

新郑市人力资源和社会保障局文件

新人社〔2013〕22号

新郑市人力资源和社会保障局 关于印发《新郑市城镇居民基本医疗保险 门诊规定病种管理办法》的通知

各有关单位：

现将《新郑市城镇居民基本医疗保险门诊规定病种管理办法》印发给你们，请遵照执行。

二〇一三年七月十八日

新郑市城镇居民基本医疗保险 门诊规定病种管理办法

第一条 为完善城镇居民基本医疗保险制度，减轻参保居民医疗费用负担，提高保障水平，根据《新郑市城镇居民基本医疗保险办法》（新政〔2007〕33号）和国家、省有关规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于本年度正常缴费的参保居民。

第三条 参保居民在门诊发生的恶性肿瘤放化疗、慢性肾功能不全（失代偿期）透析治疗、异体器官移植抗排异治疗的医疗费用，纳入城镇居民医疗保险统筹基金支付范围。

第四条 参保居民三个门诊规定病种鉴定标准、申报鉴定程序、体检项目和体检费用标准参照新政办〔2000〕32号文件有关规定执行。

第五条 参保居民到新郑市社会医疗保险经办机构办理三个门诊规定病种申报手续，需提供以下材料：一寸彩色免冠照片、医疗保险卡，本人选择的定点医疗机构医保办填写的“门诊规定病种”申请表一式两份，诊断证明、病历（病历首页和

出院小结)及相关材料(肿瘤患者需提供病历检验报告单、慢性肾功能不全患者需提供透析治疗单、器官移植患者需提供移植手术记录)。

新郑市社会医疗保险经办机构负责组织医疗保险专家委员会有关人员门诊规定病种审核鉴定,审核鉴定工作一般每年初进行一次,鉴定费用由参保居民个人负担。对符合条件的,发放门诊规定病种就医卡,从发放之日起享受门诊规定病种待遇。

第六条 参保居民三个门诊规定病种符合规定的门诊医疗费用统筹基金支付60%,门诊医疗费用实行定额管理。

恶性肿瘤月统筹基金最高支付限额为500元。

慢性肾功能不全(失代偿期)门诊透析治疗月统筹基金最高支付限额为1000元。

异体器官移植门诊抗排异治疗月统筹基金最高支付限额:术后0-1年为2000元;术后1-3年为1400元;术后3年以上为1000元。

参保居民门诊规定病种统筹基金支付比例和最高支付限额根据城镇居民基本医疗保险基金运行情况进行调整。

第七条 门诊规定病种患者住院时,由统筹基金支付的门诊

医疗费用与住院医疗费合并计算，超过城镇居民基本医疗保险统筹基金最高支付限额的医疗费用由补充医疗保险费支付。

第八条 门诊规定病种患者的用药按城镇居民基本医疗保险的有关规定执行。

第九条 门诊规定病种患者在门诊治疗期间，发生的门诊规定病种以外的其他病种的医疗费用，统筹基金不予支付。

第十条 门诊规定病种患者应在本人确定的定点医疗机构就医，在一个自然年度内不得变更。

第十一条 被选定的定点医疗机构，要详细记录患者的就医情况，并建立规定病种门诊医疗病历，处方单独装订、保管。

第十二条 本办法自 2013 年 8 月 1 日起执行