



四川护理职业学院附属医院
四川省第三人民医院

Affiliated Hospital of Sichuan Nursing Vocational College
The Third People's Hospital of Sichuan Province



医保绿盾

2025年第1期（总第1期）

成都市门诊特殊疾病医保政策指南

1、该政策指南适用范围？

已参保成都市基本医疗保险（城镇职工医保、城乡居民医保）的人员。

2、什么是门诊特殊疾病？

门诊特殊疾病（简称“门特”）是指病情相对稳定，需长期在门诊治疗并纳入我市基本医疗保险统筹支付范围的慢性或重症疾病。

3、怎样才能享受门诊特殊疾病报销政策？

办理门特不需要另外缴费，享受成都市基本医疗保险待遇的人员，只要通过门特认定并申请门特治疗就可以享受待遇。

4、门诊特殊疾病认定机构、治疗机构在哪里可以查询？

可在电脑端进入“四川医保服务平台”网厅（网址：

<https://ggfw.scyb.org.cn/hsa-local-prod/web/hallEnter/#/Index>) , 在首页的“信息查询”中(在首页偏下位置)中, 点击“门特认定机构查询”或者“门特治疗机构查询”, 选择“成都市”, 输入关键字等方式进行查询。

5、哪些疾病可以办理门诊特殊疾病?

第一类：精神类疾病：阿尔茨海默病、脑血管所致精神障碍、癫痫所致精神障碍、精神分裂症、躁狂症、抑郁症、双相情感障碍、焦虑症、强迫症；

第二类：高血压病、糖尿病、风湿性心脏病、高血压性心脏病、冠状动脉粥样硬化性心脏病、慢性肺源性心脏病、脑血管意外后遗症、肝硬化、帕金森氏病、硬皮病、地中海贫血、干燥综合征、重症肌无力、类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、重度骨质疏松；

第三类：结核病、慢性活动性肝炎、甲状腺功能亢进、甲状腺功能减退、慢性阻塞性肺疾病、青光眼、肺结核、耐药肺结核；

第四类：恶性肿瘤、器官移植术后抗排斥治疗、再生障碍性贫血、骨髓增生异常综合征、系统性红斑狼疮、肾病综合征、慢性肾脏病、慢性肾脏病门诊血透、血友病、肝豆状核变性、普拉德-威利综合征、原发性生长激素缺乏症。

6、如何办理门诊特殊疾病？

门特可通过以下步骤办理：

第一步：参保人员向认定机构申请门特病种认定，市内三甲医院基本都可以办理；

第二步：认定通过后，选择方便治疗的门特定点医院进行治疗；

第三步：每次开药时直接刷社保卡或医保电子凭证（医保码）报销，属于个人自付部分费用可使用医保个人账户或现金支付。

注意事项：

（一）认定后超过 6 个月未进行门诊特殊疾病治疗或中断治疗 6 个月以上需重新申请认定。

（二）如果有新增病种的，新增病种同样需要认定。

（三）如果同时患有多个疾病（精神类或传染类疾病外），只能在一家医院办理门特；患精神类或传染类合并其他类门诊特殊疾病病种的，可以同时选择一家专科性医疗机构和一家综合性医疗机构作为治疗机构。请在选择治疗医院时考虑好病情需要的因素。

7、门诊特殊疾病的报销标准？

门特基本医疗保险报销 = （医疗费用总额 - 起付标准 - 个人首先自付部分） × 报销比例。

成都市城镇职工医疗保险门诊特殊疾病报销政策一览

保险类别	起付线	封顶线	报销比例	大病医疗互助补充保险	报销顺序
成都市城镇职工医疗保险	二级医院400元/年，三级医院800元/年	上一年度成都市职工平均工资的6倍，2023年度支付限额为578478元	二级医院90%，三级医院85%，另外年满50周岁及以上增加2%，年满60周岁及以上增加4%，年满70周岁及以上增加6%，以此类推最高不超过100%	无起付线，封顶线为40万元/年，报销比例77%	先基本医疗保险报销，再大病医疗互助补充保险报销，报销费用总额不得超过实际发生的门诊特殊疾病医疗费用

成都市城乡居民医疗保险门诊特殊疾病报销政策一览

项目	基本医疗保险	城乡居民大病保险	大病医疗互助补充保险						
起付线	二级医院200元/年，三级医院500元/年	上年度成都市城乡居民可支配收入50%，贫困人员在此基础上降低50%（2023年起付线23974元，贫困人员11987元）	无						
封顶线	上年度成都市城乡居民可支配收入6倍，2023年支付限额为329382元	无	40万元						
报销比例	<table border="1"> <tr> <td>成年居民高档</td> <td>二级医院82%，三级医院68%</td> </tr> <tr> <td>成年居民低档</td> <td>二级医院75%，三级医院53%</td> </tr> <tr> <td>学生儿童</td> <td>二级医院75%，三级医院60%</td> </tr> </table>	成年居民高档	二级医院82%，三级医院68%	成年居民低档	二级医院75%，三级医院53%	学生儿童	二级医院75%，三级医院60%	个人自费累计超过起付线的金额，分段按比例报销。0<金额≤5000元部分报销比例60%，5000<金额≤20000元部分报销比例85%，20000<金额≤50000元部分报销比例90%，5万元以上部分报销比例96%	基本医疗保险、城乡居民大病保险报销后的剩余部分，按77%比例支付
成年居民高档	二级医院82%，三级医院68%								
成年居民低档	二级医院75%，三级医院53%								
学生儿童	二级医院75%，三级医院60%								
报销顺序	先报基本医疗保险，后城乡居民大病保险，再大病医疗互助补充保险，报销费用和民政救助费用的总额不得超过实际发生的医疗费用								

注意事项：门特在起付标准计算次数上同住院有区别。一个自然年度内，第一、四类病种不计起付标准，第二、三类病种计算一次起付标准。

8、门诊特殊疾病可以在几家医院治疗？

一个自然年度内，只能选择一家治疗机构进行门诊特殊疾病治疗。参保人员患精神类或传染类合并其他门诊特殊疾病病种的，可以同时选择一家专科性医疗机构和一家综合性医疗机构就医。

9、参保人申请变更门特治疗机构是否有次数限制？起付标准该如何计算？

参保人申请变更门特治疗机构的，在一个自然年度内变更次数不得超过 3 次。参保人在自然年度内更换治疗机构，起付标准按更换后的治疗机构重新计算（即多计一次）。