，在居民医保个人账户取消之后，咱们的门诊报销待遇是没有取消的，比如烟台的规定，对于参保人员因多发病、常见病在签约基层定点医疗机构门诊就医时，所产生的符合规定的医疗费用是可以报销50%的，不过每年的最高支付限额并不是很多。

再比如济南的医保报销比例，也是50%的标准，不过参保人员必须是在定点社区卫生服务机构或者乡镇卫生院就医才能够报销，在一个年度之内，门诊报销待遇最高限额是500元，没有起付标准的设置，另外对于5种慢性病的常用药，当地也能免费领取，不过一年之内最高领取的医药金额累计不能超过80元，超过之后就该按照普通的门诊规定进行报销了。



由以上两个地区来说，当地的居民医保还是可以报销的，不过报销范围和金额都是比较小的，比如咱们必须要在社区卫生服务中心、乡镇卫生院就医的情况下，才可以使用医保门诊报销的待遇，在二级或者三级医疗机构就医的情况下，就只能住院才能报销了，普通的门诊费用是无法报销的。



就目前来说，各地的居民医保报销比例还是比较高的，在二级医疗机构就医的，报销比例最高都是在70%左右的，而在三级医疗机构就医的，报销比例最高都是55%左右，如果咱们的住院花费比较高，对于部分费用还有更高的报销待遇等等，但具体的标准咱们要以当地规定为准。

不知道大家看完上面的内容，有什么看法呢？如果您有不懂的地方，可以在下面的评论区留言咨询哦，感谢您的支持！