西安交通大学第一附属医院
医保合疗政策汇编

医保合疗办公室编

2018 年元月版

目录

第一部分 医保

第一章 省医保

门诊
住院

第二章 西安市医保

一、西安市职工医保
二、西安市居民医保
三、西安市离休人员
四、高新区医保

第三章 省内异地就医

总则及转诊流程
咸阳市
宝鸡市
渭南市
商洛市
延安市
榆林市
汉中市
安康市
铜川市
韩城市
杨凌示范区

第四章 跨省异地就医

第二部分 新农合

第一章 陕西省内新农合

第二章 跨省新农合

第三章 陕西省内健康扶贫

西安交通大学第一附属医院医保合疗办公室

第一部分 医保

交大一附院医保合疗办

第一章 省医保

门 诊

1. 门诊特殊检查（见表 1）

表 1 省医保门诊特殊检查项目

序号	检查名称	单价（元）	报销比例	报销金额（元）
1	普通 CT	260	70%	182
2	增强 CT	250	70%	175
3	磁共振	550	70%	385
4	增强磁共振扫描	600	70%	420
5	电子胃十二指肠镜检查	220	70%	154
6	电子结肠镜检查	330	70%	231
7	体外冲击破碎石	720	70%	504
8	心动超声	160	70%	112
9	动态心电图	150	70%	105
10	核素扫描（全身骨扫面、心肌灌注）	240	70%	168
11	颅内多普勒（TCD）	60	70%	42
12	颈部血管多普勒彩色超声	180	70%	126
13	纤维支气管镜检查	240	70%	168
14	宫腔镜	440	70%	308
15	64 排 CT（冠脉）血管成像 CTA	1250	70%	875
16	高压氧治疗	80	70%	56

2. 门诊特殊治疗

❶化疗

肿瘤患者用药及治疗

携带： 社会保障卡、101 审批表、102 明细表、双处方

报销比例： 治疗费 **70%**、药费 **70%**

审批规定： 每年审批一次，药品不超 1 个月量

医保中心备案需携带： 病案首页、病理报告、双处方、101 审批表及 102 明细表

❷放疗

肿瘤患者治疗

携带： 社会保障卡、101 审批表、102 明细表、治疗单

报销比例： **70%**

审批规定： 总费用不超 2 万元

医保中心备案需携带： 病案首页、病理报告、治疗单、101 审批表及 102 明细表

❸血液透析

肾衰竭血透患者治疗

携带：社会保障卡、101 审批表、102 明细表、双处方、治疗单

报销比例：治疗费 **90%**、药费 **90%**

审批规定：方案不能超于 1 个月，每月血液透析不超过 12 次

医保中心备案需携带：住院病历

3. 门诊慢性病

慢病鉴定业务办理

申报病种确认标准及年度限额：见下表 2

提供资料：社会保障卡、门诊病历或住院病历全套（部分病种还需提供门诊检查及化验单）、慢性病申报表

报销比例：年度限额内 70%

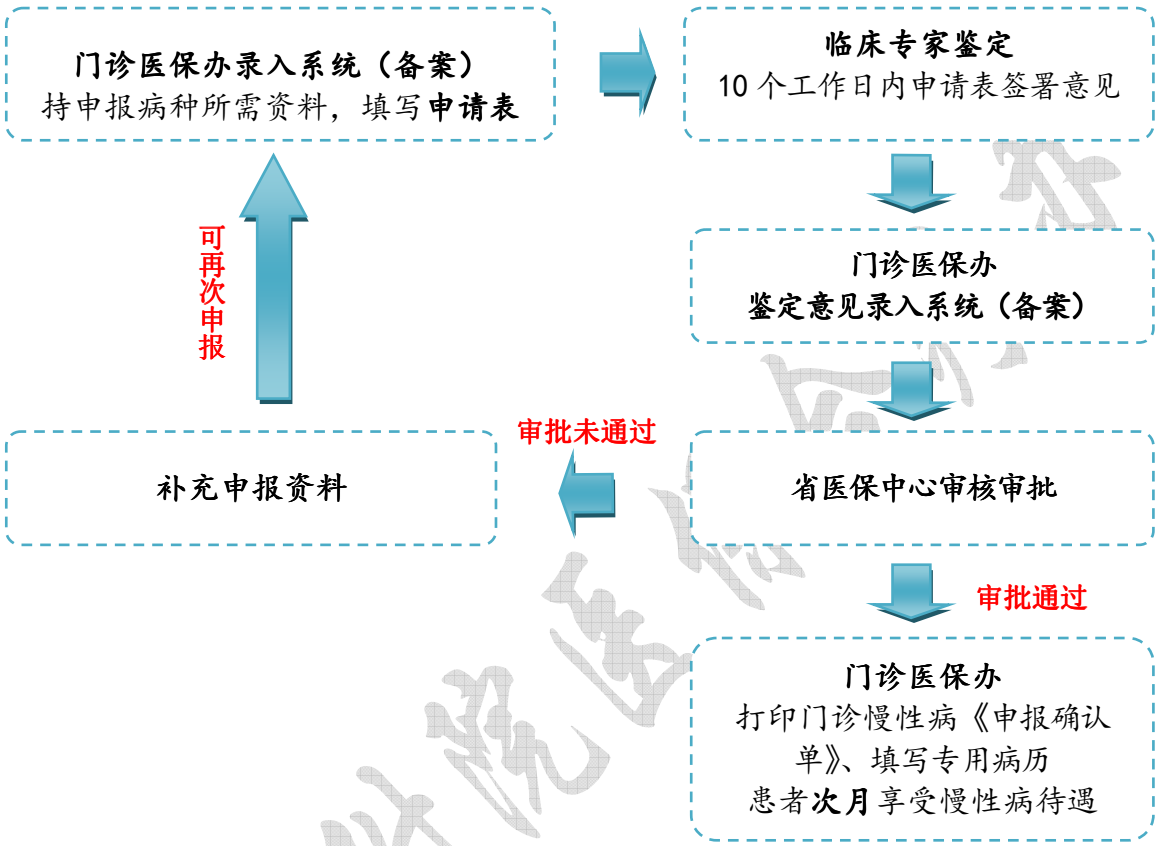
表 2 **门诊慢性病申报病种确认标准及年度限额**

序号	门诊特殊疾病病种	确认病种标准	年度医疗费用限额(元)
1	原发性高血压 A	有三级医院确诊为高血压的诊断证明，并提供下列阳性检查报告之一：1.心电图示左室高电压。2.X 线、超声心动图检查证实左心室肥厚。3.眼底检查有眼底动脉普遍或局部变窄和动静脉压迹。	2400
2	原发性高血压 B	符合高血压 A 类条件，并提供二级以上医院住院病历（限三年内）复印件，包括下列并发症之一的病历资料：1.脑血管病（包括脑缺血性卒中、脑出血、短暂性脑缺血发作）。2.心脏疾病（包括心肌梗塞、心绞痛、充血性心力衰竭）。3.高血压肾病；视网膜病变（包括视乳头水肿、出血或渗出）。	3600
3	冠状动脉硬化性心脏病	提供二级以上医院住院病历（限三年内）复印件，并符合下列条件：1.有典型的突发性胸骨后疼痛的心绞痛临床表现。2.经过临床心电图、心电图负荷试验、超声心动图、动态心电图、放射性核素检查、冠状动脉造影检查，符合冠心病诊断者。	4200
4	动脉硬化性脑梗塞后遗症 A	提供二级以上医院住院病历（限三年内）复印件，并符合下列条件：1.起病缓慢，数小时或 1-2 天后出现半身瘫痪及意识障碍。2.颅脑 CT、MRI 等检查确定诊断。3.经过门诊、住院治疗后仍存在肢体功能障碍者。	3600

