

绵阳市人民政府办公室文件

绵府办发〔2008〕10号

绵阳市人民政府办公室 关于印发《绵阳市城镇居民基本医疗保险 暂行办法实施细则》的通知

科技城管委会，各县市区人民政府，各园区管委会，科学城办事处，市级各部门：

《绵阳市城镇居民基本医疗保险暂行办法实施细则》已经绵阳市城镇居民基本医疗保险试点领导小组第二次会议讨论通过，现印发你们，请遵照执行。

二〇〇八年四月二十一日
绵阳市人民政府办公室



《绵阳市城镇居民基本医疗保险 暂行办法》实施细则

为规范城镇居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）业务工作，根据《绵阳市城镇居民基本医疗保险暂行办法》（以下简称《暂行办法》）的规定，结合实际，制定本《实施细则》。

一、参保组织单位

（一）参保组织单位是指按《暂行办法》规定的职责，负责组织所属范围内非从业城镇居民参加我市城镇居民基本医疗保险的机构或单位，包括学校、托幼机构、社区居委会等。

（二）参保组织单位应自《暂行办法》公布实施之日起的30日内，按属地管理原则到所在县市区的医疗保险经办机构（以下简称“所属医保经办机构”）办理居民医保登记，取得参保单位《社会保险登记证》和医疗保险号码。

（三）参保组织单位办理居民医保登记时，应提供以下资料的原件及复印件。

- 1、单位批准成立的文件或登记证件；
- 2、单位组织机构代码统一代码证书或法人证书；
- 3、医保经办机构规定的其他有关证件、资料。

（四）办理了居民医保登记的参保单位，按《暂行办法》规定的职责和我市居民医保工作的推进计划，负责宣传、动员和组

织居民参保。具体职责是负责辖区或管理范围内居民的参保登记、资格认定、医保卡发放、信息变更、续保缴费和咨询服务等工作。

（五）参保单位名称、法定代表人、住所、医保专管员、业务联系电话等发生变化时，应在 15 日内到所在地医保经办机构办理信息变更手续。

（六）参保居民出现未按时足额缴费、户籍外迁或死亡注销以及在校学生转学、毕业离绵、就业等情况时，参保单位应在当月内到所属医保经办机构办理相关信息的变更、终止手续。

（七）参保组织单位应对其提供的基础资料真实性负责，医保经办机构依据相关规定对参保组织单位经办的事务进行定期或不定期稽核时，应如实提供相关资料。

（八）参保组织单位向所属医保经办机构申报或变更参保居民个人基础资料时，应使用我市医保计算机信息系统的管理软件，以电子文档方式交换数据，并按要求报纸质资料存档。

二、参保登记

（九）符合《暂行办法》规定参保范围的具有绵阳市行政辖区户籍的城镇居民（在校学生和在园幼儿除外），可自愿申请参加居民医保。办理参保登记时，应向参保组织单位提供有效身份证（未办理身份证的少年儿童提供户口簿）原件及复印件、近期 1 寸标准彩色照片两张。其中，符合参保条件的乡镇以上在校学生、托幼机构幼儿（以下简称“学生”，下同），到所在学校、托

幼机构办理参保登记，经学校初审后，汇总向所属医保经办机构办理申报和审核确认，并纳入医保信息系统管理。

农村户籍学生可在“城镇居民基本医疗保险”和“新农合”两个险种自愿选择一种参保。

以下几类人员还需提供相关证明材料的原件及复印件：

1、享受最低生活保障并在待遇领取期的人员，出具《绵阳市最低生活保障金领取证》。

2、重度残疾人出具《中华人民共和国残疾人证》。重度残疾人是指评定为一级、二级残疾的残疾人。

3、低收入家庭中 60 周岁以上的老年人，提供户口所在地街道办（镇、乡）居委会出具的家庭人均收入证明。低收入家庭是指人均收入不足本市上年城镇居民人均可支配收入二分之一的家庭。

4、低保标准以上，人均月收入在 250 元以下的城镇困难居民，出具《绵阳市城镇困难群众惠民帮扶证》。

（十）居民的年龄以本人有效身份证（未办理身份证的少年儿童以户口簿）记载的出生日期为准计算。年龄计算的截止日期为申请参保当年的 12 月 31 日。

（十一）参保居民中享受政府补助的低收入家庭中 60 周岁以上的老年人，各参保组织单位应在所在地公示一周无异议后，方可向所属医保经办机构申报基础资料，经审核确认后，按规定享受政府补助待遇。

