

**绵阳市医疗保障局
绵阳市财政局文件
国家税务总局绵阳市税务局**

绵医保规〔2021〕3号

**绵阳市医疗保障局
绵阳市财政局
国家税务总局绵阳市税务局**

**关于印发《绵阳市城镇职工基本医疗保险
实施细则》和《绵阳市城乡居民基本医疗保险
实施细则》的通知**

各县（市、区）医疗保障局、财政局、税务局，各园区劳动保障服务中心（人力资源与社会保障局）、财政局、税务局：

现将《绵阳市城镇职工基本医疗保险实施细则》和《绵阳市

城乡居民基本医疗保险实施细则》印发给你们，请遵照执行。

绵阳市医疗保障局

绵阳市财政局

国家税务总局绵阳市税务局

2021年8月23日

绵阳市城镇职工基本医疗保险实施细则

第一章 总则

第一条 文件依据。为确保城镇职工基本医疗保险（以下简称“职工医保”）制度顺利实施，根据绵阳市人民政府《关于印发〈绵阳市城镇职工基本医疗保险办法〉的通知》（绵府办发〔2021〕9号）、四川省医疗保障局《关于印发四川省医疗保障经办政务服务事项清单的通知》（川医保规〔2020〕7号），制定本实施细则。

第二条 部门职责。市医疗保障部门负责全市职工医保管理和基金监管工作。县市区（园区）医疗保障部门负责本行政区域内职工医保管理和基金监管工作。

各级财政部门负责医疗保障基金财政专户管理，对职工医保基金收支情况进行监督。

市税务部门负责制定和规范全市职工医保费征收工作流程，各级税务部门负责本地职工医保费的征收工作。

各级医保经办机构负责归口本级的医疗保险经办工作，指导、监督乡镇（街道）的职工医保业务。

第二章 参保登记

第三条 属地参保。职工医保按属地参保。市直属和中央、省驻绵阳城区用人单位及职工，在市级医保经办机构办理参保手续；县市区（园区）的用人单位及职工，在本县市区（园区）医

保经办机构办理参保手续；灵活就业人员在其基本养老保险关系或户籍所在地医保经办机构办理参保手续；医疗保险关系归属地原则上与养老保险关系归属地一致。

第四条 单位参保登记。单位参保登记包含新参保、暂停参保、注销登记、单位拆分、合并、分立等相关内容。用人单位自上述行为发生之日起30日内，持下列材料到医保经办机构办理参保手续。医保经办机构自受理之日起，办理时限不超过3个工作日：

（一）统一社会信用代码证书或单位批准成立的文书；

（二）《基本医疗保险单位参保信息登记表》（加盖单位公章）；

（三）单位拆分、合并、分立的，需提供有权机关（单位）批注的文件；

（四）办理单位注销登记的，需提供有权机关（单位）出具的注销证明文件或注销资料（加盖单位公章）。

第五条 单位在职职工参保登记。在职职工参保登记含参保人员增加、减少、暂停、中断、终止、恢复、在职转退休。用人单位应在上述行为发生之日起30日内，持下列材料到医保经办机构办理参保手续。医保经办机构自受理之日起，办理时限不超过3个工作日：

（一）《职工基本医疗保险参保登记表》（加盖单位公章）；

（二）参保人员有效身份证件复印件；

（三）港澳台人员参加在职职工医保的，需提供港澳居民来

往内地通行证或港澳台居民居住证、建立劳动关系的证明；

（四）外国人参加在职职工医保的，需提供外国人就业证件及居留证件，或外国人永久居留证；

（五）出国定居的，需提供护照或永久居留证；

（六）在职转退休的，需提供退休审批材料。

第六条 灵活就业人员参保登记。灵活就业人员持下列材料到医保经办机构办理参保手续。医保经办机构即时办结：

（一）有效身份证件；

（二）《职工基本医疗保险参保登记表》。

第七条 单位参保信息变更登记。参保单位变更统一社会信用代码、法定代表人等信息时持下列材料到医保经办机构办理，医保经办机构即时办结：

（一）《基本医疗保险参保单位信息变更登记表》（加盖单位公章）；

（二）需提供必要的对应辅助材料。

第八条 职工参保信息变更登记。参保职工变更姓名、性别、身份证号、出生日期等信息时持下列材料到医保经办机构办理，医保经办机构受理后即时办结：

（一）医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；

（二）《基本医疗保险职工参保信息变更登记表》（关键信息变更加盖单位公章）；

（三）需提供必要的对应辅助材料。

第九条 参保人员电话号码新增和更改。通过四川医保 APP

或医保网上大厅等途径办理，也可持医保电子凭证或有效身份证件或社保卡到医保经办机构办理，医保经办机构受理后即时办结。

第三章 基金征缴

第十条 基金组成。职工医保基金由下列部分组成：

- （一）参保单位和职工缴纳的职工医保费；
- （二）单位缴纳的生育保险费；
- （三）灵活就业人员缴纳的职工医保费；
- （四）职工医保费按政策计算的利息；
- （五）职工医保费按政策计算的滞纳金；
- （六）办理职工医保退休手续时因未满最低缴费年限缴纳的一次性趸缴费用；
- （七）依法纳入职工医保基金的其他资金。

第十一条 征缴基数和比例。单位在职职工基本医疗保险费由单位和职工共同缴纳，生育保险费由单位缴纳。医疗保险与生育保险缴费基数以上年度单位职工本人年均工资据实申报，职工缴费率为2%，由所在单位代扣代缴。单位缴费率为企业职工医保6%、生育保险0.5%；机关事业单位职工医保6%、生育保险0.4%。灵活就业人员以上上年全市城镇非私营单位在岗职工年平均工资（简称“上上年市平工资”）为缴费基数，缴费率为8%。职工本人上一年月平均工资低于上上年市平工资的，按上上年市平工资作为缴费核定基数。职工因工致残被鉴定为一级至四级伤残

的，以伤残津贴为缴费核定基数，如伤残津贴低于上上年全市城镇非私营单位在岗职工月平均工资的，按上上年市平工资为缴费核定基数。上述工资或伤残津贴超过上上年市平工资的300%的部分不计入缴费核定基数，按上上年市平工资的300%作为缴费核定基数。

职工个人工资总额按国家统计局列入工资总额统计的项目执行，依据《关于规范社会保险缴费基数有关问题的通知》（劳社险中心函〔2006〕60号）确定。

第十二条 征缴计划下达。医保经办机构对参保单位征缴计划进行核定，每月10日前制定并下达当月基金征缴计划。

第十三条 参保单位缴费。参保单位根据医保经办机构下达的征缴计划，于每月25日前通过税务部门提供的缴费渠道足额申报缴纳当月单位和职工基本医疗保险费，权益记录时间为办理缴费手续之日。

第十四条 灵活就业人员缴费。灵活就业人员可于每年6月30日前，通过税务部门提供的缴费渠道，一次性缴纳全年度的基本医疗保险费用，或选择按月缴纳。

第十五条 参保单位缴费基数申报。参保单位首次申报参保人员和工资后，于每年1月31日前应向医保经办机构申报当年在职职工工资。未及时申报的暂按上上年市平工资作为最低缴费基数，待用人单位补办申报手续并经医保经办机构核定后，按核定后的工资总额作为缴费基数。参保单位持《职工基本医疗保险缴费基数申报表》（加盖单位公章）到医保网上大厅或医保经办机

