绵阳市城乡居民基本医疗保险

一、整合城乡居民医保的目的意义

1、什么是城乡居民基本医疗保险？

城乡居民基本医疗保险是将原新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险进行整合，建立起适合于城乡居民的一种统一的基本医疗保险制度。整合后实行“六个统一”:统一覆盖范围、统一筹资政策、统一保障待遇、统一医保目录、统一协议管理、统一基金核算。

2、为什么要整合城乡居民基本医疗保险制度？

一是建立更加公平的基本医疗保险制度，进一步缩小和消除城乡居民医疗保险差别，提高城乡居民医疗待遇水平，使城乡居民共享改革开放和经济发展的成果；

二是整合城乡居民医疗保险制度并实行市级统筹，可扩大医保基金规模，增加基金抗风险能力、为进一步提高城乡居民医疗保险待遇打下基础；

三是扩大了定点医疗机构范围，能更加方便参保居民就医，并通过覆盖城乡的医疗保险信息管理系统实现住院、门诊、门诊慢性病和门诊特殊重症疾病费用即时结算，进一步缓解看病难、报销难。

二、参保缴费和医保待遇

3、哪些人员可以参加我市的城乡居民医疗保险?

具有绵阳市户籍的城乡居民、在绵阳市长期居住的市外户籍居民（包括在校学生和在园幼儿）、中断职工医保的人员、未享受职工医保待遇的退休人员，均可以参加我市城乡居民基本医疗保险。

4、城乡居民基本医疗保险个人缴费标准是多少？

参保居民个人缴费标准根据国家规定和绵阳市城乡居民人均可支配收入水平等因素确定，每年由市人社行政管理部门会同财政部门公布。2018年我市城乡居民基本医疗保险个人缴费标准为180元／人·年。

5、哪些特殊群体参加居民医保个人缴费部分政府给予补助？

省定建档立卡贫困人员、特困人员供养对象、重点优抚对象、1-2级重度残疾人员共4个群体个人缴费部分由财政全额代缴；低保对象和城乡困难群众2个群体个人缴费部分每年财政代缴不低于50元，财政代缴后的个人缴费差额部分由参保人员补足。符合多项资助条件的困难群众不得重复享受资助，按照就高不就低的原则享受其中一项。

6、学生参保在待遇方面有何照顾政策？

在册学生、在园幼儿在校期间发生无责任意外事故的门诊合规医疗费用，基金支付50%，年度每人最高支付限额为2000元，限当年使用。

7、参保居民能够享受哪些医保待遇？

住院医疗、符合计划生育政策的住院医疗、门诊慢性病和门诊特殊重症、普通

门诊、大病保险赔付和国家、省市规定的其他待遇。

1. 住院待遇

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 起付线和报销比例 | 定点医疗机构所在区域和等级 | | | | | | |
| 市内 | | | | | 市外 | |
| 社区卫生服务中心、乡镇卫生院 | 一级及无等级 | 二级 | 三级乙等 | 三级甲等 | 市外定点 | 非定点（急救、抢救费用） |
| 起付线 | 150 | 300 | 500 | 600 | 700 | 1000 | 1200 |
| 报销比例 | 88% | 80% | 73% | 68% | 60% | 45% | 40% |

**报销金额=（住院总费用—自费部分—起付线—自付部分）×医院报销比例；**

报销封顶线即最高报销额，为上年度我市城乡居民年均可支配收入的6倍。

(2)生育待遇：参保人员符合人口与计划生育政策规定的住院分娩医疗费用实行限额报销，顺产报销额度不超过800元、剖宫产报销额度不超过1200元。

因分娩发生羊水栓塞、子宫破裂、产褥热、产后出血、先兆子痫、胎盘滞留等6种严重并发症的，其分娩和并发症的医疗费用，按城乡居民医保住院医疗费用政策规定报销。

（3）门诊慢性病和门诊特殊重症疾病的报销待遇：门诊慢性病实行刷卡结算，门诊慢性病统筹基金按70%支付，单病种每人每年不超过500元，两种及以上每人每年不超过800元。

门诊特殊重症疾病按就诊医疗机构级别参照住院标准支付，应在市内二级甲等及以上医院或肾病、肿瘤专科医院就诊，由统筹基金支付的医疗费用凭社会保障卡刷卡结算。

（4）普通门诊待遇：一般诊疗费（含挂号费、诊查费、注射输液费、药事服务成本）报销比例为100%，其他门诊费用报销比例为70%，门诊统筹总额内按就诊人次支付，限额标准为每人每年120元。其中：一般诊疗费按年人均30元标准总额预算，其他门诊费用按90元标准总额预算，全年包干，超支自理，结余不累计到次年。。门诊统筹基金账户余额家庭成员可共用。