表 2	门诊慢性病申报病种确认标准及年度限额		
序号	**门诊特殊疾病病种**	**确认病种标准**	**年度医疗费用限额(元)**
5	动脉硬化性脑梗塞后遗症 B	符合 A 类条件，并有一定程度的意识障碍，语言障碍等神经症状者。	4200
6	脑栓塞后遗症 A	提供二级以上医院住院病历（限三年内）复印件，并符合下列条件者：1.起病突然，常出现偏瘫，肢体感觉障碍，偏盲，失语等典型的临床表现及体征，有不同程度的意识障碍。2.颅脑 CT、MRI 检查可显示异常与临床体征相符合。3.临床辅助检查发现原发病变。4.经过门诊、住院治疗后仍遗留肢体功能障碍者。	3600
7	脑栓塞后遗症 B	符合 A 类条件，并有一定程度的意识障碍，语言障碍等神经症状者可以确定。	4200
8	慢性再生障碍性贫血	提供二级以上医院住院病历（限三年内）复印件，并符合下列条件者：1.有典型的临床症状。2.常规血象及骨髓化验均提示再生障碍性贫血。3.除外其它疾病。	4200
9	脑出血后遗症 A	提供二级以上医院住院病历（限三年内）复印件，并符合下列条件者：1.有高血压病史，突发头痛、发热、呕吐、意识障碍、肢体瘫痪、失语、大小便失禁等临床体征和症状。2.辅助检查：眼底或脑脊液检查化验出现异常。CT、RMI 检查有基底节、内囊、脑桥出血等表现。3.经过门诊、住院治疗后仍遗留肢体功能障碍者。	3600
10	脑出血后遗症 B	符合 A 类条件，并有一定程度的意识障碍、语言障碍等神经症状者。	4200
11	糖尿病 A	有三级医院的糖尿病诊断证明及明确的糖尿病病史资料，包括：1.多尿、烦渴、多饮、体重减轻或其它符合糖尿病临床表现的资料。2.尿糖、血糖、抗体检查，胰岛素测定、糖耐量试验(OGTT)、糖化血红蛋白等指标 2 种以上达到糖尿病诊断标准。	3600
12	糖尿病 B	符合糖尿病 A 类条件基础上，需提供二级以上医院住院病历（限三年内）复印件，包含糖尿病心血管病、脑血管病、神经病变、视网膜病变、糖尿病肾病、糖尿病足等一种或一种以上的并发症资料。	4800
13	风湿性心脏病	提供二级以上医院住院病历（限三年内）复印件，并符合下列条件者：1.有风湿性心脏病病史。2.近期三个月内检查心功能三级。3.有心电图、X 线或超声心动检查报告单。	4200
14	肝硬化（失代偿期）	提供二级以上医院三年内住院病历，并符合下列条件者：1.有明确的肝病病史。2.肝功化验检查异常。3.出现腹水症状。	4800
15	慢性阻塞性肺病	提供二级以上医院住院病历（限三年内）复印件，并符合下列条件者：1.有慢性支气管炎、支气管哮喘、重症肺结核、支气管扩张等慢性病史。2.经 X 线、心电图检查异常。3.肺功能检查异常。	4800
16	精神分裂症	1.有明确的精神分裂症病史。2.有精神病专科医院住院病历。3.病情迁延不愈三年以上。	2400

表 2	门诊慢性病申报病种确认标准及年度限额		
序号	**门诊特殊疾病病种**	**确认病种标准**	**年度医疗费用限额(元)**
17	系统性红斑狼疮	提供二级以上医院住院病历（限三年内）复印件，并符合下列条件者：1.有典型的临床表现和病史。2.实验室检查有多项检测异常。3.根据美国风湿病协会（ARA）1997 提出的诊断标准，符合标准者。	3600
18	帕金森病	1.典型帕金森病的临床症状。2.经三级医院确诊，并有二级以上医院住院病历。3.有相关辅助检查协助诊断。	3600
19	恶性肿瘤	1.经手术探查及病理检查确诊为恶性肿瘤。2.从确认恶性肿瘤之日起，经门诊、住院治疗后有肿瘤转移复发者。	3600
20	慢性肾小球肾炎	提供二级以上医院住院病历（限三年内）复印件，并符合下列条件者：1.有典型的肾炎病史。2.实验室检查有多项血、尿肾功能检测异常。	3600
21	慢性肝炎	提供二级以上医院住院病历（限三年内）复印件，并符合下列条件者：1.有肝炎病史及相关的临床表现。2.实验室检查异常，符合肝炎诊断标准者。	3600
22	精神疾病（情感障碍、器质性精神障碍）	提供二级以上医院住院病历（限三年内）复印件，并符合下列条件者：1.有长期患精神疾病的病史。2.有明确的燥狂三高症。3.有明确的抑郁三低症。4.有明确脑部疾病或外伤所致脑部功能改变病史。5.相关检查提示脑部有功能改变者。	2400
23	类风湿性关节炎	提供二级以上医院住院病历（限三年内）复印件，并符合下列条件者：1.有类风湿性关节炎病史及相关的临床表现。2.实验室检查、X 线及其他相关检查符合类风湿关节炎诊断标准者。	2400
24	原发性心肌病	提供二级以上医院住院病历（限三年内）复印件，并符合下列条件者：1.有心肌病的相关临床表现。2.心电图、心脏 B 超、心功能检查、X 线及其他相关检查符合心肌病的诊断标准者。	4800
25	癫痫	提供二级以上医院住院病历（限三年内）复印件，并符合下列条件者：1.有癫痫反复发作病史。2.根据国际抗癫痫联盟 1981、1989 年先后提出的癎痫发作分类标准，符合其标准者。3.脑电图及其他相关检查符合癫痫疾病诊断者。	2400
26	肺源性心脏病	提供二级以上医院住院病历（限三年内）复印件，并符合下列条件者：1.有慢性支气管炎（哮喘、扩张 ）、重症肺结核、矽肺及其他慢性肺胸疾病或肺血管疾病病史。2.心电图、超声心动图、X 线、实验室、肺功能 等相关检查符合肺心病改变者。	4800
27	慢性支气管炎	提供二级以上医院住院病历（限三年内）复印件，并符合下列条件者：1.咳嗽、咳痰或伴有喘息，每年发病持续 3 个月以上，并连续 2 年以上者。2.X 线检查异常。3.根据全国慢性支气管炎临床专业会议制定的标准，符合标准者。	3600
28	胃、十二指肠溃疡（伴有并发症）	提供二级以上医院住院病历（限三年内）复印件，并符合下列条件者：1.有胃十二指肠溃疡伴有并发症的病史及相关的临床表现。2.内镜检查、X 线及其他相关检查符合胃十二指肠溃疡及有并发症的诊断标准者。	2100

门诊慢性病申报鉴定流程



门诊慢性病报销流程

住 院

报销政策

起付标准

年度内第一次住院 850 元，第二次 660 元，第三次及以上 400 元

报销比例

在职 87%　退休 89%

大病 90%（年度内报销累计超 8 万以上费用）

统筹基金最高支付限额　8 万

年度报销封顶线　30 万

床位费支付标准　30 元/床·日

支付标准

普通疾病定额限额标准 10000 元/人次

特殊单病种医疗费用结算标准　见表 1

项目结算医疗费用结算范围　见表 2

体内置放材料限价　见表 3

外伤　应属工伤范畴的、有第三方责任的、应由公共卫生负担的、在境外就医的，或者病案记载与患者实际伤情差距较大的，均不予报销

生育　省医保无生育保险，咨询本单位相关部门

表 1　省医保特殊单病种医疗费用结算标准（三甲）

序号	单病种名称	次均限额标准（元/人次）
1	人工髋关节置换术	35000（单）63000（双）
2	人工膝关节表面（再）置换治疗术	40000（单）72000（双）
3	脊柱内固定系统手术	40000（1 套）72000（2 套）
4	安置（更换）永久起搏器	26000（单）45000（双）
5	冠状动脉支架置入术	40000（1 枚） 每增加 1 枚增加20000 （单次住院限 3 枚限价报销）
6	脑血管病变介入手术	50000

7	冠状动脉搭桥术（含银夹）	50000
8	人工心脏瓣膜置换术	50000
9	重度烧伤	20000
10	心脏射频消融治疗	25000
11	肾移植治疗	50000
12	肝移植治疗	150000
13	股骨粗隆间骨折切复内固定术	17000
14	胫骨平台骨折切复内固定术	19000
15	经皮椎体成形术	30000
16	主动脉支架置入术	90000
17	大隐静脉曲张+大隐静脉高位结扎+剥脱术	4300
18	大隐静脉曲张+经皮静脉内激光成形术	5000
19	锁骨骨折内固定取出术	4100
20	肱骨骨折内固定取出术	4100
21	尺骨骨折内固定取出术	4100
22	挠骨骨折内固定取出术	4100
23	尺、挠骨骨折内固定取出术	4500
24	髌骨骨折内固定取出术	4300
25	股骨骨折内固定取出术	4300
26	胫骨骨折内固定取出术	4300
27	腓骨骨折内固定取出术	4300
28	胫、腓骨骨折内固定取出术	4800
29	子宫肌瘤+经腹子宫次全切除术	4300
30	子宫肌瘤+经腹子宫全切除术	4800
31	子宫肌瘤+经腹子宫肌瘤剔除术	4300
32	子宫肌瘤+腹腔镜子宫肌瘤剔除术	5200
33	卵巢良性肿瘤+经腹卵巢手术	4200（单）5200（双）
34	卵巢良性肿瘤+腹腔镜卵巢手术	5300（单）6200（双）
35	前列腺增生+经尿道前列腺电切术	6500（含手术材料）
36	视网膜脱离修补术	3000
37	白内障+超声乳化摘除+人工晶体植入术	4400（含晶体）
38	肛乳头瘤	1800
39	肛裂	2200
40	单纯性内痔	2000
41	单纯性外痔	1800
42	混合痔	3000
43	肛瘘	2800
44	胆囊炎+胆囊结石+经腹胆囊切除术	5000
45	胆囊炎+胆囊结石+腹腔镜胆囊切除术	6000
46	单纯性阑尾炎+阑尾切除术	4100
47	单纯性阑尾炎+腹腔镜阑尾切除术	4900
48	单侧腹股沟疝+腹股沟疝修补术	3700
49	单侧腹股沟疝+充填式无张力疝修补术	5900（含疝补片）

