

1. 普通门诊统筹待遇

类别	统筹基金报销比例	限额
基层医疗机构	50%	1000元
二三级医疗机构（限儿科门诊）		

*此处丹阳市妇幼保健院、丹阳市云阳人民医院、丹阳市第三人民医院视同基层医疗机构。

2. 慢性病门诊统筹待遇

类别	病种	待遇
本市备案的定点医疗机构	高血压病、糖尿病、前列腺增生症、冠心病、慢性阻塞性肺病、肺源性心脏病、脑血管意外恢复期及后遗症期、帕金森氏病、帕金森氏综合症、类风湿性关节炎、慢性肾小球肾炎、肾病综合征，共12种 (系统性红斑狼疮和慢性肾功能衰竭<限非透析>移入门诊特殊病)	报50% 年度限额2500元
	精神病、慢性肝炎、癫痫、结核病（肺结核除外），共4种 (肺结核、再生障碍性贫血移入门诊特殊病)	报50% 年度限额4500元

3. 门诊特殊病统筹待遇

类别	病种	待遇
本市备案的二级以上定点医疗机构（透析可在专科医院）	恶性肿瘤5种、慢性肾功能衰竭（非透析治疗）、严重精神障碍7种、血友病、器官移植术后抗排斥治疗、再生障碍性贫血、系统性红斑狼疮、肺结核、儿童1型糖尿病、儿童孤独症、儿童生长激素缺乏症、先天性心脏病、甲亢，共23种	报70% 和住院共用 年度费用限额
	慢性肾功能衰竭血液透析、腹膜透析，共2种	报70% 不设最高支付限额

*（1）恶性肿瘤5种：包括恶性肿瘤放疗、化疗、介入治疗、生物靶向药物治疗、内分泌治疗；

（2）严重精神障碍7种：包括精神分裂症、分裂情感性障碍、偏执性精神病、双相情感障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍及其他严重精神障碍类疾病。

4. 住院统筹待遇

类别	起付标准		报销比例	年度限额
	首次住院	第二次及以上		
基层医疗机构	500元	250元	75%	年度内参保人员门诊和住院基本医疗保险费用累计最高可报30万元
二级医疗机构	1000元	500元	1千-1万元报55% 1万-5万元报65% 5万元以上报75%	
三级医疗机构	1000元	500元	1千-1万元报50% 1万-5万元报60% 5万元以上报70%	

注：参保人员发生的生育费用，城乡居民基本医疗保险基金按平产1000元（含产前检查费用）、剖宫产1200元（含产前检查费用）的标准支付。

5. 大病保险待遇

类别		待遇
重大疾病大病待遇	门诊	慢性肾功能衰竭血液透析、腹膜透析，共2种 其他特殊重大疾病如恶性肿瘤等8个病种
	住院 (在本市二级以上定点医院全程规范化治疗)	儿童白血病、儿童先天性心脏病、脑梗死、精神病、耐多药结核病、艾滋病机会性感染、急性心肌梗塞、唇腭裂、原发性肺癌、食道癌、胃癌、结肠癌、直肠癌、乳腺癌、宫颈癌、慢性粒细胞白血病、1型糖尿病、尿道下裂等18种
	大额费用大病待遇	符合费用经统筹报销后的个人自付30%部分，再报销70%，不设最高支付限额 原大病保险待遇并入门诊特殊病统筹待遇 医保制度内住院医疗费用的个人支付部分，大病保险基金再给予支付50% 年度内个人自付的医保制度内基本医疗费用，累计达15000元以上、10万元以下（含10万元）部分，大病保险基金支付60%；累计在10万元以上部分，大病保险基金支付70%

6. 城乡居民补充保险待遇

(仅限原城镇居民医保参保人员)

类别	待遇
门诊	未享受基本医疗保险报销的合规门诊费用，经大病保险、医疗救助等报销后的个人自负部分由补充保险基金报50%
住院	基本、大病等报销后个人自付的合规的二级及以上住院费用，普通居民再报（30+保险）%、最高50%，老年居民再报（45+保险）%、最高65%
年度限额	门诊年度报销限额2000元 门诊和住院年度报销限额10万元