（5）大病保险待遇：大病保险由居民医保基金出资、个人不缴费。城乡居民在一个自然年度内住院费用在按基本医疗保险报销后，单次或累计个人自付的合规医疗费用超过大病保险起付线标准以上的部分，进行分段报销，大病保险没有最高支付限额。

8、参保登记和缴费时间的规定？

城乡居民基本医疗保险实行按年度一次性缴费，每年9月1日至12月31日为下年度保费的集中缴费期（特殊情况可顺延至次年2月底），参保居民应在集中缴费期内足额缴费，所缴保险费不退还。

参保人员缴纳保险费原则上通过社会保障卡（以下简称“社保卡”）实行银行代扣和机构代缴，未申领到社保卡的人员可通过银行转账、刷卡等方式缴费。参保人员也可向户籍地或居住地乡镇（街道）劳动就业和社会保障服务中心申请缴费。

9、参保登记时应提供哪些证件和资料？

城乡居民应以家庭为单位（含户口簿上登记的全部家庭成员）在户籍地或居住地乡镇（街道）劳动就业和社会保障服务中心办理参保手续（已参加城镇职工医保的除外家庭成员）。本市户籍居民参保时应提供户口簿、社保卡或身份证；市外户籍的家庭成员参保：城镇的还需提供居住证，农村的还需提供村委会出具的长期居住证明。

外市户籍学生，以学校为单位整体参保（本市户籍在校学生和在园幼儿在户籍地乡镇或社区办理参保），由学校负责统一办理相关手续；新生儿应在出生后90日内在户籍地乡镇（街道）劳动就业和社会保障服务中心办理参保；中断职工医保的应在中断之日起3个月内前往户籍地或居住地社保局办理参保关系转移接续手续。

10、参保后什么时候可以享受医保待遇？

从未参加过城乡居民医保的新参保人员，当年9月1日至12月31日期间缴纳次年度保险费，从次年1月1日起享受相应待遇；当年1月1日至2月底缴纳当年度保险费，从缴费到账之日起享受相应待遇。新生儿自出生之日起90日内参保的，自出生之日起享受相应待遇。

参加城乡居民医保后中断一年及以上缴费的参保人员，从缴费到账之日起6个月后享受相应待遇。

中断职工医保的在中断之日起3个月内办理职工医保转城乡居民医保手续的，自职工医保中断次月1日起享受相应待遇。

11、在哪些情况下缴费不能正常享受城乡居民医保待遇？

上年度未参加居民医保的，从缴费到账次日起满6个月后才能享受相应待遇；

中断职工医保在中断缴费当月起超过3个月参加城乡居民医保的，从办理转移缴费到账次日起满6个月后才能享受相应待遇；

新生儿自出生之日起超过90日参加居民医保的，当年9月1日至12月31日期间缴费的，从次年1月1日起享受相应待遇；当年1月1日至2月底缴费的，从缴费到账之日起享受相应待遇。

12、参保人员如何办理停保手续？

参保人员因死亡、入伍、升学（大学）、户籍转出、保险关系跨市转出、参加职工医保等原因需要终止城乡居民医保缴费的，应携带社保卡、户口本或身份证到参保地社保局申报办理停保手续。

13、参保居民居住地发生变化怎样办理手续？

参保居民在本市内居住地发生变化不办理停保手续，应持社保卡、居住证等材料到居住地乡镇（街道）劳动就业和社会保障服务中心申请办理变更参保地手续。

14、怎样申领社会保障卡？社会保障卡丢失后怎样补办？

参保后未申领社保卡的居民可携带本人身份证及户口薄到全市工商银行、农业银行、建设银行、中国银行、邮政银行、信用联社、市商业银行、交通银行8家银行公布的社保卡服务营业网点办理社保卡申领手续。如果本人不能亲自办理，可将相关资料交予委托人代办，需携带委托代办人身份证。

若社保卡丢失，可到社保卡开户银行办理挂失后直接办理补卡手续。

15、乡镇（街道）劳动就业和社会保障服务中心、社保局、医保局和银行分别办理哪些业务？

乡镇（街道）劳动就业和社会保障服务中心：参保登记、参保缴费、门诊慢性病资料（现金垫付后相关票据资料）代收、居住地（参保地）变更申请等业务；

社保局（参保地、居住地）：医保关系转移、停保等业务；

医保局：医保待遇手工报销申请、异地就医申请、异地转诊转院审核、双向转诊审核、受理门诊慢性病和特殊重症疾病申请、医保待遇咨询等业务；

银行：申请、挂失、补办本行发行的社保卡，重置本行发行的社保卡金融密码和医保密码。

三、就医服务与管理

16、城乡居民医保的报销范围是如何规定的？

城乡居民医保统一使用《四川省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、《四川省基本医疗保险诊疗项目目录》、《四川省基本医疗保险医疗服务设施项目范围》规定的药品、诊疗项目和服务设施目录。