构办理缴费基数申报。医保经办机构自受理之日起，办理时限不超过3个工作日。

参保单位必须如实申报职工工资，医保经办机构应如实记录职工实际工资。

第十六条 趸缴缴费。参保人员达到法定退休年龄，经基本养老保险机构办理退休资格认证后，职工医保累计缴费年限不满20年（240个月）的（不包含从未参加我市职工医保的人员），由用人单位、职工或灵活就业人员本人，持下列材料到医保经办机构办理趸缴缴费。参保单位、职工或灵活就业人员根据医保经办机构核定的趸缴金额和缴费日期，通过税务部门提供的缴费渠道申报缴纳。医保经办机构自受理之日起，办理时限不超过5个工作日：

（一）医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；

（二）基本养老保险退休审批机构出具的养老保险退休审批资料。

第十七条 特殊缴费。在职职工解除劳动（人事）关系当年以灵活就业人员参加职工医保的，缴纳当年剩余月份基本医疗保险费。

在职职工及灵活就业人员首次参保和中断参保后续保的，缴纳当年剩余月份基本医疗保险费，自在本市办理缴费之日起，满6个月后发生的医疗费用由统筹基金按规定支付，个人账户从缴费当月计入。

第十八条 医保退费。参保单位或个人当年重复缴纳职工医

保费的，持《绵阳市参保人员医疗保险缴费退款审核表》（单位需加盖单位公章）到医保经办机构办理退费申请。经审核后由医保基金专户退还多缴统筹部分的基本医疗保险费，已划入个人账户的资金不予退还；已享受统筹支付的，可退还对应统筹支付月份次月及之后的统筹部分。医保经办机构自受理之日起，办理时限不超过20个工作日。

第四章 医疗保险关系转移

第十九条 转移接续手续办理。

（一）参保人员申请转入我市职工医保关系的，应持医保电子凭证或有效身份证件或社保卡、《参保凭证》（含电子参保凭证）、《基本医疗保险关系转移接续申请表》到转入地医保经办机构办理。医保经办机构应在受理后5个工作日内生成并发出《联系函》；

（二）转出地医保经办机构收到《联系函》后10个工作日内生成、发出《信息表》并划转医疗保险个人账户资金；

（三）转入地医保经办机构收到《信息表》和转移到医疗保险个人账户资金后应在5个工作日内办结；

（四）转入地医保经办机构无法接收医疗保险个人账户资金的，转出地医保经办机构可划转参保人员提供的本人有效银行账户；

（五）在本市参保且使用同一账号的，可不用办理关系转移手续；

(六)自上个连续参加12个月及以上的基本医疗保险险种待遇终结后3个月内，未及时办理转移续接手续的：连续缴费的，自办理转移续接手续后医保待遇无缝衔接；未连续缴费的，办理转移续接手续后自缴费之日起开始享受医保待遇。

第二十条 出具参保凭证。参保人员持医保电子凭证或有效身份证件或社保卡到医保经办机构出具《参保凭证》。医保经办机构受理后即时办结。

第二十一条 无法转移的情形。已办理医保退休人员或参保人员住院期间不得转移和中断医疗保险关系。

第五章 医疗保险退休

第二十二条 医保退休待遇执行时间。参保人员医疗保险退休手续办理完结后次月起不再缴纳职工医保费，并执行退休职工医保待遇。办理趸缴手续但当月未及时缴费的，次月及以后应重新办理趸缴手续，在此期间按在职人员缴费并执行在职医保待遇。停止缴费的按欠费、参保中断有关规定执行。

参保人员医疗保险退休手续办理完结起，基本养老金未确定的，暂停个人账户上账。基本养老金确定后补计个人账户。

参保人员办理职工医保退休手续时为待遇等待期内的，自待遇等待期结束后发生的医疗费用由统筹基金按规定支付，个人账户从职工医保退休手续办理完后，次月计入。

第二十三条 单位在职职工医保退休办理。在职职工达到身份证所载退休年龄的次月，除按规定提前办理退休的人员继续按

照在职职工缴纳职工医保费用外，其他职工经单位申报后暂停缴纳职工医保费用。用人单位及时向医保经办机构申请办理职工医保退休并提交养老保险《退休条件审定通知书》，医保经办机构根据《退休条件审定通知书》记录的职工退休时间，按以下情况处理：

（一）《退休条件审定通知书》记录的退休时间与身份证年龄一致或在身份证年龄之前的：申请办理医保退休手续当月职工医保累计缴费年限已达到或超过240个月的，办理医保退休的次月开始执行医保退休待遇；职工医保累计缴费年限不足240个月的，由用人单位或职工本人一次性趸缴补足职工医保费的，办理医保退休的次月开始执行医保退休待遇；也可继续缴纳职工基本医疗保险费直至累计达到240个月后，办理医保退休手续次月执行医保退休待遇。

（二）《退休条件审定通知书》记录的退休时间在身份证年龄之后的：从身份证年龄之后的次月继续按照在职职工缴纳职工医保费用直至达到《通知书》记录的退休时间，再按本条第（一）款办理医保退休手续。

（三）在职职工办理医疗保险退休手续时为已参保中断的，自医保退休手续办理完结之日起6个月后发生的医疗费用由统筹基金按规定支付，个人账户从医疗保险退休手续办理完结当月计入。

第二十四条 灵活就业人员医保退休办理。灵活就业人员已依法办理了养老保险退休手续，申请办理医保退休手续的：

（一）在职工医保待遇执行期内，申请办理医保退休手续当月职工医保累计缴费年限已达到或超过240个月的，办理医保退休次月开始执行医保退休待遇；超过240个月的，医保经办机构退还当年办理医保退休次月多缴统筹部分的在职基本医疗保险费。

（二）在职工医保待遇执行期内，申请办理医保退休手续当月职工医保累计缴费年限不足240个月的：在申请当月一次性趸缴补足职工医保费的，办理医保退休的次月开始执行医保退休待遇；也可继续缴纳职工基本医疗保险费直至累计达到240个月后，办理医保退休手续次月执行医保退休待遇。

（三）职工医保处于中断状态，申请办理医保退休手续当月职工医保累计缴费年限已达到或超过240个月的，办理医保退休当月开始执行医保退休待遇。

（四）职工医保处于中断状态，申请办理医保退休手续当月职工医保累计缴费不足240个月的：在申请当月一次性趸缴补足职工医保费的，办理趸缴缴费之日起6个月后开始执行医保退休待遇；也可继续缴纳基本医疗保险费（自缴费之日起计算6个月待遇等待期）直至累计达到240个月后，办理医保退休手续次月执行医保退休待遇。

第二十五条 职工医保缴费年限。

（一）市内职工医保缴费年限剔除中断时间累加计算。

（二）市外缴费年限可与市内缴费年限累加计算，但在办理医疗保险退休手续时，市内实际缴费年限必须满10年；市外缴费

年限超过10年的按10年计算。

(三)自愿放弃医保关系的,自愿放弃前的城镇职工缴费年限不计。

(四)跨统筹区域转出后再转回本市的缴费年限按统筹区域外年限对待。

(五)军人服现役年限视同职工基本医疗保险缴费年限,与入伍前和退出现役后参加职工基本医疗保险的缴费年限合并计算。但其在办理医保退休手续时,必须在我市有职工医保缴费记录,同时向本人参保地经办机构提供退役军人主管部门出具的服现役年限证明。

