

近期有不少市民咨询职工医保普通门诊的报销政策，为此，市医保局专门进行了解答：首先，我们要搞清楚“起付标准”“最高支付限额”“支付比例”这三个名词是什么意思。

起付标准：

也称“起付线”“门槛费”，是指参保人员在享受医疗费用报销之前需要自己支付的费用。门诊起付线是以一个年度累计计算的，并不是每次都要超过起付线才能报销。

最高支付限额：

也称“封顶线”，是指一个年度内医保基金支付参保人员医疗费用的上限。超出限额以上的医疗费用，医保基金不再支付。

支付比例：

也称“报销比例”，是指起付标准以上最高支付限额以下，医保基金对参保人员医疗费用的报销比例。

职工医保参保人员发生普通门诊（急诊）医疗费用统筹基金支付规定如下：

一、在职职工在本市职工门诊统筹定点医疗机构发生的政策范围内普通门诊费用，医保基金年度起付标准为1000元，支付限额为4000元，在社区卫生服务中心（乡镇卫生院）、市（县）级及其他医疗机构、省级医疗机构普通门诊支付比例分别为60%、55%、50%；

退休人员年度起付标准为800元，支付限额为5000元，各级医疗机构的支付比例在在职职工的基础上分别提高5个百分点。

二、参保人员住院期间发生的普通门诊费用，普通门诊统筹基金不予支付，不计入普通门诊费用累计范围。

三、普通门诊医疗费用不纳入大病保险、医疗救助基金支付范围。市医保局提醒广大市民，医院就诊后，一定要记得带上社保卡或医保电子凭证去医保结算窗口才可进入累计哦！

文字 | 全媒体记者 朱震宇

来源：合肥日报