17、哪些医疗费用不属于城乡居民基本医疗保险报销范围？

①除急救、抢救外在非定点医疗机构发生的医疗费用；②因吸毒、打架斗殴等违法犯罪行为所致伤病的医疗费用；③因自伤、酗酒、戒毒、性传播疾病（不含艾滋病）等进行治疗的医疗费用；④因美容、矫形、生理缺陷及不孕不育等进行治疗的医疗费用；⑤交通事故、意外伤害、医疗事故等应当由第三方责任承担医疗费赔付的部分；⑥在港澳台地区和境外发生的医疗费用；⑦按有关规定不予支付的其他情形。

18、怎样办理住院医疗手续？

参保居民到医院就医时，符合住院条件者，由医师开具入院证；参保居民持入院证、社保卡及本人身份证到定点医院住院收费处办理手续；无社保卡的参保人员，可暂凭身份证入院。

办理缴费确认后，刷社保卡办理入院手续。住院收费处查验有关证件后，要求患者预交部分费用（省定建档立卡贫困人员除外），通知住院科室办理医保住院手续。

参保患者出院时，医院医保科按照城乡居民医保政策的有关规定进行结算，参保患者缴纳个人自付自费部分的医疗费用后即可办理医保出院手续。

19、怎样办理逐级转诊？转诊后医疗费用如何结算？

鼓励参保居民按居住地就地就近就医。若参保人员到二级及以上医疗机构住院治疗，原则上由居住地乡镇卫生院、社区卫生服务中心转诊；到市内三级医疗机构住院治疗，由居住地县区人民医院、中医院、妇幼保健院转诊；到市外住院治疗，由市内三级医疗机构或县级医疗机构转诊。

除急危重症或抢救人员外，未办理异地转诊转院或备案直接在异地定点医疗机构住院的，报销比例降低20%；除65岁及以上老年人、0-6岁婴幼儿、重度残疾人、急危重症或抢救人员、门诊特殊重症患者、艾滋病患者外，未办理转诊转院直接在本市三级甲等医疗机构住院的，报销比例降低10%。

由低级别医疗机构转诊到高级别医疗机构住院的，住院起付标准按差额计，由高级别医疗机构转诊到低级别医疗机构治疗的，个人不再支付低级别医院住院起付线费用。未按程序办理转诊转院的病员不执行起付线补差政策。

20、对参保居民异地就医有哪些规定？

市外长期居住人员、经市内医疗机构转诊到市外就医人员，转院后5个工作日内须在参保地医保局办理异地就医书面备案手续；市外突发疾病人员急诊入院治疗的，在出院前可通过传真和委托他人方式向参保地医保局书面备案。

参保人员在市外定点医疗机构住院，或已办理长期异地就医备案人员在选定医疗机构（含备案地异地就医联网结算医疗机构）之外定点医疗机构住院的，未按规定办理异地就医备案的，报销比例降低20%。

21、参保居民在异地就医后怎样报销？

参保居民在市外就医应尽量通过异地联网定点医院即时结算，不具备联网即时结算条件的，原则上出院后3个月内持社保卡、原始发票、病历复印件、出院证、住院费用明细清单等资料，到参保地医保局报销。

22、门诊特殊疾病治疗的病种有哪些？

门诊慢性病具体病种为：原发性甲状腺功能亢进症，结核病，1型和2型糖尿病，脑血管意外后遗症，高血压Ⅱ期以上(合并有心、脑、肾损害)，冠状动脉粥样硬化性心脏病，慢性肺源性心脏病，帕金森病，银屑病，系统性红斑狼疮，原发性甲状腺功能减退症，重型精神病（以精神分裂症、分裂情感障碍、偏执性精神病、双相（情感）障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞为第一诊断的患者），慢性白血病（非放化疗），各种恶性肿瘤（非放化疗），慢性肾功能衰竭（非透析治疗）， 心脏换瓣术后，心脏安置永久性起博器术后，风湿性心脏瓣膜病，类风湿关节炎，肾病综合症，癫痫，肝硬化失代偿期（酒精性肝硬化不纳入），强直性脊柱炎，系统性硬化病（硬皮病），自身免疫性肝炎，肝豆状核变性，阿兹海默病。