第六章 个人账户

第二十六条 上账比例。参保单位和灵活就业人员按规定足额缴纳当期职工医保费到账后,医保经办机构按45周岁以下缴费基数3%、45周岁以上(包含45周岁)缴费基数4%的标准作为个人账户上账比例。

第二十七条 上账基数。已办理医疗保险退休手续的参保人员由医保经办机构以本人上年基本养老金为上账基数(基本养老金超过上上年市平工资300%的部分不计入上账基数,按上上年市平工资的300%作为上账基数),按80周岁以下(不含80周岁)4%、80周岁以上4.5%的比例计入个人账户。

第二十八条 上账时间。正常缴费情况下,在职和退休职工每月5日前划入缴费同期个人账户。按年缴纳的灵活就业人员在

缴费当月划入缴费当年个人账户。

第二十九条 上账口径。基本养老金指退休审批部门核准的基本养老金（城镇职工养老保险、机关事业单位养老保险或城乡居民养老保险）。退休工伤职工基本养老保险待遇低于伤残津贴，由工伤保险基金补足差额的，按社保经办机构核定补足后的金额作为个人账户上账基数。

第三十条 养老金申报时间。参保单位或个人，每年12月31日前向医保经办机构申报当年退休人员养老金，作为次年上账基数。未及时申报的，按上次个人账户上账基数上账。用人单位申报后，补记个人账户本金，不补记利息。

第三十一条 个人账户计息。个人账户利息由医保经办机构每年12月31日一次性支付，同时结转当年个人账户本金和利息。自愿放弃医保关系及医保关系转出等情形个人账户利息应在办理当月结转。

因历史原因个人账户上账纠错，由医保经办机构补记同期个人账户利息。

第三十二条 个人账户资金一次性支取。参保人员办理跨省异地就医长期备案、死亡或自愿放弃参加职工基本医疗保险的，法定继承人或参保人员本人持下列材料到医保经办机构办理个人账户资金一次性支取。医保经办机构自受理之日起，办理时限不超15个工作日：

- （一）医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；
- （二）《职工基本医疗保险个人账户支取（划转）申请表》；

(三) 因死亡支取的提供死亡证或火化证或民事判决书、继承人身份证、银行卡账户信息、亲属关系证明;

(四) 自愿放弃参加职工基本医疗保险的, 需提供主动放弃基本医疗保险的情况说明;

(五) 跨省异地就医长期备案人员, 除已办理门诊慢病备案的, 其个人账户资金余额可一次性支取。

第七章 统筹基金支付

第三十三条 统筹基金支付方式。参保人员在定点医疗机构发生的一次性住院医疗费, 统筹基金支付计算方法为: 统筹基金支付金额=[(一次性住院医疗费-个人自付费用-不属于支付范围的费用)-起付标准]×统筹基金支付比例。

第三十四条 最高支付限额。在一个自然年度内, 统筹基金为参保人员支付的医疗费用累计不得超过统筹基金最高支付限额。

第三十五条 门诊结算。参保人员在定点医疗机构发生的医疗费用, 持医保电子凭证或社保卡直接结算。

第三十六条 住院报销。参保人员在定点医疗机构发生的合规住院医疗费用, 持医保电子凭证或社保卡直接结算, 支付个人自付费用。

参保人员发生的异地未联网结算的合规住院费用手工(零星)报销, 持下列材料到医保经办机构申请办理。医保经办机构自受理之日起, 办理时限不超过 30 个工作日:

- (一) 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡;
- (二) 医院收费票据或电子发票;
- (三) 住院费用清单;
- (四) 出院记录;
- (五) 参保人有效银行账户信息;
- (六) 因急救、抢救在非定点医疗机构就医的需提供急救或抢救记录;
- (七) 医保经办机构规定的其他材料。

第三十七条 意外伤害报销。参保人员发生合规的意外伤害住院医疗费用，除本细则第三十六条规定外，还需向医保经办机构提供下列材料：

- (一) 住院病历复印件;
- (二) 《四川省省内异地就医外伤入院登记表》，必要时提供交警事故认定书、法院判决书、调解协议书等公检法部门出具的相关证明材料复印件》;
- (三) 救治医疗机构出具的门（急）诊抢救记录或入院记录或病情证明。

第三十八条 抢救费用报销。参保人员因门诊抢救无效死亡的，家属还需向医保经办机构提供下列材料：

- (一) 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡;
- (二) 门诊收费票据或电子发票;
- (三) 急诊费用清单;
- (四) 门（急）诊处方;

- (五) 门诊抢救记录（复印件）；
- (六) 死亡证明（复印件）；
- (七) 办理人员与死亡人员的关系说明；
- (八) 有效银行卡账户信息。

第八章 就医管理

第三十九条 医保住院办理。参保人员在定点医疗机构住院，持下列材料到定点医疗机构办理医保住院手续，并按定点医疗机构要求预交个人负担部分的医疗费，未按规定办理医保住院手续发生的医疗费用统筹基金不予支付：

- (一) 有效身份证件；
- (二) 医保电子凭证或社保卡；
- (三) 外伤患者如实填写《四川省省内异地就医外伤入院登记表》。

第四十条 医保出院情形。参保人员当年报销金额超过年度统筹基金支付限额的，年底前必须办理医保出院结算。

第四十一条 年度起付标准。参保人员因门诊特殊重症疾病和系统性红斑狼疮在定点医疗机构住院，当年内计算一次起付标准，按当年所住定点医疗机构最高级别确定。

第四十二条 院外检查。参保人员在住院期间因所在定点医疗机构条件限制，须在市内同级或上级定点医疗机构进行检查的，由住院医疗机构所在科室主治医师和科主任会诊后，通过医保系统确定检查医院，参保人员在住院期间前往检查，检查医院

确认后将数据回传至住院医院，合并计入当次住院总费用进行联网结算。

第四十三条 转诊转院。参保人员在市内转院治疗的，由转出定点医疗机构确认后，应于转出定点医疗机构出院后 24 小时内因同一病情在转入定点医疗机构住院。由市内医院转往市外的，由转出定点医疗机构相关科室主治医师和科主任会诊后，持下列材料到转出定点医疗机构办理审核批手续：

（一）医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；

（二）《绵阳市基本医疗保险转诊转院申报审批表》。

第四十四条 转院起付标准。市内由低级别定点医疗机构住院治疗并转往高级别定点医疗机构住院治疗的，只补计起付标准差额；由高级别定点医疗机构住院治疗并转往同级别或低级别定点医疗机构住院治疗的，不再另计起付标准。市内转市外、市外定点医疗机构之间相互转院治疗的，每次均需支付起付标准。

第四十五条 外伤入院。外伤患者住院治疗，定点医疗机构应仔细询问、如实记录病史。按政策规定由职工医保基金支付的，患者（家属）应填写《四川省省内异地就医外伤入院登记表》，住院科室负责人复核，经医疗机构确认后，将符合基金支付规定的项目纳入医保报销。

第四十六条 出院带药。参保人员出院需要带药的，急性病不超过 7 天剂量，慢性疾病不超过 15 天剂量，特殊情形不超过 30 天剂量，门诊特殊重症不超过 90 天剂量。

