乌鲁木齐市城乡居民基本医疗保险待遇须知

参加城乡基本医疗保险后，可以享受城乡居民基本医疗保险、城乡居民大病保险、生育医疗补助等待遇。

**（一）城乡居民基本医疗保险待遇**

2019年7月1日，乌鲁木齐市开始全面提高城乡居民基本医保待遇保障水平。具体待遇如下：

**1、普通门诊待遇**

在**选定的首诊医院门诊就医**的，发生的符合医疗保险目录的医疗费用，一级及以下医疗机构统筹基金支付比例提高到70%，单次门诊统筹支付限额（含一般诊疗费）为50元。年度内统筹基金最高支付限额为300元（村级最高支付限额为500元）。2019年7月开始，首诊医院门诊治疗取消了单次10元的起付线，以前10元以上医疗费才能报销，现在花几毛钱、几块钱都可以报销。

**2、门诊慢性病待遇**

一类病种范围为：糖尿病（Ⅱ型）、高血压（2期及以上）、脑出血及脑梗塞恢复期、肺心病、风湿性心脏病、类风湿关节炎、冠心病、精神病、克汀病、结核病、包虫病、布鲁氏杆菌病。以上十二种门诊慢性病统筹基金支付比例提高到70%。年度内统筹基金最高支付限额**由2000元提高到4000元**。

重特大门诊慢性病：苯丙酮尿症、血友病、恶性肿瘤、肾功能衰竭、器官移植后的抗排异治疗和白血病。以上病种统筹基金支付比例提高到80%，肾功能衰竭年度限额为4000元（血液透析定额结算不包括在内），苯丙酮尿症年度限额为3万元、其他病种不设年度限额。

针对肾功能衰竭，还出台了血液透析定额结算办法：三级医疗机构使用一次性透析器（含可复用高通量透析器）的，每人每月最高按6325元标准结算；使用可复用低通量透析器的，每人每月最高按6000元标准结算。二级医疗机构使用一次性透析器（含可复用高通量透析器）的，每人每月最高按5710元标准结算；使用可复用低通量透析器的，每人每月最高按5400元标准结算，报销比例为80%。

**3、住院待遇**

住院发生的符合医疗保险目录的医疗费用统筹支付比例：三级医院65%、二级医院80%、一级及以下医院90%、乡（镇）卫生院90%。一个年度内各级别医院只交一次起付线，三级医院为600元、二级医院为300元、一级医院为200元，乡（镇）卫生院为80元。

**（二）城乡居民大病保险待遇**

大病保险起付标准为1.5万元。个人负担符合医疗保险规定的医疗费用1.5 万元以上5万元以下（含5万元）的部分支付比例为60%，5至10万元（含10万元）部分支付比例为65%，10至20万元（含20万元）部分支付比例为70%，20万元以上部分支付比例为75%，大病保险报销上不封顶，大病保险个人不缴费。

**（三）生育医疗费用待遇**

符合国家计划生育政策的城乡居民，因在生育定点医疗机构住院分娩发生的生育医疗费用纳入城乡居民基本医疗保险基金支付范围，实行定额补助：顺产补助1000元、剖宫产补助1750元；低于此标准的，按实际费用补助。