表 2　省医保项目结算医疗费用结算范围（三甲）

序号	病种范围及限制条件
1	恶性肿瘤（含颅内良性肿瘤）患者手术治疗
2	急性坏死型胰腺炎限二级以上医院
3	急性重型肝炎
4	脑出血
5	消化道大出血
6	急（慢）性白血病
7	耐多药肺结核
8	流行性出血热
9	重症肺炎
10	重症精神病
11	传染性非典型肺炎
12	人感染高致病性禽流感
13	麻疹
14	流行性乙型脑炎

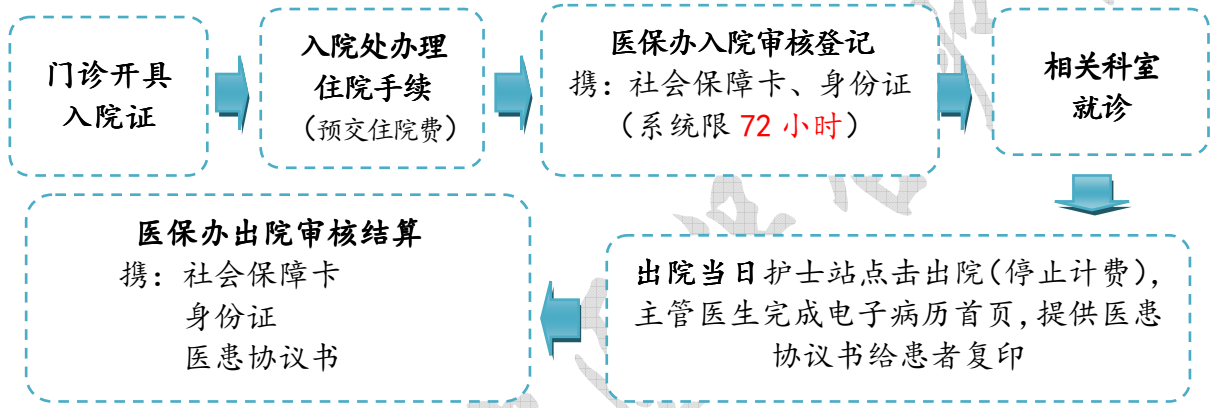
表 3　省医保部分体内置放材料最高限价（三甲）

序号	体内置放材料	最高限价
1	心脏起搏器	（单）17650 元/台　（双）38000 元/台
2	人工全髋关节	14430 元/套
3	人工半髋关节	9000 元/套
4	人工膝关节	17050 元/套
5	人工晶体	1200 元/个
6	胸主动脉支架	10000 元/个
7	冠状动脉支架	11730 元/个
8	髂动脉支架	18000 元/个
9	血管支架	1750 元/个
10	气管支架	4000 元/个
11	食管支架	2940 元/个
12	直肠支架	5000 元/个
13	胆道支架	4000 元/个
14	十二指肠支架	2500 元/个
15	幽门支架	5000 元/个
16	球囊	4150 元/个
17	二尖瓣球囊	13250 元/个
18	心脏射频消融导管	10000 元/个
19	滤器	19750 元/个

缴费方式

医保范围内费用 80%医院垫付，20%个人预付；**范围外费用** 个人预付

业务流程



第二章 西安市医保

西安市职工医保

门 诊

1. 门诊特殊检查（见表 1）

表 1 西安市医保门诊特殊检查项目

序号	检查名称	单次最小费用（元）	报销比例	报销金额（元）
1	普通 CT	210	70%	147
2	增强 CT	250	70%	175
3	磁共振	550	70%	385
4	增强磁共振扫描	600	70%	420
5	电子胃十二指肠镜检查	220	70%	154
6	电子结肠镜检查	330	70%	231
7	体外冲击破碎石	720	70%	504
8	心动超声	160	70%	112
9	动态心电图	150	70%	105
10	核素扫描（全身骨扫面、心肌灌注）	240	70%	168
11	颅内多普勒（TCD）	60	70%	42
12	宫腔镜	440	70%	308
13	(冠脉)64 排 CT 血管成像 CTA	1250	50%	625
14	高压氧治疗	80	70%	56

注意：**冠脉 CTA 年度限报一次，针对心电图异常心肌缺血、ST 段压低（胸痛）及做过支架手术等患者，报销需提供：支架病理报告、门诊病例及心电图报告**

2. 门诊特殊治疗

❶化 疗

肿瘤患者用药及治疗

携带：医保卡、101、102 审批表、双处方

报销比例：治疗费 **70%**，药费甲类 **70%**、乙类 **66.5%**

审批规定：每 次审批药品不超 3 个月

医保中心备案需携带：

病案首页、病检报告、双处方、101、102 审批表

❷放 疗

肿瘤患者治疗

携带：医保卡、101 审批表、102 明细表、病案首页、病检报告

报销比例： 70%

审批规定：总费用不超 2 万元，无需审批，直接窗口办理

❸血液透析

肾衰竭血透患者治疗

携带：医保卡、101 审批表、102 明细表、双处方、治疗单

报销比例：治疗费 90%、药品 88.5%

审批规定：方案不能超于 2 个月，材料每月不超 2420 元，药品每月不超 1700，血透次数 10-11 次/月

医保中心备案需携带：

全套病历、双处方、治疗单、101 及 102 审批表

❹丙肝

丙肝 RNAD 定量阳性

（1 个月内化验结果）

只报 PLX、PLN

携带：医保卡、101 审批表、102 明细表、双处方、化验单

报销比例： 66.5%

审批规定：明确诊断为慢性丙型肝炎的参保职工，门诊使用干扰素治疗的患者。

❺血友病

携带：医保卡、101 审批表、102 明细表、双处方、药瓶回收单

报销比例： 66.5%

审批规定：每月不超 15000 元。

医保中心备案需携带：全套病历、双处方、101 及 102 审批表

6 类风湿性关节炎

门诊使用英夫利西单抗

携带：医保卡、101 审批表、102 明细表、双处方、药瓶回收单

报销比例： 66.5%

审批规定：每月不超 2 支英夫利西单抗，一年后每年只有两次报销

医保中心备案需携带：全套病历、双处方、101 审批表及 102 明细表

7 强直性脊柱炎

门诊使用英夫利西单抗

携带：医保卡、101 审批表、102 明细表、双处方、药瓶回收单

报销比例： 66.5%

审批规定：每月不超 3 支英夫利西单抗，一年后每年只有两次报销

医保中心备案需携带：全套病历、双处方、101 审批表及 102 明细表

业务流程

门诊医生开单 → 门诊医保办办理审核手续 → 门诊收费处缴费 → 门诊医保办交发票取回证件

住 院

报销政策

起付标准

年度内第一次住院950元，第二次800元，第三次550，第四次及以上0元

报销比例

在职 85-95%，退休 89-95%

年度报销封顶线 40万

床位费支付标准 30元/床·日、32元/床·日

支付标准

普通疾病定额限额标准 10000元/人次

特殊单病种医疗费用结算标准 见表1

体内置放材料限价 见表2

外伤 应属工伤范畴的、有第三方责任的、应由公共卫生负担的、在境外就医的均不予报销；患者受伤时间、原因、经过等，病案记载与本人书面情况差距较大的，需自费住院治疗，出院后交由参保地医保经办机构调查处理。

表1 西安市医保单病种医疗费用结算标准（三甲）

序号	单病种名称	年度次均限额结算标准（元/人次）
1	冠状动脉支架置入术	一个支架35000，每增加一个加20000
2	冠状动脉搭桥术	50000
3	安装（更换）心脏起搏器	26000/单腔，45000/双腔
4	人工髋关节置换术	35000/单侧，63000/双侧
5	人工膝关节置换术	40000/单侧，72000/双侧
6	人工心脏瓣膜置换术	50000
7	脊柱内固定系统手术	40000/套，72000/2套
8	脑血管病变介入治疗	50000
9	心脏射频消融术	25000
10	胸部肿瘤手术治疗	32000
11	脑出血手术治疗	25000
12	恶性肿瘤（含颅内良性肿瘤）手术治疗	25000
13	重度烧伤治疗	20000
14	肾移植治疗	50000
15	肝移植治疗	150000

16	急性坏死性胰腺炎	35000
17	急（慢）性白血病及再生障碍性贫血	35000
18	股骨粗隆间骨折切复内固定术	17000
19	胫骨平台骨折切复内固定术	19000
20	主动脉支架置入术	90000

