

看过来， 医保的这几个常识你都知道吗？(五)

31. 医保统筹支付是什么？

属于医保目录范围内，按规定由基本医疗保险统筹基金支付的医疗费用，即医保报销的部分，这部分不需要自己掏钱。

32. 个人自付是什么？

指在医保目录范围内，需要由患者负担的医疗费金额。包括起付线以下、乙类先行自付、按比例自付、封顶线以上、目录范围内超限价部分等。个人自付费用可先由医保个人账户内的余额进行支付，不够的部分再用现金等方式支付。

33. 个人自费是什么？

指超出医保目录范围的药品、项目等医疗费用，须由参保人员全额支付。个人自费费用可先由医保个人账户内的余额进行支付，不够的部分再用现金等方式支付。

34. 医保药品目录中标注的“甲类”药品、“乙类”药品是什么意思？

国家医保药品目录中的西药和中成药分为“甲类”药品和“乙类”药品。“甲类”药品是临床治疗必需、使用广泛、疗效确切、同类药品中价格或治疗费用较低的药品；“乙类”药品是可供临床治疗选择使用，疗效确切、同类药品中比“甲类”药品价格或治疗费用略高的药品。“甲类”和“乙类”均由国家统一制定。

35. 哪些医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围？

- 一是应当从工伤保险基金中支付的；
- 二是应当由第三人负担的；
- 三是应当由公共卫生负担的；
- 四是在境外就医的；

五是国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

36. 什么是医保报销范围？

为保障参保人员基本医疗保险需求，规范基本医疗保险用药、诊疗等方面的管理，保证基本医疗保险制度的健康运行，国家规定了基本医疗保险对药品、诊疗项目和医疗服务设施范围目录，也就是医保“三大目录”。参保人员在定点医药机构发生的符合“三大目录”的相关医疗费用，医保基金按规定报销；不属于的，医保不予报销。

37. 哪些药品不被纳入国家医保药品目录？

- ① 主要起滋补作用的药品；
- ② 含国家珍贵、濒危野生动植物药材的药品；
- ③ 保健药品；
- ④ 预防性疫苗和避孕药品；
- ⑤ 主要起增强性功能、治疗脱发、减肥、美容、戒烟、戒酒等作用的药品；
- ⑥ 因被纳入诊疗项目等原因，无法单独收费的药品；
- ⑦ 酒制剂、茶制剂，各类果味制剂（特殊情况下的儿童用药除外），口腔含服剂和口服泡腾剂（特别规定情形的除外）等；
- ⑧ 其他不符合基本医疗保险用药规定的药品。

38. 为什么有时目录内的药品，医保不能报销？

- ① 在非定点医药机构购药；

② 超出医保限定支付范围内的用药；

③ 超出药品说明书适应症的用药。

39. 医保部门对参保患者住院天数有限制吗？

国家医保局和各级医保部门对参保患者住院天数无限制性政策，享受医保待遇与患者住院天数没有关系。

40. 如何申请门诊慢特病？

参保人员持有效身份证件或社会保障卡复印件、门诊慢特病病种相应的病历资料或检查资料等，到门诊慢特病认定定点医疗机构进行线下申请，或通过山西医保微信公众号等线上渠道申请。

41. 哪些人群可以享受门诊慢特病医疗保险待遇？

门诊慢特病是指省级医保部门确定的实行特定医疗保险门诊报销政策，且病情达到一定程度，符合相应认定标准的相关疾病，参保人员按照规定经门诊慢特病认定机构认定符合门诊慢特病标准的，享受门诊慢特病医保待遇。

(晋中市医疗保障局供稿)



关心关爱未成年人 是全社会的共同责任