



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3期（总第3期）

成都市市医保住院报销政策解读

1、我是成都市职工医保，住院的话报销比例是多少？

| 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 |

2、我是本地新农合，我住院报销政策是什么？

成都市城乡居民保险（新农合、少儿互助金）住院报销政策如下：

| 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 | 成年居民高档 | 二级医院82%，三级医院68% | 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 | | |

3、我买了医疗保险，不管怎样住院费用都能全部报销吗？

医保基金不予支付的事项如下：

- (1) 基本医疗保险药品目录、医疗服务设施和诊疗项目、医用材料目录和支付标准范围以外的医疗费用；
- (2) 工伤（职业病）医疗费用；
- (3) 除急救、抢救外在非定点医疗机构发生的医疗费用；
- (4) 因本人吸毒、打架斗殴、违法犯罪等造成伤害发生的医疗费用；
- (5) 因美容矫形、生理缺陷、不孕不育等进行治疗发

生的医疗费用；

(6) 因自伤、自残、醉酒、戒毒、性传播疾病（不含艾滋病）等进行治疗发生的医疗费用；

(7) 第三方责任等引发的非疾病医疗费用；

(8) 在港澳台地区和境外发生的医疗费用；

(9) 因交通事故、医疗事故发生的医疗费用。

备注：交通事故能提供公安交通管理部门出具的肇事方逃逸或无第三方责任人的相关证明，且没有获得相关赔偿或补偿的，其在定点医疗机构住院发生的医疗费用可列入统筹基金支付范围。

4、你们医院门槛费太贵了，我是本地职工医保能有优惠吗？

（一）参保人员在一个自然年度内多次住院的，逐次降低100元，但最低不低于160元（自然年度以入院时间计算）；

（二）参保人员因精神病或艾滋病在定点医疗机构发生的符合基本医保报销范围的住院医疗费用不计统筹基金起付标准；

（三）年满100周岁及以上的参保人员，因病在定点医疗机构发生的符合基本医保报销范围的住院医疗费用不计统筹基金起付标准；

（四）参保人员因恶性肿瘤手术及放化疗治疗，肾功能衰竭透析治疗及移植手术，肝、肾、骨髓移植术后的抗排斥治疗，慢性白血病，重型再生障碍性贫血，骨髓增生异常综合症及骨髓增生性疾病，系统性红斑狼疮在定点医疗机构多次住院发生的符合基本医保报销范围的住院医疗费用，一年计算一次起付标准。起付标准按参保人员年度内首次所住定点医疗机构的级别确定；

（五）参保人员因病情需要，由低级别的定点医疗机构转往高级别的定点医疗机构、由专科医院转往综合医院，只补计统筹基金起付标准差额；高级别的定点医疗机构转往低级别的定点医疗机构、由综合医院转往专科医院，第二家医院不计起付标准。由高级别专科医院转往同级别或低级别综合医院或由高级别定点医院转往符合条件的社区卫生服务中心，不再另计统筹基金起付标准。