表 2　西安市医保部分体内置放材料最高限价（三甲）

序号	体内置放材料	最高限价
1	脊柱内固定系统	2000-27000 元/套
2	全膝关节	25000 元/套
3	人工全髋关节	20000 元/套
4	人工半髋关节	15000 元/套
5	经皮椎体成形术材料	20000 元/套
6	股骨骨折	8000 元/套
7	胫骨骨折	6000 元/套
8	腓骨骨折	5000 元/套
9	冠脉、肾动脉、髂动脉、颈动脉、椎动脉支架	11000 元/个
10	消化道支架	5000 元/个
11	脑血管畸形介入材料	40000 元/套
12	心脏起搏器	30000 元/台
13	封堵器	10000 元/个
14	主动脉覆膜支架	60000 元/个
15	心脏瓣膜	8000 元/个
16	人工晶体	1400 元/个

注意：ICD 埋藏式自动复律除颤器、器官保存液（不含肾保存液）、供体器官获取保存费、化疗泵、电子镇痛泵、微量泵、输液泵、胰岛素泵及延长管等均不予报销。

缴费方式

医保范围内费用按报销比例医院垫付，个人支付部分由个人预付
范围外费用个人预付

业务流程

门诊开具入院证 → **入院处办理住院手续**（预交住院费） → **医保办入院审核登记**
携：社会保障卡
身份证
（系统限 24 小时） → **相关科室就诊**

出院当日护士站点击出院（停止计费），主管医生完成电子病历首页，提供医患协议书给患者复印 → **医保办出院审核结算**
携：社会保障卡
身份证
医患协议书

生 育

生育（含早产） 剖宫产 6000 元，顺产 4000 元

每增加 1 胎增加 300 元

生育并发症增加 1 种≤2000 元，2 种及以上≤3000 元

注意：住院报销费用未超限额，可补报门诊费用。

以下几种门诊发票不予报销：

刷医保卡的发票、非孕期的发票、住院期间的门诊费用发票、非待遇享受期的发票（登记时待遇查询提示可见到孕期的断缴月份）、非定点医疗机构的发票（主要指外地医院）、非妇产科发生的不合理费用发票（例如，孕期拍 X 光片或 CT 等）。

引产（3 个月≤妊娠＜7 个月）： 1000 元

死胎引产（＞7 个月）：同顺产 4000 元

流产（妊娠＜3 个月）： 350 元

宫外孕：手术治疗 6000 元，介入治疗、保守治疗 4000 元

施行计划生育手术补贴标准：

放置宫内节育器、皮下埋植（含取出）300 元

宫内节育器嵌顿 1000 元

绝育手术 1000 元

输卵管复通（非炎症引起的输卵管不通）1500 元

西安市职工生育并发症（26 种）：

妊娠高血压综合征、妊娠肝内胆汁瘀积症、妊娠糖尿病、妊娠剧吐、产娠期精神异常、前置胎盘、轮廓胎盘、胎盘早剥、胎膜早破、母婴血型不合、胎儿宫内发育迟缓、产后出血、产后尿潴留、产褥期感染、产科休克、产科弥散性血管内凝血、乳腺炎、血管前置、宫颈及阴道裂伤、子宫内翻、子宫破裂、羊水过多、羊水过少、羊水栓塞、羊膜腔感染综合征、产娠中暑。

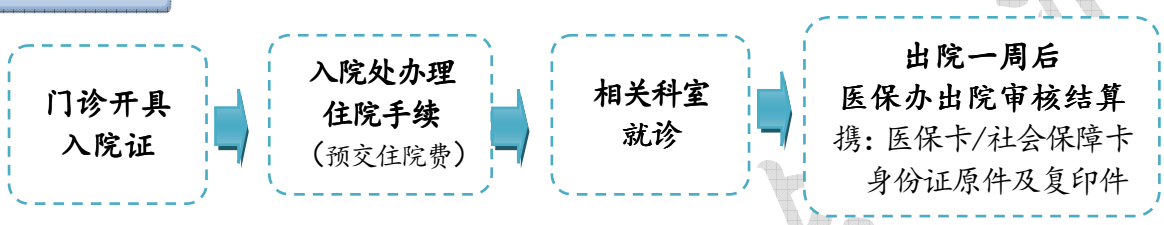
生育保险统筹基金不予支付情况：

因犯罪、酗酒、吸毒、自伤、责任事故等造成终止妊娠的，因医疗事故发生的医疗费，使用人类辅助生殖技术手段发生的除分娩医疗费外的费用。

缴费方式

住院全额预付，出院时按医保政策报销退款。

业务流程



交大一附院医保合疗办

西安市城镇居民医保

门 诊

仅特殊治疗，无特殊检查项目

❶化 疗

肿瘤患者用药及治疗

携带：医保本、201 审批表、双处方

报销比例：治疗费 **57%**、药费甲类 **60%**，乙类 **57%**

审批规定：每年审批药品不超 3 个月

医保中心备案需携带：病案首页、病检报告、双处方、201 审批表及 102 明细表

❷放 疗

肿瘤患者治疗

携带：医保本、201 审批表、治疗单、病历首页、病理报告、医保本复印件

报销比例：**60%**

审批规定：总费用不超 2 万元；无需审批，直接窗口办理

❸血液透析

肾衰竭血透患者治疗

携带：医保本、201 审批表、双处方、治疗单

报销比例：治疗费 **60%**、药费 **57%**

审批规定：方案不能超于 1 个月，材料每月不超 2420 元，药品每月不超 1700，血透次数 10-11 次/月

医保中心备案需携带：全套病历、双处方、201 审批表

④血友病

携带：医保本、201 审批表、双处方、药瓶回收单

报销比例： **57%**

审批规定：每月不超 15000 元，12 个月截止报销，次年不享受

医保中心备案需携带：全套病历、双处方、201 审批表、血友病登记卡

⑤类风湿性关节炎

门诊使用英夫利西单抗

携带：医保本、201 审批表、102 明细表、双处方、药瓶回收单

报销比例： **57%**

审批规定：每月不超 2 支英夫利西单抗，一年后每年只有两次报销

医保中心备案需携带：全套病历、双处方、201 审批表及 102 明细表

⑥强直性脊柱炎

门诊使用英夫利西单抗

携带：医保本、201 审批表、102 明细表、双处方、药瓶回收单

报销比例：**57%**

审批规定：每月不超 3 支英夫利西单抗，一年后每年只有两次报销

医保中心备案需携带：全套病历、双处方、201 审批表及 102 明细表

业务流程

门诊医生开单 → 门诊医保办办理审核手续 → 门诊收费处缴费 → 门诊医保办交发票取回证件

住 院

报销政策

起付标准

年度内第一次住院 500 元，第二次 500 元，第三次及以上 500 元

报销比例

非从业居民 60%

儿童/大学生 70%（先心、再障、淋巴瘤、白血病 85%）

年度报销封顶线

25 万（儿童/大学生先心、再障、淋巴瘤、白血病 30 万）

床位费支付标准 30 元/床·日、32 元/床·日

支付标准

普通疾病定额限额标准 10000 元/人次

特殊单病种医疗费用结算标准 见表 1

体内置放材料限价 见表 2

外伤 应属工伤范畴的、有第三方责任的、应由公共卫生负担的、在境外就医的均不予报销；患者受伤时间、原因、经过等，病案记载与本人书面情况差距较大的，需自费住院治疗，出院后交由参保地医保经办机构调查处理。

表 1 西安市医保单病种医疗费用结算标准（三甲）

序号	单病种名称	年度次均限额结算标准（元/人次）
1	冠状动脉支架置入术	一个支架 35000，每增加一个加 20000
2	冠状动脉搭桥术	50000
3	安装（更换）心脏起搏器	26000/单腔，45000/双腔
4	人工髋关节置换术	35000/单侧，63000/双侧
5	人工膝关节置换术	40000/单侧，72000/双侧
6	人工心脏瓣膜置换术	50000
7	脊柱内固定系统手术	40000/套，72000/2 套
8	脑血管病变介入治疗	50000
9	心脏射频消融术	25000
10	胸部肿瘤手术治疗	32000
11	脑出血手术治疗	25000

12	恶性肿瘤（含颅内良性肿瘤）手术治疗	25000
13	重度烧伤治疗	20000
14	肾移植治疗	50000
15	肝移植治疗	150000
16	急性坏死性胰腺炎	35000
17	急（慢）性白血病及再生障碍性贫血	35000
18	股骨粗隆间骨折切复内固定术	17000
19	胫骨平台骨折切复内固定术	19000
20	主动脉支架置入术	90000

表 2　西安市医保部分体内置放材料最高限价（三甲）

序号	体内置放材料	最高限价
1	脊柱内固定系统	2000-27000 元/套
2	全膝关节	25000 元/套
3	人工全髋关节	20000 元/套
4	人工半髋关节	15000 元/套
5	经皮椎体成形术材料	20000 元/套
6	股骨骨折	8000 元/套
7	胫骨骨折	6000 元/套
8	腓骨骨折	5000 元/套
9	冠脉、肾动脉、髂动脉、颈动脉、椎动脉支架	11000 元/个
10	消化道支架	5000 元/个
11	脑血管畸形介入材料	40000 元/套
12	心脏起搏器	30000 元/台
13	封堵器	10000 元/个
14	主动脉覆膜支架	60000 元/个
15	心脏瓣膜	8000 元/个
16	人工晶体	1400 元/个