门诊特殊重症疾病具体病种为：各种恶性肿瘤的放化疗，慢性肾功能衰竭透析治疗，肝、肾、骨髓移植术后的抗排异治疗，血友病，重型再生障碍性贫血，地中海贫血，恶性组织细胞病，白血病，肌萎缩性侧索硬化症，骨髓增生异常综合症。

23、如何办理门诊慢性病治疗待遇享受资格？

门诊慢性病患者持《绵阳市基本医疗保险门诊特殊疾病申报表》（需经我市二级甲等及以上医院2名指定的慢性病医师联合签名，市外提供三级医院1名副主任及以上医师签名）、身份证原件及复印件、1年以上5年以内诊治的检查单、化验单、门诊病历、门诊慢性病诊断书、出院证明等病史资料，向参保地医保局申报。医保局在15个工作日内作出可否享受待遇的回复，对符合条件的，在医保系统中做好标识。门诊慢性疾病应在每年4-6月申报，从核准之日起享受待遇；

原发性甲状腺功能亢进症，原发性甲状腺功能减退症，结核病，肾病综合症的门诊慢性病待遇有效期不超过2年，2年后仍需享受门诊慢性病待遇的，应按规定程序重新申报。

24、如何办理门诊特殊重症治疗待遇享受资格？

门诊特殊重症患者持《绵阳市基本医疗保险门诊特殊疾病申报表》（需经我市二级甲等及以上医院2名指定的慢性病医师联合签名，市外提供已备案的三级医院1名副主任及以上医师签名）、身份证原件及复印件、化验单、门诊病历、门诊慢性病诊断书、出院证明等病史资料，向参保地医保局申报。医保局在15个工作日内作出可否享受待遇的回复，对符合条件的，在医保系统中做好标识。门诊特殊重症疾病可即时申报，从核准之日起享受待遇。

25、住院病员怎样办理转诊转院手续？

住院病员若病情需要必须市内转诊转院，转院病员出院前，由转出医院在系统中进行转出登记并向病员出具双向转诊通知单。转院病员必须在3个工作日内到转入医院办理人院登记；

受我市医疗条件和技术限制需要转诊转院到市外的，应由市内三级乙等以上医疗机构办理转诊转院手续，并报参保地医保局审批。

四、其他需要注意的事项

26、怎样就医才能节省医疗费用？

住院治疗应遵循“小病在社区、大病进医院、康复回社区”的原则。一般性疾病，先到低级别医院就医，病情需要时，再向上级医院转诊；能在市内定点医院治疗的疾病，不到外地医院治疗。住院期间，每天查看费用清单，看收费是否属实，尽量不使用自费诊疗项目、自费药品、自费服务设施，如确实需要使用，须参保病员或家属签字同意，未签字同意的，可拒付。

27、城乡居民医保简化了哪些审批手续？

城乡居民基本医疗保险将取消包括：特殊检查、特殊治疗、特殊材料、送检项目、市内转诊5个审批手续，将原先参保人员需要前往医保局办理的业务进一步简化，降低群众就医成本，简化办事手续。

28、骗取医保基金的法律后果？

全国人大常委会《关于中华人民共和国刑法第二百六十六条的解释》和省人社厅、公安厅《关于切实做好我省社会保险欺诈案件查处和移送工作的通知》明确规定骗取 “养老、医疗、工伤、失业、生育等社会保险金和其他社会保障待遇的，属于刑法所规定的诈骗公私财物的行为”。通俗的说，就是要按照诈骗罪依法追究刑事责任，涉案金额达到5000元以上的，移送公安部门立案处理。

29、哪些情况属于医保欺诈行为？

参保人员采取隐瞒、欺诈等手段骗取城乡居民医保基金的。

定点医疗机构及其工作人员隐瞒、编造病史，伪造、非法篡改病历、处方、检查化验报告单、病情诊断证明等医疗文书和医疗费用票据等骗取医疗保险基金的；虚假住院、挂床住院、冒名住院、分解住院等骗取医疗保险基金的；虚记费用、分解收费、重复收费、串换药品、套靠医疗保险服务项目等骗取医疗保险基金的。

30、医疗保险基金社会监督

医疗保险属于参保群众的救命钱，骗取基金就是损害参保群众的自身利益。广大人民群众发现有骗取社保基金的行为，应及时向医保局和人社局举报，制止违法行为，保护自身权益。受理部门对投诉举报人和行为严格保密，对积极主动提供证据协助查处欺诈行为的，按规定给予奖励。

社保基金监督举报电话：0816-2262937

咨询电话 城乡居民医保：0816-2365713

城镇职工医保：0816-2712906