《关于印发长期处方管理规范（试行）的通知》（国卫办医

发〔2021〕17号)另有规定的可不受本条第一款限制。

第四十七条 医保凭证。定点医疗机构应使用医保电子凭证或社保卡作为患者就诊凭证,就诊信息(包括但不限于病情诊断、检查报告、处方、医嘱、治疗经过)应实时传输到医保信息系统,参保人员要求提供纸质病历、处方、报告等资料的,定点医疗机构应当提供。

第四十八条 异地就医。我市参保患者因病在我市范围外就医的,按照异地就医相关政策执行。

第九章 门诊慢特病

第四十九条 病种分类。

(一)需要长期门诊治疗的慢性疾病为门诊慢性病,具体为26种:

原发性甲状腺功能亢进症,结核病,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,甲状腺功能减退症,严重精神障碍(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、精神发育迟滞伴发精神障碍为第一诊断的患者),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,心脏安置永久性起搏器术后,风湿性心脏瓣膜病,类风湿关节炎,肾病综合征,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，阿尔茨海默病。

（二）需要门诊长期治疗且医疗费用较高的重特大疾病属门诊特殊重症疾病，具体为 13 类：

各种恶性肿瘤的放化疗，慢性肾功能衰竭透析治疗，器官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，肝豆状核变性，普拉德-威利综合征，原发性生长激素缺乏症。

第五十条 病种申报与认定。

（一）参保人员因患门诊慢特病，应及时将申报资料向有认定资格的定点医疗机构或向医保经办机构现场提交，材料不齐的应一次性告知要求补齐。医保经办机构即时办理（特殊情况不超过 20 个工作日）。

（二）所需材料：1. 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；2. 《门诊慢特病病种待遇认定申请表》；3. 病历资料（包含所认定疾病的出院记录或诊断证明、检验检查报告等）。

（三）门诊慢特病待遇从医保经办机构核准之日起执行待遇。

（四）门诊特殊重症疾病经认定后，门诊和住院治疗该重症病种只计算一次起付标准，按当年所住定点医疗机构最高级别确定。

（五）原发性甲状腺功能亢进症，结核病，甲状腺功能减退症，肾病综合征，2 年需复查重新申报，其余长期有效。

第五十一条 门诊慢性病报销。门诊慢性病经认定后，患者应持医保电子凭证或社保卡在市内门诊慢性病定点医药机构享受门诊慢性病统筹待遇。办理长期异地就医备案的门诊慢性病患者在备案地医疗机构发生的门诊慢性病费用，未实现联网结算的，由本人垫付后，持下列材料于当年12月15日前报参保地医保经办机构申请报销：

- （一）医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；
- （二）收费票据；
- （三）费用清单；
- （四）处方底方；
- （五）参保人有效银行账户信息。

第五十二条 门诊慢性病待遇。符合门诊慢性病治疗目录的门诊合规医疗费用，在门诊慢性病定点医药机构先使用当年本人个人账户。当期已划拨个人账户金额用尽后，再由统筹基金按70%支付，单病种每人每年不超过1000元，两种及以上每人每年不超过1500元。

第五十三条 门诊慢性病定点。门诊慢性病定点医药机构在定点医药机构中择优确认。参保人员在非门诊慢性病定点医药机构发生的门诊慢性病医疗费用，统筹基金不予支付。

第五十四条 门诊特殊重症报销。门诊特殊重症疾病参保人员在市内二级甲等及以上医院或肾病、肿瘤专科医院就医，或门诊特殊重症疾病定点零售药店购药，由统筹基金支付的医疗费用凭医保电子凭证或社保卡结算。门诊特殊重症疾病参保人员在门

诊特殊重症疾病定点零售药店购买其对应的门诊重症疾病药品费用，参照二级甲等医院住院医疗费用政策支持。在市外定点医疗机构发生的门诊特殊重症医疗费用，未实行联网结算的，参保人员持下列材料到医保经办机构申请报销：

- （一）医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；
- （二）收费票据；
- （三）费用清单；
- （四）处方底方；
- （五）参保人有效银行账户信息；
- （六）医保经办机构要求的其他材料。

第五十五条 门诊慢特病调整。市医疗保障局根据基本医疗保险基金运行和参保人员医疗费用负担情况等因素，对门诊慢特病种准入标准、认定标准、分类管理、待遇标准等进行统一制定和调整。

第十章 生育费用

第五十六条 生育支付条件。符合国家、省、市计划生育政策的，生育项目发生时，生育医疗费待遇享受期与本人职工医保住院待遇享受期保持一致。

生育项目发生时，为单位正常缴费人员的，用人单位为其连续不间断足额缴纳本市职工基本医疗保险费不满11个月的，待缴满后才能享受生育津贴。

第五十七条 生育支付项目。生育保险待遇由职工医保统筹

基金支出，包括女职工的生育医疗费（合并产前检查费）、计划生育医疗费、生育津贴，男职工的陪产生育津贴，男职工配偶生育医疗费补贴待遇。女性退休人员和女性灵活就业人员仅执行生育医疗费。

第五十八条 生育支付待遇。

（一）生育医疗费（合并产前检查费）。包括产检检查费用、分娩相关费用、流产、引产费用。所有费用实行限额结算，未达到限额标准的按实际发生额支付。

1. 分娩：晚期妊娠第28周（含28周）至足月的，住院行顺产限额支付3500元，剖宫产限额支付4500元，生产多胞胎的每多生育一婴儿多支付500元。

2. 引产：中期妊娠[妊娠第14周至20周（不含）]住院引产限额支付1000元；中期妊娠至晚期妊娠之间[第20周至28周（不含）]住院引产限额支付1500元；晚期妊娠[28周及以上]住院引产限额支付2500元。

3. 流产：早期妊娠（妊娠14周之内）门诊流产（含药物流产）限额支付500元；早期妊娠（妊娠14周之内）住院流产限额支付1000元。

4. 住院时有合并症或并发症的，可由职工医保按项目进行支付。

（二）计划生育手术费，实行限额结算。

1. 安环、取环：支付限额标准为80元；

2. 取残缺环、嵌顿环：支付限额标准为200元；

3. 输卵管结扎术：支付限额标准为1500元；

4. 输精管结扎术：支付限额标准为800元；

5. 输卵管复通术：支付限额标准为2800元；

6. 输精管复通术：支付限额标准为1800元；

7. 已由计生专项经费予以解决的计生服务项目生育保险不予支付。

（三）生育津贴。

1. 生育津贴由医保经办机构支付给生育时的用人单位，用人单位应当用于女职工在生育、产假期间应享受的工资等待遇。对财政供养人员，职工医保基金不支付生育津贴。

2. 生育津贴按照职工所在用人单位上年度职工年平均工资计发，支付计发天数如下：

① 顺产支付 98 天；剖宫产支付 113 天；多胞胎的，多生育一婴儿增加支付 15 天；

② 女职工怀孕未满 4 个月流产的，享受 15 天津贴；怀孕满 4 个月流产的，享受 42 天津贴；

（四）男职工陪产生育津贴。

参加生育保险的企业男职工，女方分娩时可享受 7 天陪产生育津贴。

（五）在职男职工配偶生育医疗费补贴待遇。

在职男职工处于生育医疗费待遇享受期内，其配偶分娩时，无法享受职工基本医疗保险或生育保险待遇的，按本细则本条第一款 1~3 项规定的生育医疗费 50% 的标准给予一次性补贴，已由城乡居民基本医保支付的不再支付。