注意：**ICD 埋藏式自动复律除颤器、器官保存液（不含肾保存液）、供体器官获取保存费、化疗泵、电子镇痛泵、微量泵、输液泵、胰岛素泵及延长管等均不予报销。**

缴费方式

医保范围内费用按报销比例医院垫付，个人支付部分由个人预付；范围外费用个人预付。

业务流程

门诊开具入院证 → **入院处办理住院手续**（预交住院费） → **医保办入院审核登记**
携：医保本
身份证
（系统限 24 小时） → **相关科室就诊**

出院当日护士站点击出院（停止计费），主管医生完成电子病历首页，提供医患协议书给患者复印 → **医保办出院审核结算**
携：医保本
身份证
医患协议书

生 育

报销政策

生育（含早产）：剖宫产 3000 元，顺产 2000 元

生育保险统筹基金不予支付情况：

①除妊娠 7 个月（含 7 个月）以上分娩或妊娠不满 7 个月早产的之外，其他生育医疗费均不予支付。

②因犯罪、酗酒、吸毒、自伤、责任事故等造成终止妊娠的，因医疗事故发生的医疗费，使用人类辅助生殖技术手段发生的除分娩医疗费外的费用的生育保险统筹基金不予支付。

缴费方式

住院全额预付，出院时按报销政策结算退款

业务流程

门诊开具入院证 → 入院处办理住院手续（预交住院费） → 相关科室就诊 → 出院一周后医保办出院审核结算
携：医保本、身份证原件及复印件

西安市离休人员

门 诊

1. 普通门诊

普通门诊

携带：离休人员医保本、医保卡

报销比例：

医保范围内药品及诊疗项目费用：**100%**

自费药品及诊疗项目费用：

参加工作时间在 1945 年 9 月 2 日之前报 100%，之后 85%

审批规定：对症施治，药品量不能超过 2 周

2. 门诊特殊治疗

❶放疗

肿瘤患者治疗

携带：离休人员医保本、医保卡、病案首页、病历报告

报销比例：100%

审批规定：总费用不超 2 万元；无需审批，直接窗口办理

❷血液透析

肾衰竭血透患者治疗

携带：离休人员医保本、医保卡、306 审批表、双处方、治疗单

报销比例：100%

审批规定：首次或变化方案时审批

注意：血液滤过，参加工作时间在 45 年 9 月 2 日之前报 100%，之后 98.5%

业务流程

门诊医生开单 → 门诊医保办办理审核手续 → 门诊收费处缴费 → 门诊医保办交发票取回证件

住 院

报销政策

起付标准：无

报销比例：

医保范围内费用 100%

医保范围外费用 1945 年 9 月 2 日前参加工作 100%，后 85%

年度报销封顶线： 不封顶

床位费支付标准：

县团级及以下 60 元/床·日

地市级及以上 80 元/床·日

支付标准：

对症施治，实报实返

体内置放材料限价 见表 1

外伤 应属工伤范畴的、有第三方责任的、应由公共卫生负担的、在境外就医的均不予报销；患者受伤时间、原因、经过等，病案记载与本人书面情况差距较大的，需自费住院治疗，出院后交由参保地医保经办机构调查处理。

缴费方式

医保范围内费用医院全额垫付；范围外费用 15%个人预付。

业务流程

门诊开具入院证 → 入院处办理住院手续（预交住院费） → 医保办入院审核登记
携：医保本
医保卡

→ 相关科室就诊 → 出院一周后，医保办出院审核结算
携：病历复印件（含病历首页、长期医嘱、临时医嘱、医患协议书）
医保本
医保卡

限价材料

表 1　西安市医保部分体内置放材料最高限价（三甲）

序号	体内置放材料	最高限价
1	脊柱内固定系统	2000-27000 元/套
2	全膝关节	25000 元/套
3	人工全髋关节	20000 元/套
4	人工半髋关节	15000 元/套
5	经皮椎体成形术材料	20000 元/套
6	股骨骨折	8000 元/套
7	胫骨骨折	6000 元/套
8	腓骨骨折	5000 元/套
9	冠脉、肾动脉、髂动脉、颈动脉、椎动脉支架	11000 元/个
10	消化道支架	5000 元/个
11	脑血管畸形介入材料	40000 元/套
12	心脏起搏器	30000 元/台
13	封堵器	10000 元/个
14	主动脉覆膜支架	60000 元/个
15	心脏瓣膜	8000 元/个
16	人工晶体	1400 元/个

注意：ICD 埋藏式自动复律除颤器、器官保存液（不含肾保存液）、供体器官获取保存费、化疗泵、电子镇痛泵、微量泵、输液泵、胰岛素泵及延长管等均不予报销。

报销比例

限价内费用：100%

超出限价部分费用：50%按 100%

余 50%，按 1945 年 9 月 2 日前参加工作 100%，之后参加工作 85%

高新区医保

门 诊

门诊特殊检查（见表 1）

表 1　西安市医保门诊特殊检查项目

序号	检查名称	单次最小费用（元）	报销比例	报销金额（元）
1	普通 CT	210	70%	147
2	增强 CT	250	70%	175
3	磁共振	550	70%	385
4	增强磁共振扫描	600	70%	420
5	电子胃十二指肠镜检查	220	70%	154
6	电子结肠镜检查	330	70%	231
7	体外冲击破碎石	720	70%	504
8	心动超声	160	70%	112
9	动态心电图	150	70%	105
10	核素扫描（全身骨扫面、心肌灌注）	240	70%	168
11	颅内多普勒（TCD）	60	70%	42
14	宫腔镜	440	70%	308
15	（冠脉）64 排 CT 血管成像 CTA	1250	50%	625
16	高压氧治疗	80	70%	56

注意：CTA 针对心电图异常心肌缺血、ST 段压低（胸痛）及做过支架手术等患者报销需提供：支架病理报告、门诊病例及心电图报告

业务流程

门诊医生开单 → 门诊医保办办理审核手续 → 门诊收费处缴费 → 门诊医保办交发票取回证件

住 院

报销政策

起付标准

年度内第一次住院950元，第二次800元，第三次550，第四次及以上0元

报销比例

在职 85-95%，退休 89-95%

年度报销封顶线 40万

床位费支付标准 30元/床·日

支付标准

对症施治，实报实返

体内置放材料限价 见表1

生育 生育相关医疗费用回本单位咨询报销

外伤 外伤相关医疗费用回本单位咨询报销

表1 西安市医保部分体内置放材料最高限价（三甲）

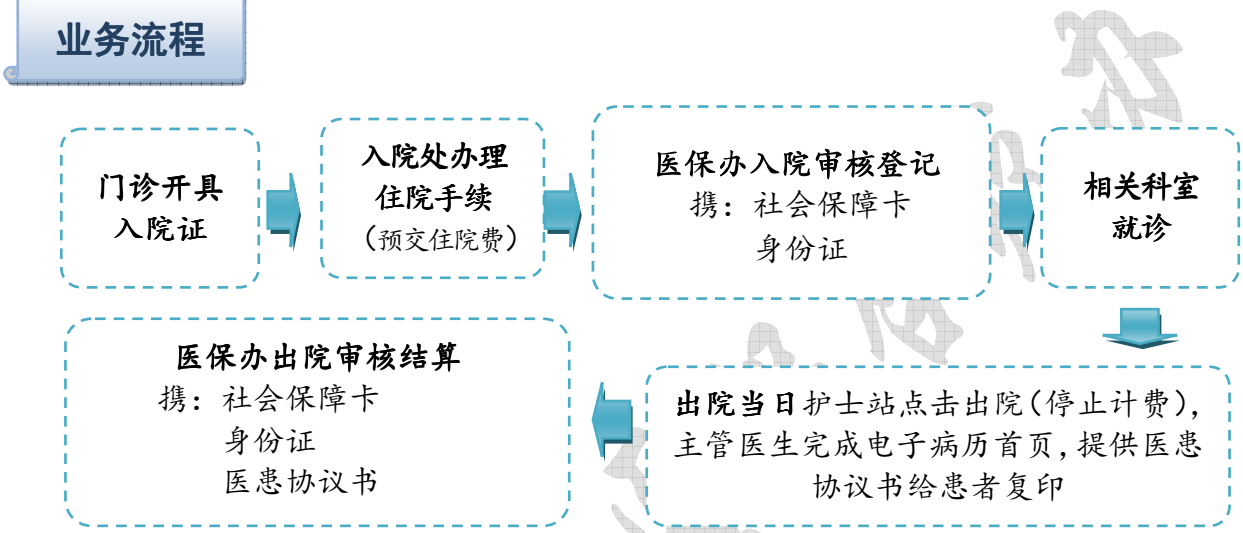
序号	体内置放材料	最高限价
1	脊柱内固定系统	2000-27000元/套
2	全膝关节	25000元/套
3	人工全髋关节	20000元/套
4	人工半髋关节	15000元/套
5	经皮椎体成形术材料	20000元/套
6	股骨骨折	8000元/套
7	胫骨骨折	6000元/套
8	腓骨骨折	5000元/套
9	冠脉、肾动脉、髂动脉、颈动脉、椎动脉支架	11000元/个
10	消化道支架	5000元/个
11	脑血管畸形介入材料	40000元/套
12	心脏起搏器	30000元/台
13	封堵器	10000元/个
14	主动脉覆膜支架	60000元/个
15	心脏瓣膜	8000元/个
16	人工晶体	1400元/个

