

大家好，我是文文大宝贝儿。

医保是医疗险的基础，不管是职工医保、城镇居民医保、新农合这些都是算国家医保的。

但是医保在进行报销的时候，并不是住院期间的所有医疗费用都可以报销的，而是会有诸多限制：目录限制、起付线、封顶线限制、报销比例限制.....

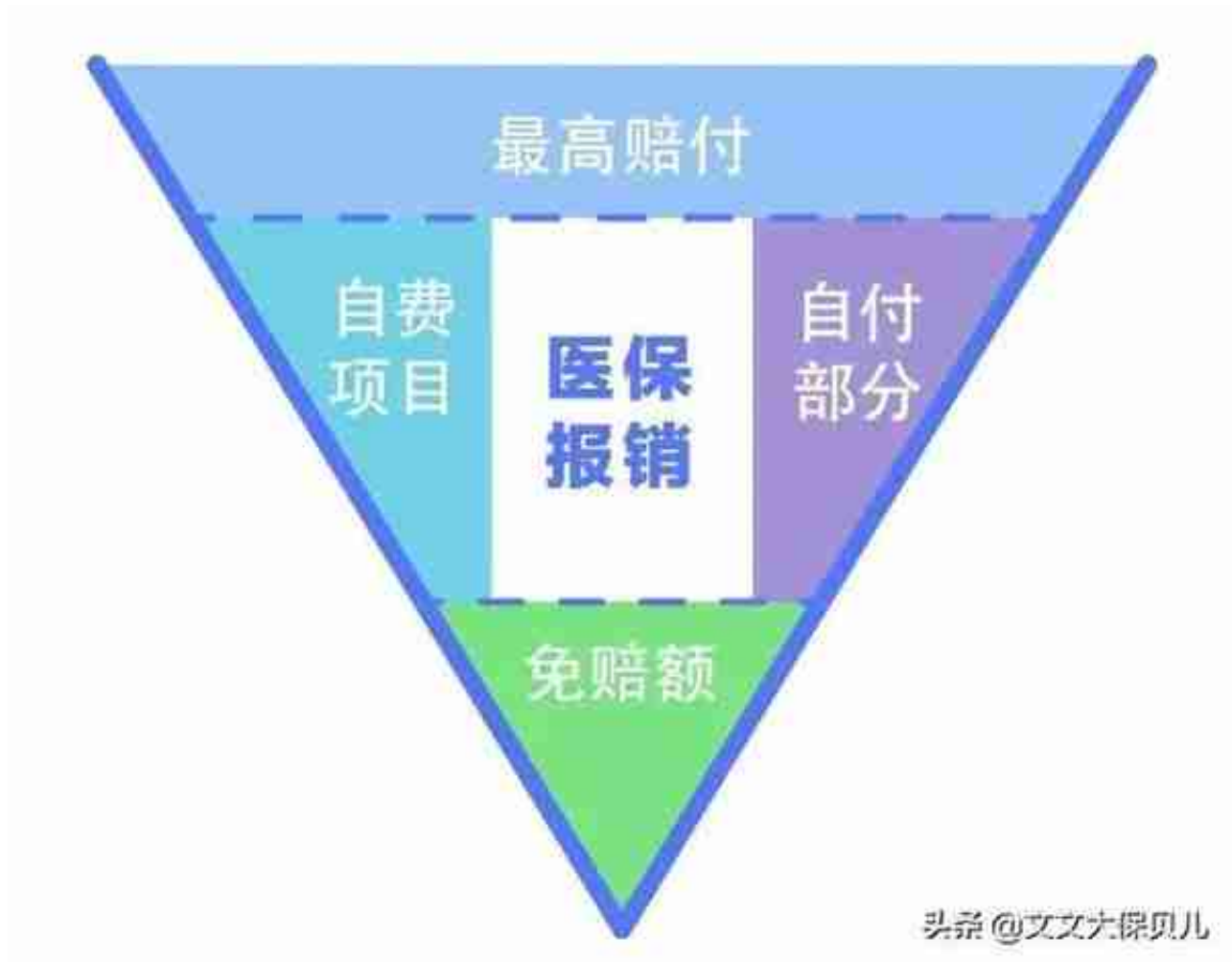
可以这么说，医保虽然是国家给咱们每个人的看病福利，但它却不是万能的。

	内容	报销
药品目录	甲类药	100%
	乙类药	按比例报销
诊疗项目	治疗费、检查费、手术费	全额报销、部分报销
服务设施	主要指床位费	普通病房的床位可报销 高端、特需病房需自费

参保人员使用药品、发生诊疗项目或使用医疗服务设施发生的费用，如果属于“三个目录”内的，可以按规定进行报销；

不属于“三个目录”内的，医保不予报销。

而像整容、减肥、近视等，这些超出社保范围外的项目，也是没办法报销的。



头条 @文文大宝贝儿

医保报销的比例虽然不低，可它是有起付线、报销限额和报销范围的。

最下边的是“起付线”，起付线就和商业保险中的“免赔额”是一样的，起付线以下的不能报；

最上边的“封顶线”，是医保基金的最高报销额，即参保人在一个年度内累计能从医保基金获得的最高报销金额，超过的也要自己掏。

那么，掐头去尾之后，中间的是不是都能报了呢？

也不是。

别忘了，还有不在医保目录内的费用，比如进口药、整形美容的费用，都属于自费医疗，以及剩余的自付部分，这些都是没有办法报销的。



(1) 门诊能报销多少钱？

在门诊看的病，很多都是小病，一般医保卡个人账户里的钱，就能直接当现金使用了。

所有花费不会太多，因此门诊一般要累计到一年限额的起报底线，超过了最低起付线的，才给按比例报销。

比如说北京，门诊报销的最低起付线是1800元，超过了，才可以报销。



(2) 住院能报销多少钱？

现在住院医保报销非常的方便，医院自动连接医保系统，出院时医保就直接报销住院的医疗费了。

还是以郑州的隔壁老王为例。



(3) 大病能报销多少钱？

重大疾病医保是可以进行二次报销的。

就是因为重大疾病，看病花费的钱太多，已经超过了基本医疗的报销上限，这样的情况下，为了减轻大家的医疗花费负担，就可以对花超的这部分钱，再次进行报销。

如果是职工医保，会进行专项的划扣，都是有缴纳的。

如果是居民医保，也有这个二次报销，很多地方是直接从基本医保基金中划拨的，都不需要再单独缴费。

还是以郑州的隔壁老王为例。

