

附件 1

合肥市职工医疗保险政策简介（2025 版）

一、个人账户划入标准和使用范围

人员类别	个人账户划入标准	使用范围
在职职工	本人按 2%比例缴纳的职工医保费全部划入	（一）职工医保个人账户用于支付职工本人及配偶、父母子女等近亲属如下费用： 1.在定点医药机构就医购药发生的由个人负担的医药费用； 2.在定点零售药店购买医疗器械或医用耗材费用，如口罩、血压计、血糖测试仪、血糖监测试纸、血糖注射针、体温计、酒精消毒液、轮椅等； （二）职工本人参加长期护理保险、安徽“惠民保”等个人缴费部分；职工在省内跨统筹地区为配偶、父母、子女缴纳参加我省城乡居民基本医疗保险、长期护理保险、安徽“惠民保”等。
退休职工	由统筹基金按 70 元/月标准定额划入	
灵活就业人员	不建立个人账户	

二、待遇享受

1.门诊待遇

待遇类别		基层医疗机构		二级和三级医疗机构		年度基金支付限额
		起付线	报销比例	起付线	报销比例	
门诊统筹	在职职工	200 元	60%	400 元	50%	4000 元
	退休人员		70%		60%	5000 元
门诊慢特病	患有我市规定的门诊慢特病病种（83 种），可以通过医保网上服务平台或者向医保经办机构申请慢特病门诊待遇。					
备注：1.参保人员住院期间发生的普通门诊费用、慢特病门诊个人自付费用以及健康体检、公共卫生等不属于基本医疗保险支付范围的费用，普通门诊统筹基金不予支付，不计入普通门诊费用累计范围。 2.普通门诊医疗费用不纳入大病保险、医疗救助基金支付范围。						

2.住院待遇

待遇类别		三级医院	二级医院	一级医院
起付标准		600 元	400 元	200 元
报销比例	在职	90%	92%	94%
	退休	95%	96%	97%
备注：一个年度内住院两次及以上的，自第二次住院起基金起付标准减半。				

3.大病保险待遇

参保人员在定点医疗机构发生的符合规定的住院和慢特病门诊费用经基本医保报销后，个人承担的超过起付标准的部分纳入大病保险报销范围。大病保险年度支付限额为 30 万元。

大病起付线	起付线以上分段	报销比例
1.5 万元	0-5 万元	60%
	5-10 万元	65%
	10-20 万元	75%
	20 万元以上	80%
备注:特困、低保、返贫致贫人口起付线 0.75 万元，报销比例分别提高 5 个百分点，不设年度支付限额。		

4.生育保险待遇

(1) 产前检查和分娩医药费用补助

待遇类别	生育前（含 7 个月以上引产）的产前检查	顺产	助娩产	剖宫产
医保补助标准	1000 元（生育时在定点机构一次性发放）	3300 元	3800 元	5300 元
		每多生育 1 名婴儿增加 10%		
1. 怀孕期间、生育当期、产假期间和计划生育手术当期有合并症或并发症按普通住院报销。生育、计划生育手术当期合并症、并发症住院按普通住院结算的，不再享受住院分娩费用定额支付政策。				
2. 参保男职工配偶未享受生育医疗费用待遇的，定额补助顺产（含助娩产）1600 元、剖宫产 2400 元。				

(2) 计划生育手术医药费用支付标准

类别	放置、取出宫内节育器	4 个月内流产		4 个月及以上流产	7 个月及以上引产	输卵(精)管绝育术	输卵(精)管复通术
		门诊	住院				
支付标准	240 元	500 元	800 元	1500 元	3000 元	1500 元	3500 元

(3) 职工生育津贴

类别	津贴天数	
分娩	1.顺产 98 天，助娩产或剖宫产的增加 15 天，生育多胞胎的，每多生育 1 个婴儿增加 15 天； 2.符合省计划生育奖励政策增加产假天数的，增发相应天数津贴。	
计划生育手术	4 个月以内流产的	按 15 天计发
	满 4 个月至 7 个月流产的	按 42 天计发
	满 7 个月及以上引产的	按 98 天计发
备注：1.生育津贴于生产的次月一次性发放。 2.用人单位因当年度社保缴费基数调整等原因，调整上年度缴费基数的，已发放的生育津贴不再调整。 3.处于连续参保状态的职工单位欠费的，参保单位应补齐生产前 6 个月的医疗保险费。		

生育津贴“免申即享”

参保职工在本市定点医疗机构生育的，医疗机构按规定将身份凭证（身份证、医保电子凭证、社保卡）及生育证（或生育保健服务证）等信息上传至医保信息系统，实行生育医疗费用直接结算及生育津贴待遇“免申即享”。参保人员异地生育无法直接结算及未能享受生育津贴“免申即享”的，在下一个结算年度结束前，凭身份凭证、生育证、医疗费用发票、费用清单、病历资料等到参保地医保经办机构或通过医保网上服务平台申请生育保险待遇。

三、异地就医

异地就医实行备案管理。

(一) 备案材料和办理方式

人员分类		备案材料	办理方式
异地居住人员	异地安置退休人员	“户口簿首页”和本人“常住人口登记卡”	通过“合肥医保”微信公众号或“安徽医保公共服务”小程序上传或现场向参保地医保经办机构申请
	异地长期居住人员	居住证	
	常驻异地工作人员	参保地工作单位派出证明、异地工作单位证明或劳动合同任选其一	
临时外出就医人员	异地转诊转院人员	在省、市三级医疗机构或县（市）最高级别医疗机构开具转诊单	由转诊转院医疗机构直接上传
	异地急诊抢救人员	由异地联网定点医疗机构按技术规范上传急诊抢救相关标识，视同已备案，无需单独备案申请	由异地急诊医疗机构直接上传
	其他临时外出就医人员	有效身份证件	通过“合肥医保”微信公众号或“安徽医保公共服务”小程序上传或现场向参保地医保经办机构申请

(二) 异地就医报销待遇

人员类别		待遇类别	起付线	报销比例	
				省内	省外
异地居住人员	异地安置退休人员	门诊统筹	按照本市相应级别医疗机构标准执行，在参保地和备案地双向享受待遇		
	异地长期居住人员	门诊慢特病			
	常驻异地工作人员	住院			
临时外出就医人员	异地转诊转院人员 异地急诊抢救人员	住院	600 元	按照本市同级别医疗机构报销比例降低 5 个百分点，大病保险分段报销比例分别降低 5 个百分点	按照本市同级别医疗机构报销比例降低 10 个百分点，大病保险分段报销比例分别降低 10 个百分点
		门诊慢特病	同本市相同级别医疗机构，一个年度内在多家医疗机构就诊的，按最高级别医疗机构住院医保起付标准执行		
	其他临时外出就医人员	住院	1200 元	按照本市同级别医疗机构报销比例降低 15 个百分点，大病保险分段支付比例分别降低 15 个百分点	按照本市同级别医疗机构报销比例降低 20 个百分点，大病保险分段支付比例分别降低 20 个百分点
		门诊慢特病	同本市相同级别医疗机构，一个年度内在多家医疗机构就诊的，按最高级别医疗机构住院医保起付标准执行		