注意：ICD埋藏式自动复律除颤器、器官保存液（不含肾保存液）、供体器官获取保存费、化疗泵、电子镇痛泵、微量泵、输液泵、胰岛素泵及延长管等均不予报销。

缴费方式

医保范围内费用按报销比例医院垫付，个人支付部分由个人预付
范围外费用个人预付。

业务流程



第三章 省内医保异地就医

总则及转诊流程

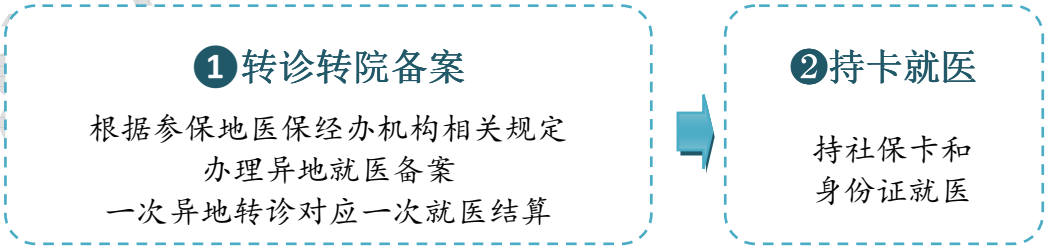
总 则

1. 陕西省范围内经参保地规范网上技术转诊或异地安置备案的职工医保、居民医保，在我院实行省内异地就医联网结报。
2. 就医地目录，参保地政策。
   即按照**省医保结算系统中“三大目录”**执行，根据各参保地补偿政策标准进行报销。
3. 门急诊相关医疗费用回参保地咨询报销。
4. 生育相关医疗费用回参保地咨询报销。