第五十九条 生育费用结算。在定点医疗机构发生的合规的

生育医疗费用，持医保电子凭证或社保卡、生育服务证或结婚证直接结算。生育医疗费及生育津贴未联网结算的，由用人单位持以下材料到医保经办机构申请报销：

- （一）医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；
- （二）医院收费票据；
- （三）病历资料（出院证明或门诊诊断证明等）；
- （四）早期流产或引产的还需提供结婚证；
- （五）中晚期引产的还需提供生育服务证；
- （六）分娩的还需提供生育服务证、出生医学证明；
- （七）生育合并症或并发症按项目支付的还需提供费用清单；
- （八）男职工陪产生育津贴还需提供生育服务证、出生医学证明；
- （九）男职工配偶生育医疗费补贴待遇还需提供生育服务证、出生医学证明。

第十一章 费用结算

第六十条 结算凭证。参保人员在市内定点医药机构发生的符合基本医疗保险支付范围内的住院医疗费用、门诊医疗费用实行单次划卡直接结算。

第六十一条 结算主体。参保人员在市内定点医药机构就医、购药，基金支付费用由医保经办机构按月与定点医疗机构和定点零售药店结算，个人自付费用由参保人员与定点医疗机构和定点零售药店直接结算。

第六十二条 药店结算。定点零售药店未实现联网结算的，持《绵阳市基本医疗保险定点零售药店费用结算申请表》向医保经办机构申报费用审核和拨付。

第六十三条 医药机构结算。医保经办机构与定点医药机构每月结算一次。定点医药机构每月5日前向医保经办机构申报上月费用审核和拨付。原则上医保经办机构受理之日起30个工作日内完成审核、结算工作按程序拨付费用。

第六十四条 费用拨付。职工医保基金根据总额控制、DRG、信用等级评价结果等考核结果拨付医保费用。

第六十五条 结算审核。定点医药机构应及时上传门诊、购药、住院费用明细，医保经办机构负责审核，因不符合支付条件扣减费用由定点医药机构承担，不得转嫁给参保人员。

第六十六条 结算制度。定点医药机构应严格按照相关财务会计制度规定，建立财务会计制度和台账，准确反映参保人员自付费用、起付标准、应收医疗款和医疗收入等各项费用及对应关系，各定点医药机构应按要求建立药品、耗材进销存管理制度，每年盘点次数不得少于两次，并按规定将盘点记录报监管属地医保经办机构备案。医保经办机构应对各定点医药机构报送的备案资料保密。

第六十七条 特殊结算。纳入单行支付、高值药品等特殊支付管理方式的药品，按照相应政策进行支付。

第十二章 监督管理

第六十八条 监督主体。医疗保障行政部门对医保经办机构履行职能情况进行监督，适时监督检查参保单位、参保人员、定点医药机构遵守《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规情况。

第六十九条 医保协议。市医疗保障局负责制定定点医药机构定点管理政策，在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等环节对医保经办机构、定点医药机构进行监督。医保经办机构负责确定定点医药机构，并与定点医药机构签订医疗保障服务协议（以下简称“医保协议”），提供经办服务，开展医保协议管理、考核等。定点医药机构应当遵守医疗保障法律、法规、规章及有关政策，按照规定向参保人员提供医药服务。

第七十条 协议管理。统筹地区医保经办机构与评估合格的定点医药机构协商谈判，达成一致的，双方自愿签订医保协议。原则上由市级医保经办机构与定点医药机构签订医保协议并向市医疗保障局备案。医保协议应明确双方的权利、义务和责任。签订医保协议的双方应当严格执行医保协议约定。医保协议期限一般为1年。

第七十一条 综合考核。医保经办机构每年按照履行医保协议情况对定点医药机构进行综合考核，并纳入信用体系评价管理。

第七十二条 违法处理。定点医药机构和参保单位、参保人员涉及欺诈骗保等违法行为的，由医疗保障行政部门和相关职能

部门依法作出处理。

第十三章 其他

第七十三条 职工医保基金的收入、支出核算及财务管理等有关内容以《社会保险基金财务制度》（财社〔2017〕144号）为准。

第七十四条 基本医疗保险个人账户计息按下列规定执行：

（一）基本医疗保险基金当年筹集部分，按活期存款利率计息。上年结转的基金本息，按3个月期整存整取银行存款利率计息；

（二）市医疗保障局每年12月20日按照同期银行利率公布当年基本医疗保险基金计息利率；

（三）参保人员年内转移或一次性支付个人账户，参保单位和参保人员欠费的，按上次公布的基本医疗保险基金利率计息。

第七十五条 职工医保费征收和结算档案，分别由职工医保费征收机构和结算机构按规定管理。

第七十六条 本细则所列各项表格按照《关于印发四川省医疗保障经办政务服务事项清单的通知》（川医保规〔2020〕7号）由市级医保经办机构负责制定，同时在市医疗保障局网站公布。

第七十七条 医疗保险待遇通过医保信息系统结算，本细则实施前已经结算的不再变更。

生育项目结算以生育发生时间为准。生育发生时间在本细则执行之日及之后的，按本细则规定执行；生育发生时间在本细则

执行之日之前的，按《绵阳市生育保险和城镇职工基本医疗保险合并实施方案》（绵医保发〔2019〕26号）文件执行。

第七十八条 参保信息查询。参保人员可持下列材料到医保经办机构进行查询，医保经办机构即时办结：

（一）医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；

（二）委托办理的，应提供委托人及代理人身份证原件。

第七十九条 本细则规定办理各项手续所需材料除特别注明外均要求提供原件。

第八十条 存在重复缴费的职工医保缴费年限，不累加计算重复缴费年限。

第八十一条 本细则实施期间，国家、省对城镇职工基本医疗保险政策做出调整的，按国家、省调整后的政策执行。

第八十二条 本细则由市医疗保障局负责解释。

第八十三条 本细则自2021年9月23日起施行，有效期5年。《绵阳市城镇职工基本医疗保险办法实施细则》（绵人社发〔2018〕5号）和以前发布的其他不符合本细则规定的文件或内容同时废止。

绵阳市城乡居民基本医疗保险实施细则

第一章 总则

第一条 文件依据。为确保城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）制度顺利实施，根据绵阳市人民政府《关于印发〈绵阳市城乡居民基本医疗保险办法〉的通知》（绵府办发〔2021〕9号）、四川省医疗保障局《关于印发四川省医疗保障经办政务服务事项清单的通知》（川医保规〔2020〕7号），制定本实施细则。

第二条 部门职责。各级医疗保障部门负责本区域内居民医保管理和基金监管工作，加强对居民医保经办工作的指导与督促检查，完善内控制度，并会同财政部门建立居民医保基金预警机制和公共财政对医保基金的补偿机制。

市财政部门负责按规定足额安排拨付居民医保财政补助资金。各级财政部门负责医疗保障基金财政专户管理，按规定将居民医保财政补助资金和对特殊人群个人缴费部分的资助资金纳入同级财政预算。市税务部门负责制定和规范全市居民医保费征收工作流程。各级税务部门负责居民医保费的征收工作（政府代缴补助资金除外）。