三、参保缴费

(十二)一般居民医保的统筹年度时段为当年1月1日至12月31日；每年10月1日至11月20日为续缴下一统筹年度医保费的时间。在校学生医保的统筹年度时段为当年9月1日至次年8月31日；每年9月1日至10月20日为续缴下一统筹年度医保费的时间。

(十三)2008年统筹时段为7月1日至12月31日；缴费时间为6月1日至7月20日。个人缴费按下列标准的50%缴纳：

1、在校学生和未满18周岁的非在校少年儿童（含婴幼儿，以下简称“学生儿童”）20元，属于低保对象或重度残疾的学生和儿童由政府全额补助解决，个人不缴费；

2、其他城镇非从业居民190元；属于城市低保对象中的一般人员和重度残疾人员70元；60周岁以上低收入老年人每人每年120元；低保标准以上、人均收入在250元以下的城镇困难居民每人每年140元。

3、无劳动能力、无生活来源、无法定赡养人（抚养人）的“三无人员”，属于应由个人缴纳的部份，在城镇医疗救助资金中给予全额补助。

4、同时具备享受两种或两种以上政府补助的人员，按就高不就低的原则只享受一种政府补助。

(十四)属《暂行办法》规定范围内的一般参保居民，应按本实施细则规定的缴费时间按时足额缴费。因特殊情况需在缴费

期以外的时间缴费的城镇居民无论何时办理参保手续，均应一次性缴纳本统筹年度的全额医保费。中断缴费的居民，续保时应一次性缴纳所属统筹年度的全额医保费。

参保居民年度个人缴费标准需要调整时，由市劳动和社会保障局公布。

（十五）新参保的居民，办理参保手续当月处于最低生活保障金领取期的，该统筹年度享受补助；当年9月处于最低生活保障金领取期的已参保居民，续缴下一统筹年度医保费时，享受政府补助。居民办理参保登记后，应按照参保组织单位业务经办人员审核确认的缴费金额，凭《绵阳市城镇居民基本医疗保险个人缴费通知单》和参保组织单位业务经办人员规定的缴费时间，到医保经办机构指定的金融机构一次性足额缴纳所属统筹年度个人应缴医保费。

（十六）新参保或已参保的60周岁以上老年人，办理参保或续保手续前6个月的家庭人均收入低于当地上年城镇居民人均可支配收入二分之一的，该统筹年度或续保统筹年度享受政府补助。

（十七）参保组织单位和代收费金融机构每月20日将上月21日至当月20日期间参保人员的基础资料及缴费信息报所属医保经办机构。各县市区医保经办机构在当月30日前完成已缴费人员参（续）保生效的确认工作。

四、保险待遇

(十八) 参保居民住院期间(含特殊疾病门诊治疗)使用《四川省基本医疗保险和工伤保险药品目录》、《四川省城镇职工基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施管理暂行办法》(川劳社发〔2000〕11号)所规定的药品、诊疗项目和医疗服务设施的,先由个人支付的比例与城镇职工基本医疗保险政策规定相同。

(十九) 参保居民医疗保险实行就地就近就医原则。参保居民在定点医疗机构住院发生的医疗费用实行单次住院结算。在一个医保结算年度内,参保人员符合城镇居民基本医疗保险住院医疗费报销范围内的费用(含视同住院费报销的特殊疾病门诊医疗费,下同)最高限额为30000元,超过30000元以上的医疗费用居民医保基金不再支付。参加了补充医疗保险的城镇居民,超过30000元以上的住院医疗费,由承保机构继续按规定赔付(补充医疗保险的具体办法另行制定)。

(二十) 参保居民在属地定点医院住院,每次住院的起付线标准为:三级医院700元,二级医院500元,一级医院300元,社区卫生服务机构200元。

(二十一) 符合城镇居民基本医疗保险支付范围的住院(含门诊特殊疾病)医疗费用起付标准以上最高限额以下,由城镇居民基本医疗保险基金和参保居民按比例承担,居民医保基金支付比例为:三级医院50%,二级医院55%,一级医院60%,社区卫生服务机构65%。