转诊备案流程

范围：异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员

异地转外人员（因参保地医疗条件受限，需转外就医）



具体咨询参保地医保经办机构 或 拨打参保地 12333。

咸阳市

报销政策

咸阳市职工

起付标准 转外就医 2000 元/次

异地安置 970 元/次

报销比例 在职 80%，退休 82%

统筹基金最高支付限额 7 万

年度报销封顶线 33.5 万

床位费支付标准 30 元/床·日

咸阳市居民

起付标准

转外就医 18 周岁以上 2000 元/次
0-18 周岁 1430 元/次

异地安置 18 周岁以上 800 元/次
0-18 周岁 400 元/次

报销比例

转外就医 18 周岁以上 65%
0-18 周岁 60%

异地安置 18 周岁以上 70%
0-18 周岁 65%

统筹基金最高支付限额 7 万

年度报销封顶线 33.5 万

缴费方式

职工：（医保范围内费用-2000 元）的 50%医院垫付；其余费用个人预付。

居民：住院全额预付，出院时按医保政策报销退款。

就医流程

门诊开具入院证 → 入院处办理住院手续（预交住院费） → 医保办入院审核登记 携：医保证件 身份证 → 相关科室就诊

相关科室就诊 → 出院当日护士站点击出院（停止计费）主管医生完成电子病历首页 → 医保办出院审核结算 携：医保证件 身份证

宝鸡市

报销政策

宝鸡市职工

起付标准 转外就医 1800 元/次

异地安置 1500 元/次

报销比例 转外就医 83%

异地安置 85%

统筹基金最高支付限额 13 万

年度报销封顶线 30 万

床位费支付标准 30 元/床·日

宝鸡市居民

起付标准

普通居民 1800 元/次

大学生及少儿 1100 元/次

报销比例 60%

年度报销封顶线 30 万

缴费方式

职工：（医保范围内费用-2000 元）的50%医院垫付；其余费用个人预付。

居民：住院全额预付，出院时按医保政策报销退款。

就医流程

门诊开具入院证 → **入院处办理住院手续**（预交住院费） → **医保办入院审核登记**（携：医保证件 身份证） → **相关科室就诊**

相关科室就诊 → **出院当日**护士站点击出院（停止计费）主管医生完成电子病历首页 → **医保办出院审核结算**（携：医保证件 身份证）

渭南市

报销政策

渭南市职工

起付标准

转外就医 年度内第一次住院 800 元，第二次及以上720 元

异地安置 年度内第一次住院 550 元，第二次及以上495 元

报销比例 在职 81%，退休 83%，

大病90%（年度内报销累计超10 万以上费用）

统筹基金最高支付限额 10 万

年度报销封顶线 20 万

床位费支付标准 30 元/床·日

渭南市居民

起付标准 650 元/次

报销比例 60%

统筹基金最高支付限额

成人 7 万，儿童 10 万

年度报销封顶线

成人 37 万，儿童 40 万

缴费方式

职工：（医保范围内费用-2000 元）的50%医院垫付；其余费用个人预付。

居民：住院全额预付，出院时按医保政策报销退款。

就医流程

门诊开具入院证 → 入院处办理住院手续（预交住院费） → 医保办入院审核登记 携：医保证件 身份证 → 相关科室就诊

相关科室就诊 → 出院当日护士站点击出院（停止计费）主管医生完成电子病历首页 → 医保办出院审核结算 携：医保证件 身份证

商洛市

报销政策

商洛市职工

起付标准

年度内第一次住院 600 元，第二次 460 元，第三次及以上 320 元

报销比例

转外就医 在职72-82%，退休74-84%

异地安置 在职82-92%，退休84-94%

大病90%（年度内报销累计超4万以上费用）

统筹基金最高支付限额 4 万

年度报销封顶线 40 万

床位费支付标准 20 元/床·日

商洛市居民

起付标准 384 元/次

报销比例 普通居民 60-70%

学生儿童、大学生 65-75%

统筹基金最高支付限额 11 万

年度报销封顶线 30 万

缴费方式

职工：（医保范围内费用-2000 元）的50%医院垫付；其余费用个人预付。

居民：住院全额预付，出院时按医保政策报销退款。

就医流程

门诊开具入院证 → 入院处办理住院手续（预交住院费） → 医保办入院审核登记 携：医保证件 身份证 → 相关科室就诊

相关科室就诊 → 出院当日护士站点击出院（停止计费）主管医生完成电子病历首页 → 医保办出院审核结算 携：医保证件 身份证

延安市

报销政策

延安市职工

起付标准

年度内第一次住院 700 元
第二次 500 元，第三次及以上 300 元

报销比例

45 岁及以下 80%
45 岁以上 81%
退休 82%
大病90%（年度内报销累计超4万以上费用）

统筹基金最高支付限额 4 万

年度报销封顶线 24 万

床位费支付标准 25 元/床·日

延安市居民

起付标准 3000 元

报销比例

城乡居民 50%

建档立卡贫困人口 60%

年度报销封顶线 20 万

缴费方式

职工：（医保范围内费用-2000 元）的50%医院垫付；其余费用个人预付。

居民：住院全额预付，出院时按医保政策报销退款。

就医流程

门诊开具入院证 → 入院处办理住院手续（预交住院费） → 医保办入院审核登记 携：医保证件 身份证 → 相关科室就诊

相关科室就诊 → 出院当日护士站点击出院（停止计费）主管医生完成电子病历首页

出院当日护士站点击出院（停止计费）主管医生完成电子病历首页 → 医保办出院审核结算 携：医保证件 身份证

榆林市

报销政策

榆林市职工

起付标准

建议转诊 1000 元
自主转诊 1000 元
异地安置 年度内第一次住院500 元
第二次400 元，第三次及以上300 元

报销比例

转外就医 在职 87%，退休 89%
自主转诊 在职 82%，退休 84%
异地安置 在职 90%，退休 92%
大病90%（年度内报销累计超10 万以上费用）

统筹基金最高支付限额 10 万

年度报销封顶线 不封顶

床位费支付标准 30 元/床·日

榆林市居民

起付标准 1000 元

报销比例 65%

年度报销封顶线 30 万

缴费方式

职工：（医保范围内费用-2000 元）的50%医院垫付；其余费用个人预付。

居民：住院全额预付，出院时按医保政策报销退款。

就医流程

门诊开具入院证 → 入院处办理住院手续（预交住院费） → 医保办入院审核登记 携：医保证件 身份证 → 相关科室就诊

相关科室就诊 → 出院当日护士站点击出院（停止计费）主管医生完成电子病历首页

出院当日护士站点击出院（停止计费）主管医生完成电子病历首页 → 医保办出院审核结算 携：医保证件 身份证

汉中市

报销政策

汉中市职工

起付标准

转外就医　年度内第一次住院 2400 元
第二次及以上 2160 元

异地安置　年度内第一次住院 2000 元
第二次及以上 1800 元

报销比例

在职 90%，退休 92%

病94%（年度内报销累计超6万以上费用）

统筹基金最高支付限额　6 万

年度报销封顶线　12 万

床位费支付标准　20 元/床·日

汉中市居民

起付标准

年度内第一次住院 3000 元

第二次及以上 2700 元

报销比例　50%

年度报销封顶线　15 万

缴费方式

职工：（医保范围内费用-2000 元）的50%医院垫付；其余费用个人预付。

居民：住院全额预付，出院时按医保政策报销退款。

就医流程

门诊开具入院证 → 入院处办理住院手续（预交住院费） → 医保办入院审核登记 携：医保证件 身份证 → 相关科室就诊

相关科室就诊 → 出院当日护士站点击出院（停止计费）主管医生完成电子病历首页 → 医保办出院审核结算 携：医保证件 身份证

安康市

报销政策

安康市职工

起付标准

45 岁及以下　年度内第一次住院1000 元
第二次700 元，第三次及以上0 元

45 岁以上　年度内第一次住院900 元
第二次600 元，第三次及以上0 元

报销比例

45 岁及以下 80%
45 岁以上 81%
退休 82%
大病90%（年度内报销累计超4 万以上费用）

统筹基金最高支付限额　4 万

年度报销封顶线　24 万

床位费支付标准　25 元/床·日

安康市居民

起付标准

成人　年度内第一次住院600 元
第二次300 元，第三次及以上0 元

儿童　年度内第一次住院 300 元
第二次 150 元，第三次及以上 0 元

报销比例　具体参保地手工结算

年度报销封顶线

成人 6 万，儿童 8 万

缴费方式

职工：（医保范围内费用-2000 元）的50%医院垫付；其余费用个人预付。

居民：住院全额预付，出院时按医保政策报销退款。

就医流程

门诊开具入院证 → **入院处办理住院手续**（预交住院费） → **医保办入院审核登记**　携：医保证件　身份证 → **相关科室就诊**

出院当日护士站点击出院（停止计费）
主管医生完成电子病历首页 → **医保办出院审核结算**　携：医保证件　身份证

铜川市

报销政策

铜川市职工

起付标准

45 岁及以下 年度内第一次住院 1500 元，第二次 1200 元，第三次及以上 0 元

45 岁以上 年度内第一次住院 1300 元，第二次 1000 元，第三次及以上 0 元

报销比例 45 岁及以下 87%

45 岁以上 89%

退休 91%

大病90%（年度内报销累计超10万以上费用）

统筹基金最高支付限额 10 万

年度报销封顶线 不封顶

床位费支付标准 25 元/床·日

铜川市居民

起付标准 3000 元/次

报销比例 55%

统筹基金最高支付限额 10 万

年度报销封顶线 16 万

缴费方式

职工：（医保范围内费用-2000 元）的50%医院垫付；其余费用个人预付。

居民：住院全额预付，出院时按医保政策报销退款。

就医流程

门诊开具入院证 → 入院处办理住院手续（预交住院费） → 医保办入院审核登记 携：医保证件 身份证 → 相关科室就诊

相关科室就诊 → 出院当日护士站点击出院（停止计费）主管医生完成电子病历首页 → 医保办出院审核结算 携：医保证件 身份证

韩城市

报销政策

韩城市职工

起付标准

转外就医　年度内第一次住院 1000 元
第二次及以上 900 元

异地安置　年度内第一次住院 600 元第二次及以上 540 元

报销比例　在职 81%，退休 83%

大病90%（年度内报销累计超10万以上费用）

统筹基金最高支付限额　10 万

年度报销封顶线　30 万

床位费支付标准　30 元/床·日

韩城市居民

起付标准　2000 元/次

报销比例　普通居民 55%

精准扶贫 63%

80 周岁以上 80%

90 周岁以上 90%

年度报销封顶线　15 万

缴费方式

职工：（医保范围内费用-2000 元）的50%医院垫付；其余费用个人预付。

居民：住院全额预付，出院时按医保政策报销退款。

就医流程

门诊开具入院证 → 入院处办理住院手续（预交住院费） → 医保办入院审核登记 携：医保证件 身份证 → 相关科室就诊

相关科室就诊 → 出院当日护士站点击出院（停止计费）主管医生完成电子病历首页 → 医保办出院审核结算 携：医保证件 身份证

杨凌示范区

报销政策

杨凌示范区职工

起付标准 年度内第一次住院 850 元，第二次 650 元，第三次 400，第四次及以上 0 元

报销比例 在职 86%，退休 88%，大病 92%（年度内报销累计超15万以上费用）

统筹基金最高支付限额 15 万

年度报销封顶线 35 万

床位费支付标准 40 元/床·日

杨凌示范区居民

起付标准 5000 元/次

报销比例 40%

年度报销封顶线 13 万

缴费方式

职工：（医保范围内费用-2000 元）的50%医院垫付；其余费用个人预付。

居民：住院全额预付，出院时按医保政策报销退款。

就医流程

门诊开具入院证 → 入院处办理住院手续（预交住院费） → 医保办入院审核登记 携：医保证件 身份证 → 相关科室就诊

相关科室就诊 → 出院当日护士站点击出院（停止计费）主管医生完成电子病历首页 → 医保办出院审核结算 携：医保证件 身份证

第四章 跨省医保异地就医

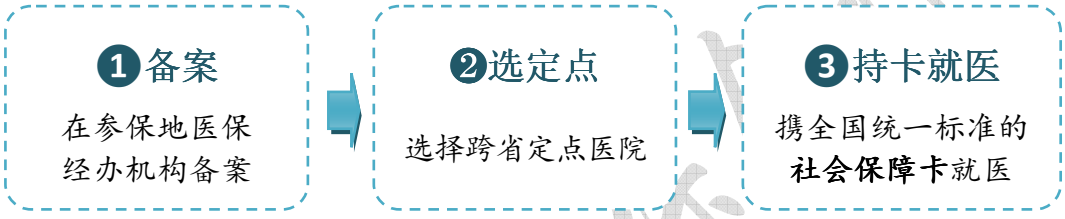
报销政策

1. 全国范围内经参保省份规范网上技术转诊或异地安置备案的职工医保、居民医保，在我院实行跨省异地就医联网结报。
2. **就医地目录，参保地政策**。即按照省医保结算系统中“三大目录”执行，根据各参保地补偿政策标准进行报销。
3. 门急诊相关医疗费用回参保地咨询报销。
4. 生育相关医疗费用回参保地咨询报销。
5. 未经规范转诊或异地就医备案的，出院后回参保地咨询报销，需以下资料：
    - ✎结账发票
    - ✎诊断证明（盖章）
    - ✎出院证（盖章）
    - ✎费用清单
    - ✎医院等级证明
    - ✎全套病历