各级医保经办机构负责归口本级的医疗保险经办工作，指导、监督乡镇（街道）的居民医保业务。

乡（镇）人民政府、街道办事处根据上级人民政府要求，做好医疗保险相关工作。村（居）委会、社区协助做好医疗保险相

关工作。

各类学校按照各级医保经办机构要求，组织本校所有学生的居民医保参保登记和缴费工作。

第二章 参保登记

第三条 参保登记属地管理。居民医保原则上以个人为单位参保，在市外未参加基本医保的人员也可参保。

（一）成年人到户籍所在地（外市户籍成年人在本市长期居住地）的乡镇（街道）办理参保登记。

（二）本市户籍儿童、中小学生在户籍所在地参保登记；非本市户籍儿童、中小學生可以在本市长期居住地或就读幼儿园、学校集体参保登记。

（三）大中专学生原则上应在学籍地由学校统一进行参保登记。

（四）婴儿（一周岁以内的）监护人应在出生后 90 天内，到婴儿户籍所在地为其办理参保登记。

第四条 参保登记材料。参保人持下列材料到乡镇（街道）或指定的经办机构即时办理参保登记。

（一）有效身份证件（包括：身份证、居住证、户口簿、护照、港澳居民来往内地通行证、港澳台居民居住证、外国人员永久居留证等）；

（二）《城乡居民基本医疗保险参保登记表》；

（三）长期居住在我市的市外户籍人员办理登记时，可提供居住地村委会出具的长期居住证明。

第五条 特殊人群参保登记。各级医保经办机构应在每年居民医保费集中征缴工作启动前，与当地民政、残联等相关主管部门进行数据交换，将特殊人群数据信息纳入征缴系统。

特殊人群每年 8 月 31 日人员信息作为次年享受参保资助条件依据。各级特殊人群主管部门在每年 9 月 15 日前，将同级财政部门盖章确认的次年享受资助人员名册、资助标准的纸质和电子文档一次性提供给同级医保经办机构，各级财政部门于次年 6 月 30 日前统一将资助参保资金转入同级医保经办机构医疗保障基金收入户。各级医保经办机构在每年集中征缴工作正式开始前将享受资助人员相关信息录入居民医保信息管理系统。各级相关主管部门发现有遗漏特殊人群参保信息的，应即时反馈给医保部门及时补录。

各级相关主管部门提供的特殊人群参保信息有错误或重复的，由同级医保经办机构及时反馈相关部门。每年特殊人群（有特殊规定除外）享受参保资助条件名单经城乡居民医保经办机构确认后不得更改。符合多项参保资助条件的特殊人群，本着就高不就低原则享受一项，不得重复享受资助。

第六条 参保信息登记。居民医保参保人员完整信息应包含：姓名、身份证号、性别、出生日期、户籍信息（精确到乡镇或街道、村组或社区）、联系电话、通讯地址、参保身份（区分以个人或学校参保）等。各级医保经办机构应与统筹地区公安部门建立信息沟通机制，对获取的居民医保个人信息进行比对，分类登记，分类管理。对特殊人群在系统中进行标识。

第七条 参保信息变更。城乡居民持下列材料到乡镇（街道）

或医保经办机构即时办结变更登记手续:

(一) 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡(变更姓名、性别、身份证号、出生日期等关键信息的需提供必要的对应辅助材料);

(二) 《基本医疗保险城乡居民参保信息变更登记表》。

第八条 参保人员电话号码新增和更改。参保人员可通过四川医保 APP 或医保网上大厅办理,也可持医保电子凭证或有效身份证件或社保卡到乡镇(街道)或医保经办机构即时办结变更。

第三章 基金征缴

第九条 缴费方式。参保居民可通过银行代扣、学校代收、自主缴费等方式办理缴费。

(一) 银行代扣。参保居民持本人有效社保卡或其他银行账户与银行签订委托扣款协议,将应缴费款足额存入签约账户,税务部门定期通知银行扣款。

(二) 学校代收。在学校参保的在册学生,由学校代收参保学生个人费款,并统一向税务部门申报缴纳。

(三) 自主缴费。参保居民可通过微信、支付宝、电子税务局(网页版、“四川税务”微信公众号、“四川税务”手机 APP)、银联云闪付、银行网点、主管税务机关办税服务厅等税务部门提供的缴费渠道自行申报缴费。

特殊人群个人缴费的差额部分由参保人员补足,未补足个人缴费的不能享受医保待遇。

第十条 婴儿参保缴费的处理。

（一）婴儿在出生后 90 天之内办理参保缴费的，医保待遇享受期自出生之日起到出生当年的 12 月 31 日止。

（二）婴儿出生后 90 天之内参保涉及跨年度的，可参加出生当年与次年的居民医保，并缴纳两年费款，医保待遇享受期自出生之日起到次年的 12 月 31 日止。如自愿选择仅参加出生次年医保并缴费的，医保待遇享受期从出生次年 1 月 1 日起到出生次年 12 月 31 日止，缴费后不得补缴出生当年的居民医保费用。

第十一条 退费处理。参保居民已缴纳次年度居民医保费，但在待遇享受期开始前发生户口迁出、出国定居、就业、死亡等情形、且未享受次年度居民医保待遇的，可于保险年度的 3 月 31 日前持相关材料向缴费地税务部门申请居民医保退费。

参保居民重复参保缴费的（包括：重复参加并缴纳同一年度的城镇职工与城乡居民医保费，重复参加并缴纳同一年度不同地区的居民医保费），可于保险年度的 3 月 31 日前持相关材料向缴费地税务部门申请居民医保退费。

第四章 医疗保险关系转移

第十二条 险种转移。参保人已连续 12 个月（含 12 个月）以上参加城镇职工（简称职工医保）或居民医保的，因就业等个人状态变化参加我市居民医保的：

（一）职工医保转居民医保：参加职工医保的参保人员，与用人单位解除、终止劳动关系后，可参加我市居民医保。自本人

职工医保待遇暂停享受次月起,3个月内办理参保并缴费成功的,居民医保待遇享受年度从本人职工医保待遇暂停次月1日起到所参保年度的12月31日;在规定期限内办理参保时涉及跨年度的,如只缴纳次年参保费用,城乡医保待遇享受年度从次年1月1日起至次年12月31日。灵活就业人员参加职工医保的,参照此执行。

(二)居民医保转居民医保:在统筹区外参加居民医保的参保人员,自参加的市外居民医保待遇享受年度终止后,3个月内参保并缴费成功的,城乡医保待遇享受年度为参保年度。

第十三条 转移接续手续办理。统筹区外转入我市的,医保关系接续手续由现参保地经办机构受理并负责办结,医保经办机构受理后即时办结:

- (一) 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡;
- (二) 《参保凭证》(含电子参保凭证);
- (三) 《基本医疗保险关系转移接续申请表》。

第十四条 待遇等待期。在我市集中参保缴费期内参保、婴儿、以学校身份参保的在校学生、在职工医保中断缴费3个月内参加居民医保、农村低收入人口等特殊群体的不设置待遇等待期。不设等待期的具体人群根据国家相关规定适时调整。

在职工医保中断缴费超过3个月参保的,从缴费之日起设置6个月待遇等待期。与上个连续参加12个月及以上的基本医疗保险险种待遇终结后3个月内,未及时办理转移续接手续的:连续缴费的,自办理转移续接手续后医保待遇无缝衔接;未连续缴