(二十二) 参保居民经批准转外地医院、在外因患急症住当

地公立医院，符合城镇居民基本医疗保险规定范围的住院医疗费用，起付标准为 700 元，起付标准以上至最高限额以下的住院医疗费用由统筹基金支付，支付比例为 45%。

（二十三）统筹地由上级定点医院转往下级定点医院治疗的不再承担当次起付线；因病情需要由下级定点医院转入上级定点医院的只负担转入医院当次起付线标准的差额部份。

（二十四）《暂行办法》实施当年内参保缴费的，从参保缴费次月起，享受办法规定的医疗保险待遇。

（二十五）《暂行办法》实施满一年以后参保缴费的，自参保缴费之日起待遇享受等待期不少于 6 个月。中断缴费一年以上（含一年）的参保居民自办理续保缴费手续之日起满 12 个月以后发生的住院医疗费用，方可按城镇居民基本医疗保险规定报销。参保居民连续缴费满 5 年及以上的，医疗保险基金支付比例在原基础上每满 1 年提高 1%，最高提高 10%。中断缴费后续保的居民，从续保之日起重新计算缴费年限。

（二十六）乡（镇）以上各类在校中小學生（包括幼儿园、托儿所、职业高中、中专、技校、特殊学校学生）在校期间发生无责任的意外事故，门诊医疗符合城镇居民基本医疗保险规定范围内的医疗费报销 50%，居民医保基金最高支付 1500 元/人、年。

（二十七）下列住院的医疗费，居民医保基金不予支付：

- 1、出国或赴港、澳、台期间发生的医疗费；
- 2、生育医疗费，交通事故、医疗事故及其它责任事故等引

发的医疗费用；

3、打架、斗殴、偷盗、抢劫、刑事犯罪、酗酒、自杀、自伤、自残、戒毒、性传播疾病等医疗费；

4、有他方责任主体的伤害事件导致的医疗需求，如：有管理主体的坠物致伤、宠物伤害、违法犯罪事件中的受害方医疗需求等；

5、重大疫情、灾情及突发事件引发的医疗费；

6、四川省城镇职工基本医疗保险《诊疗项目目录》规定医保统筹基金不予支付费用的其他情形医疗费；

7、统筹地内出院超过 1 个月、统筹地外出院超过 2 个月未到当地医疗保险经办机构办理报销手续的住院医疗费用；

8、未按规定办理转院手续发生的住院医疗费用；

9、中断缴费期间发生的住院医疗费用；

10、出院超量带药和与病情不符的药品费用；

11、在非定点医疗机构（未按规定报告）发生的住院医疗费用；

12、弄虚作假、冒名顶替的医疗费用；

五、就医管理与费用结算

（二十八）居民医保定点医院的确定和管理参照城镇职工基本医疗保险的管理办法执行。

（二十九）社区卫生服务机构申请医保定点资格，只要条件具备、手续齐全，应尽量简化程序，快速办理。取得定点资格的

社区卫生服务机构，应努力创造条件为辖区参保居民提供多发病、常见病的住院医疗服务。

（三十）统筹地住院及医疗费用结算。

1、参保居民持本人医保卡可到属地内任何定点医疗机构住院。紧急情况到就近非定点医疗机构急（抢）救的，病员亲属应在病员入院的一个工作日内向所属医保经办机构报告。

2、病员入院时，应按医院要求预交个人负担部分的医疗费。出院时按照多退少补原则结清个人负担部分后即可离院。属于居民医保基金支付的住院费，由定点医院直接与医保经办机构结算。

3、参保居民紧急情况在属地非定点医院住院的，本人与医院结清全部费用后，持出院证明、住院病历复印件、住院费明细清单、有效收费发票在一个月内到所属医保经办机构办理报销事宜。

（三十一）外地住院及医疗费报销。

1、参保居民经批准转往外地医院住院或外出期间患急症在当地医保定点医院住院并在入院3日内向所属医保经办机构报告备案的，出院后一个月内到所属医保经办机构按《暂行办法》规定报销住院费。

2、报销住院费需提供的资料：出院证明、住院费明细清单（应标明收费项目的名称、单价、数量、总价）、住院病历复印件、有效收费发票。

（三十二）特殊疾病的门诊治疗及费用报销。

1、恶性肿瘤放疗、化疗，慢性白血病化疗、透析治疗，慢性肾功能衰竭透析治疗，在备案的属地固定就医医院（原则上选择有诊治条件的定点社区卫生服务机构）门诊治疗该种疾病的药费、诊疗费、检查费，每季度视同住院费按相关规定报销一次。

2、器官移植术后的患者，按照医嘱在备案医疗机构的定期检查费用和备案供药机构购买的抗排异药物，视同住院医疗费，每季度到所属医保经办机构比照市内二级医院住院的相关规定报销一次费用。