缴费方式

住院暂全额预付，出院时按报销政策结算退款。

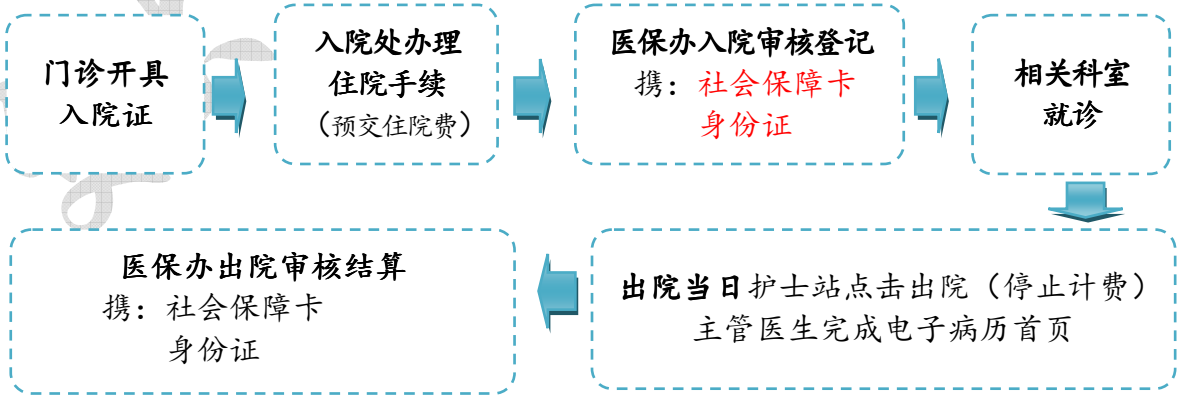
转诊备案流程



具体咨询方式：

1. 拨打参保地医保经办机构电话 或 参保地 12333 电话
2. 全国医保联网信息查询系统：http://si.12333.gov.cn

就医流程



第二部分 新农合

交大一附院医保合疗办

第一章 陕西省新农合

门急诊

（1）**门诊费用**：院前普通门诊的检查化验费用均不予报销。

（2）**急诊费用**：急诊留观后连续住院，急诊留观 72 小时内医疗费用纳入本次住院费用予以报销。

（3）**住院期间院外检查不予报销。**

西大一附院医保合疗办

住 院

报销政策

公式：报销金额=（住院总费用 - 全自费项目费用 - 起付标准 - 个人先自付费用）× 55%

起付标准：3000 元

14 岁及以下儿童、耳鼻喉/眼科2100 元，精神分裂症2000 元
恶性肿瘤患者在同一家医院放化疗，年度内累计扣减一个起付线

报销比例：55% （肺结核 70%，80 周岁以上 80%，90 周岁以上 90%）

年度报销封顶线：13 万

床位费支付标准：32 元/床·日

外伤：回参合区县合疗经办中心咨询办理报销事宜。

生育：顺产 380 元，剖宫产 800 元
异位妊娠、妊娠合并疾病、保胎、生育合并并发症手术按比例报销

大型医疗仪器设备检查检验费用报销：

单价150 元以上检查化验费，个人先自付30%后，余下费用纳入按比例报销。

特殊材料报销：

不分国产、进口合资，按照材料单价限额分段进行报销，见表 1

儿童先心病（0-14 周岁）定额结算标准：见表 2

表 1 特殊材料报销标准

金额范围	报销标准
单价 2000 元以内	按比例进行报销
单价 2000-10000 元	2000 元以内按比例报销 超出 2000 元部分个人先自付 50%，余下费用按比例报销。
单价 10000-30000 元	2000 元以内按比例报销 超出 2000 元部分，个人先自付 60%，余下费用按比例报销。
单价 30000 元以上	2000 元以内按比例报销 超出 2000 元部分，个人先自付 70%，余下费用按比例报销。

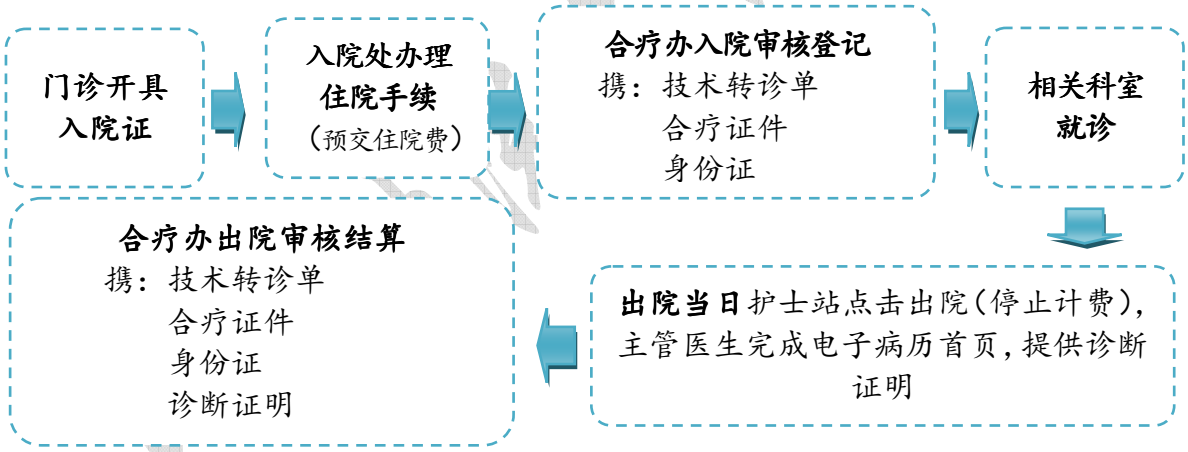
表 2　儿童先心病定额结算标准（万元）

疾病名称	年龄或分组	费用定额	医疗救助	个人负担
儿童先天性房间隔缺损	0-14 岁	2.5	1.75	0.75
儿童先天性室间隔缺损	1 岁以下	5	3.5	1.5
	1-3 岁	4	2.8	1.2
	3 岁以上	2.5	1.75	0.75
儿童先天性动脉导管未闭	3 个月以下	3	2.1	0.9
	3 个月以上-14 岁	1.5	1.05	0.45
儿童先天性肺动脉狭窄	0-14 岁	3	2.1	0.9

缴费方式

住院全额预付，出院时按报销政策结算退款。

就医流程



注意：

1. 以下几种情况免开转诊单

急性重大传染病（急性肝炎、肺结核）、危重、急症患者；

5 岁以下儿童、65 岁以上老人、孕产妇；

白血病、恶性肿瘤、术后复诊（限 1 月内）首次到上级医院住院需开具技术转诊单，年度内后续治疗免开转诊单，使用复印件即可。

2. 未经规范转诊的，出院后回参合地咨询报销。

携带：结账发票、诊断证明（盖章）、出院证（盖章）、费用清单、全套病历

第二章 跨省新农合

住 院

2017 年 6 月 1 日起，协议省份（甘肃省、海南省、辽宁省、吉林省、安徽省、贵州省、西藏、四川省（凉山州、雅安市、攀枝花市、内江市、达州市、广安市、绵阳市））新农合患者经本省规范技术转诊或异地安置，在我院异地就医住院，出院可享受新农合联网即时结报服务。患者仅需支付个人自付金额，不需要再回参合地报销。

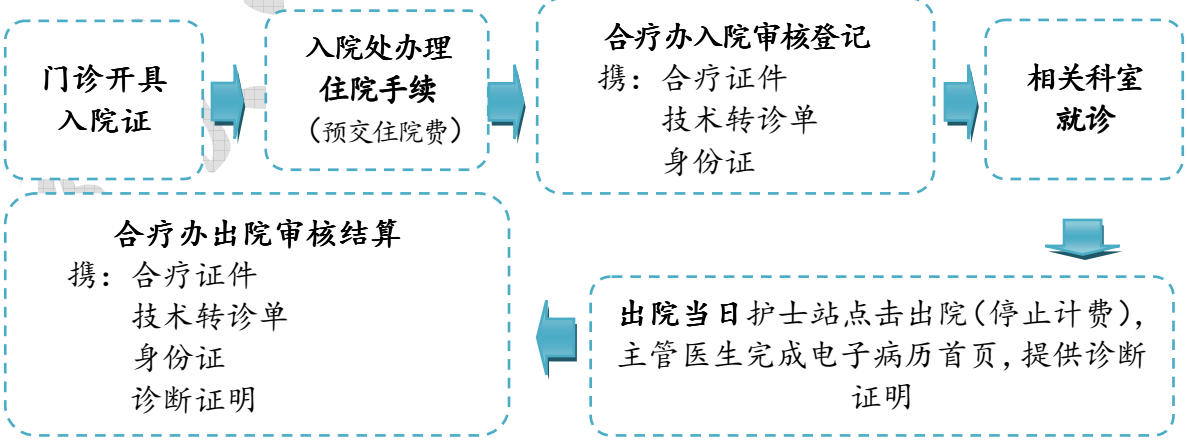
报销政策

参照陕西省新农合目录，实行参保地补偿政策报销。

缴费方式

住院全额预付，出院时按报销政策结算退款。

就医流程



第三章 陕西省健康扶贫

报销规定

（1）贫困人口就医，在新农合基本报销比例的基础上，**提高 10%**比例进行报销。

（2）贫困人口就医，下列 11 种疾病纳入新农合大病专项救治范围，实行按病种付费管理，报销比例 70%。见表 1

（3）贫困人口就医，临床诊疗须优先选择可报销诊疗项目，所使用**不合规医疗费用（即自费项目）不超过住院总费用的 8%。**

表 1 新农合贫困人员大病专项救治按病种付费定额

序号	疾病名称	年龄或分组	费用定额（万元）	治疗方案
1	儿童先天性心脏房间隔缺损	18 岁以下且≥3 岁	2.5	国家卫生计生委 2016 年版农村贫困人口大病专项救治疾病临床路径。
2	儿童先天性心脏室间隔缺损	1 岁以下	5	
		1-3 岁	4	
		3 岁以上	2.5	
3	儿童先天性动脉导管未闭	3 个月以下	3	
		3 个月以上-14 岁	1.5	
4	儿童先天性肺动脉瓣狭窄	0-14 岁	3	
5	儿童急性淋巴细胞白血病	标危组	8	
		中危组	15	
6	儿童急性早幼粒细胞白血病	0-14 岁	8	
7	结肠癌		3.9	
8	直肠癌		3.9	
9	食道癌		4	
10	胃癌		3.8	
11	终末期肾病		6.7	

缴费方式

（医保范围内费用-3000 元）的 40%医院垫付，其余费用个人预付。

就医流程

同陕西省新农合

✎医保合疗办公室咨询联系电话：

医保住院　85324406　85323506

医保门诊　85324176

合疗住院　85324214　85324217

✎医保合疗办公室编制人员：

习应宜　王小莉　吴　沛　史　戈

张国莉　秦群霞　张萍香　郑香玲

西大一附医保合疗办