费的，办理转移续接手续后自缴费之日起开始享受医保待遇。

第五章 统筹基金支付

第十五条 统筹基金支付方式。参保人员在定点医疗机构发生的一次性住院医疗费，统筹基金支付计算方法为：统筹基金支付金额=[(一次性住院医疗费-个人自付费用-不属于支付范围的费用)-起付标准]×统筹基金支付比例。

第十六条 最高支付限额。在一个自然年度内，统筹基金为参保人员支付的医疗费用累计不得超过统筹基金最高支付限额。

第十七条 住院报销。参保人员在定点医疗机构发生的合规住院医疗费用，持医保电子凭证或社保卡直接结算。

参保人员在异地未联网结算的合规住院费用手工（零星）报销，持下列材料到医保经办机构申请办理。医保经办机构自受理之日起，办理时限不超过30个工作日：

- （一）医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；
- （二）医院收费票据原件或电子发票；
- （三）住院费用清单；
- （四）出院记录；
- （五）参保人有效银行账户信息；
- （六）因急救、抢救在非定点医疗机构就医的需提供急救或抢救记录；
- （七）医保经办机构规定的其他材料。

第十八条 意外伤害报销。参保人员发生的意外伤害手工报

销，除本细则十八条规定外，还需向医保经办机构提供下列材料：

（一）住院病历复印件；

（二）《四川省省内异地就医外伤入院登记表》，必要时提供交警事故认定书、法院判决书、调解协议书等公检法部门出具的相关证明材料复印件；

（三）救治医疗机构出具的门（急）诊抢救记录或入院记录或病情证明。

第十九条 抢救费用报销。参保人员因门诊抢救无效死亡的，家属还需向医保经办机构提供下列材料：

（一）医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；

（二）门诊收费票据原件或电子发票；

（三）急诊费用清单；

（四）门（急）诊处方；

（五）门诊抢救记录；

（六）死亡证明（复印件）；

（七）办理人员与死亡人员的关系说明；

（八）有效银行卡账户信息。

第六章 门诊统筹

第二十条 门诊统筹范围。城乡居民门诊统筹基金由普通门诊费用和一般诊疗费组成。全市范围内实施国家基本药物制度和药品零加成规定的乡镇卫生院、村卫生室或社区卫生服务中心（站），作为参保居民的门诊统筹定点医疗机构。门诊统筹定点

医疗机构可由医保经办机构在具有基本医疗保险定点资格的乡镇卫生院和农村一级及以下社会办医医疗机构、村卫生室，城区的社区卫生服务中心（站）中择优确定。在校大中专学生门诊费用由市医疗保障局另行制定。

第二十一条 门诊统筹报销标准。普通门诊费用按每人每年90元的标准核算到个人，用于支付参保人员在普通门诊费用定点医疗机构的普通门诊医疗费用。普通门诊费用按照70%比例进行报销，实行全年包干，超支自理，结余归入门诊统筹基金内。

一般诊疗费以当地参保人员为总数，按年人均30元的标准实行区域总额预算。一般诊疗费按照100%比例进行报销，各门诊统筹定点医疗机构不得以超总额预算为由推诿患者或要求参保人员负担一般诊疗费。

门诊统筹基金按照年度预算标准实行区域年度总额控费，普通门诊费用与一般诊疗费均在总额控制范围内。各地在控制额度内按月结算，年度清算，超支不补，结余归入统筹基金。

第二十二条 一般诊疗费。一般诊疗费的实施范围、项目内涵、项目价格标准及报销程序，按照现行规定执行。

第七章 就医管理与费用审核

第二十三条 医保住院办理。参保人员在市内定点医疗机构住院，持下列材料在定点医疗机构办理医保住院手续，并按定点医疗机构要求预交个人负担部分的医疗费，未按规定办理医保住院手续发生的医疗费用统筹基金不予支付：

(一) 有效身份证件;

(二) 医保电子凭证或社保卡;

(三) 外伤患者如实填写《四川省省内异地就医外伤入院登记表》。

第二十四条 医保出院情形。参保人员当年报销金额超过年度统筹基金支付限额的, 年底前必须办理医保出院结算。

第二十五条 院外检查。参保人员在住院期间因所在定点医疗机构条件限制, 须在市内同级或上级定点医疗机构进行检查的, 由住院医疗机构所在科室主治医师和科主任会诊后, 通过在医保系统确定检查医院, 参保人员在住院期间前往检查, 检查医院确认后将数据回传至住院医院, 合并计入当次住院总费用进行联网结算。

第二十六条 转诊转院。参保人员在市内转院治疗的, 由转出定点医疗机构确认后, 应于转出定点医疗机构出院后 24 小时内因同一病情在转入定点医疗机构住院。由市内医院转往市外的, 由转出定点医疗机构相关科室主治医师和科主任会诊后, 持下列材料到转出定点医疗机构办理审核批手续:

(一) 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡;

(二) 《绵阳市基本医疗保险转诊转院申报审批表》。

第二十七条 转诊转院报销。市内由低级别定点医疗机构转往高级别定点医疗机构, 只补计起付标准差额; 由高级别定点医疗机构转往同级别或低级别定点医疗机构, 不再另计起付标准。市内转市外、市外定点医疗机构之间相互转院治疗的, 每次均需

支付起付标准。

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、严重精神障碍患者等外，未办理转诊转院直接在市级三级甲等医疗机构住院的，报销比例降低 10%。

第二十八条 外伤入院。外伤患者住院治疗，定点医疗机构应仔细询问、如实记录病史，属第三方责任或违法犯罪致伤的，医疗费用居民医保基金不予支付。由居民医保基金支付医疗费用的，患者（家属）应填写《四川省省内异地就医外伤入院登记表》，科室负责人复核，经医疗机构确认后，将符合基金支付规定的项目纳入医保报销。

第二十九条 出院带药。参保居民出院需要带药的，急性病不超过 7 天剂量，慢性疾病不超过 15 天剂量，特殊情形不超过 30 天剂量，门诊特殊重症不超过 90 天剂量。

《关于印发长期处方管理规范（试行）的通知》（国卫办医发〔2021〕17 号）另有规定的可不受本条第一款限制。

第三十条 医保凭证。定点医疗机构应使用医保电子凭证或社保卡作为患者就诊凭证，就诊信息（包括但不限于病情诊断、检查报告、处方、医嘱、治疗经过）应实时传输到医保信息系统，参保人员要求提供纸质病历、处方、报告等资料的，定点医疗机构应当提供。

第三十一条 异地就医。我市参保患者因病在我市范围外就医的，按照异地就医相关政策执行。

第八章 门诊慢特病

第三十二条 疾病分类。

(一)需要长期门诊治疗的慢性疾病为门诊慢性病，具体为26种：

原发性甲状腺功能亢进症，结核病，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，甲状腺功能减退症，严重精神障碍（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、精神发育迟滞伴发精神障碍为第一诊断的患者），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，心脏安置永久性起搏器术后，风湿性心脏瓣膜病，类风湿关节炎，肾病综合征，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，阿尔茨海默病。

(二)需要门诊长期治疗且医疗费用较高的重特大疾病属门诊特殊重症疾病，具体为13类：

各种恶性肿瘤的放化疗，慢性肾功能衰竭透析治疗，器官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，肝豆状核变性，普拉德-威利综合征，原发性生长激素缺乏症。