3、患有上述门诊大病的参保居民，在所属医保经办机构办理备案手续时，需提供本人书面申请、有效疾病诊断证明（有住院史的提供住院病历复印件）、最新治疗方案或最新服药医嘱。

（三十三）参保居民因病住院，凭身份证，学生凭学校证明、入院证和《城镇居民基本医疗保险卡》办理入院手续。定点医疗机构应认真核对其就医卡，严格掌握入、出院标准，杜绝挂床住院与冒名住院。

定点医疗机构按照有关规定办理城镇居民基本医疗保险住院登记等相关手续，及时向当地社会保险经办机构申报。

（三十四）使用“乙类”药品或实施基本医疗保险支付部分费用的诊疗项目、自费药品和自费诊疗项目，定点医疗机构必须取得病员或其家属同意，并履行签字手续。未经病员或其家属同意的，病员或其家属应予拒付。

(三十五) 出院带药实行限量管理，急性病为 3—5 日，慢性病为 7—14 日。

六、转诊、转院

(三十六) 转诊、转院条件。

1、经检查、会诊仍不能确认的疑难病症；不具备诊治、抢救条件的危重病症；因缺少设施设备或未开展某些诊疗项目而无法对急难危重患者进行救治的。

2、诊断明确的多发病、常见病或手术后可到社区卫生服务机构住院进行后续治疗的。

(三十七) 转诊、转院程序。

1、主管医生、科主任提出转院建议，经医院医务科组织会诊同意后填写《属地城镇居民基本医疗保险转院审批表》，报所属医保经办机构审批。

2、由低级别医院转入高级别医院的，按高级别医院的起付线标准计算；由高级别医院转入低级别医院的，转院后不再设起付线。二、三级定点医院应尽可能将已经确诊的一般慢性病、常见病患者和手术后进入康复期治疗的患者，转到定点社区卫生服务机构治疗。

3、未履行转诊、转院手续擅自到外地医院就医或擅自改变医院住院的，其医疗费居民基本医疗保险基金不予支付。

七、基金监督与管理

(三十八) 城镇居民基本医疗保险基金单独建帐、单独核算、

专款专用，不得挤占挪用，纳入财政专户，实行收支两条线管理。

（三十九）社保经办机构负责本级城镇居民基本医疗保险基金的筹集、管理和支付，并要建立健全预决算制度、内部财务制度和审计制度，确保基金的安全和完整。各级社保经办机构办理的单据、凭证、帐簿、报表，均按国家统一的社保基金财务制度和会计制度规定办理和上级规定执行。上级社保经办机构要加强业务指导，对县市区社保经办机构的基金收支和管理情况，进行经常性的稽核和检查。

（四十）各级劳动保障和财政部门，要加强对城镇居民基本医疗保险基金的监督管理。审计部门要定期对社保经办机构的基金收支情况和管理情况进行审计。

（四十一）下列行为属于违纪或违法行为。

- 1、截留、挤占、挪用、贪污基金；
- 2、擅自增提、减免社会保险费；
- 3、不按规定标准支付社会保险待遇的有关款项；
- 4、不按时、按规定将基金收入存入财政专户；
- 5、未按时、足额将财政专户基金拨付到支出户；
- 6、其他违反国家法律、法规规定的行为。

（四十二）对违纪、违法行为应区别情况限期纠正，并作帐务处理：

- 1、即时追回基金；
- 2、即时退还多提、补足减免的基金；

- 3、即时足额补发或追回社会保险待遇的有关款项；
- 4、即时缴存财政专户；
- 5、即时足额将财政专户基金拨付到支出户；
- 6、国家法律、法规及财政部规定的其他处理办法。

（四十三）对有违纪或违法行为的单位以及主管人员的直接责任者的处罚，按照《中华人民共和国行政处罚法》、《国务院关于违反财政处罚的暂行规定》、《社会保险费征缴暂行条例》等有关法律、法规执行，触犯刑律的，依法追究刑事责任。

八、其他

（四十四）本实施细则与《暂行办法》自 2008 年 6 月 1 日起同时执行。

（四十五）本实施细则由市劳动和社会保障局负责解释。

主题词：社会保障 医疗 保险 实施细则 通知

抄送：市委办公室，市人大常委会办公室，市政协办公室，绵阳军分区，市中级人民法院，市人民检察院。

绵阳市人民政府办公室

2008 年 4 月 21 日印