第三十三条 病种申报与认定。

(一) 参保人员因患门诊慢特病,应及时将申报材料向有认定资格的定点医疗机构或向医保经办机构现场提交,材料不齐的应一次性告知要求补齐。医保经办机构即时办理(特殊情况不超过20个工作日)。

(二) 所需材料: 1. 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡; 2. 《门诊慢特病病种待遇认定申请表》; 3. 病历资料(包含所认定疾病的出院记录或诊断证明、检验检查报告等)。

(三) 门诊慢特病待遇从医保经办机构核准之日起执行待遇。

(四) 门诊特殊重症疾病经认定后,门诊和住院治疗该重症病种,以及系统性红斑狼疮住院只计算一次起付标准,按当年所住定点医疗机构最高级别确定。

(五) 原发性甲状腺功能亢进症,结核病,甲状腺功能减退症,肾病综合征,2年需复查重新申报,其余长期有效。

第三十四条 门诊慢性病报销。门诊慢性病经认定后,患者应持医保电子凭证或社保卡在市内门诊慢性病定点医药机构享受门诊慢性病统筹待遇。办理长期异地就医备案的门诊慢性病患者在备案地医疗机构发生的门诊慢性病费用,未实现联网结算的,由本人垫付后,持下列材料于当年12月15日前报参保地医保经办机构申请报销:

(一) 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡;

(二) 收费票据;

- (三) 费用清单;
- (四) 处方底方;
- (五) 参保人有效银行账户信息。

符合特殊疾病治疗目录的门诊合规医疗费用,门诊慢性病由统筹基金按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。

第三十五条 门诊特殊重症报销。门诊特殊重症疾病参保人员在市内二级甲等及以上医院或肾病、肿瘤专科医院就医,或门诊特殊重症疾病定点零售药店购药,由统筹基金支付的医疗费用凭医保电子凭证或社保卡结算。门诊特殊重症疾病参保人员在门诊特殊重症疾病定点零售药店购买其对应的门诊重症疾病药品费用,参照二级甲等医院住院医疗费用政策支持。在市外定点医疗机构发生的门诊特殊重症医疗费用,未实行联网结算的,参保人员持下列材料到医保经办机构申请报销:

- (一) 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡;
- (二) 收费票据;
- (三) 费用清单;
- (四) 处方底方;
- (五) 参保人有效银行账户信息;
- (六) 医保经办机构要求的其他材料。

第三十六条 门诊慢特病费用管理要求。参保居民门诊慢特病待遇限本人当年内使用,余额不结转、不转移、不继承。

第三十七条 门诊慢特病调整。市医疗保障局根据基本医疗

保险基金运行和参保人员医疗费用负担情况等因素，对门诊慢特病种准入标准、认定标准、分类管理、待遇标准等进行统一制定和调整。

第十章 费用结算

第三十八条 结算凭证。参保人员在市内定点医药机构发生的符合基本医疗保险支付范围内的住院医疗费用、门诊医疗费用实行单次划卡直接结算。

第三十九条 结算主体。参保居民在定点医疗机构发生的医疗费用，应由参保人员个人承担的部分，由参保居民与定点医疗机构直接结算。应由居民医保基金支付的部分，市内医疗机构由所属医保经办机构结算；联网结算的市外医疗机构由市医保经办机构结算后与县区医保经办机构清算，未纳入联网结算的市外医疗机构由参保人员个人垫付后再与参保地医保经办机构结算。

第四十条 医疗机构结算。定点医疗机构每月5日前，将上月应当由居民医保基金支付的费用报所属医保经办机构，医保经办机构审核后，按月按进度拨付。原则上医保经办机构受理之日起30个工作日内完成审核、结算工作按程序拨付费用。

第四十一条 费用拨付。居民医保基金根据总额控制、DRG、信用等级评价结果等考核结果拨付医保费用。

第四十二条 结算审核。定点医药机构应及时上传门诊、购药、住院费用明细，医保经办机构负责审核，因不符合支付条件扣减费用由定点医药机构承担，不得转嫁给参保人员。

第四十三条 结算制度。定点医药机构应严格按照相关财务

会计制度规定，建立财务会计制度和台账，准确反映参保人员自付费用、起付标准、应收医疗款和医疗收入等各项费用及对应关系，各定点医药机构应按要求建立药品、耗材进销存管理制度，每年盘点次数不得少于两次，并按规定将盘点记录报监管属地医保经办机构备案。医保经办机构应对各定点医药机构报送的备案资料保密。一个自然年度内，居民医保基金支付参保人员各项医疗费用金额不超过当年最高支付限额。

第十一章 特殊支付

第四十四条 乙类药品结算。医保政策范围内乙类药品先自付 15%后再纳入基本医保报销。

第四十五条 治疗项目报销。医保政策范围内单项费用超过 300 元的乙类治疗项目执行分段报销：乙类治疗项目 300 元及以下的费用自付 15%后再纳入基本医保报销，超过 300 元的费用自付 20%后再纳入基本医保报销。

第四十六条 检查项目报销。医保政策范围内单项费用超过 100 元的乙类检查项目执行分段报销。乙类检查项目 100 元及以下的费用自付 15%后再纳入基本医保报销，超过 100 元的费用自付 25%后再纳入基本医保报销。

第四十七条 特殊材料报销。医保政策范围内的特殊材料费用按照国产 15%、进口 25%自付后，再纳入基本医保报销。单项在 2000 元（含 2000 元）至 20000 元的费用，参保人员按照国产 45%、进口 65%自付后，再纳入基本医保报销；单项在 20000 元（含 20000 元）以上的费用，参保人员统一按照 85%自付后，再

纳入基本医保报销。

第四十八条 学生外伤报销。本市参保在册学生、在园幼儿在校期间发生无责任意外事故的，在本市定点医疗机构治疗的门诊合规医疗费用，学生家长在事故发生后 90 天内到参保地医保经办机构申请报销：

- （一）医保电子凭证或有效身份证件或社保卡或户口簿；
- （二）所在学校出具的事故证明；
- （三）医院收费票据；
- （四）门急诊费用清单；
- （五）处方底方；
- （六）医保经办机构要求的其他材料。

第四十九条 特殊药品。参保患者使用我省规定的单行支付管理药品、高值管理药品的，按照相关政策进行支付。

第十二章 监督管理

第五十条 监督主体。医疗保障行政部门对医保经办机构履行职能情况进行监督，适时监督检查参保单位、参保人员、定点医药机构遵守《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规情况。

第五十一条 医保协议。市医疗保障局负责制定定点医药机构定点管理政策，在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等环节对医保经办机构、定点医药机构进行监督。医保经办机构负责确定定点医药机构，并与定点医药机构签订医疗保障服务协议（以下简称“医保协议”），提供经办服

务，开展医保协议管理、考核等。定点医药机构应当遵守医疗保障法律、法规、规章及有关政策，按照规定向参保人员提供医药服务。

第五十二条 协议管理。统筹地区医保经办机构与评估合格的定点医药机构协商谈判，达成一致的，双方自愿签订医保协议。原则上由市级医保经办机构与定点医药机构签订医保协议并向市医疗保障局备案。医保协议应明确双方的权利、义务和责任。签订医保协议的双方应当严格执行医保协议约定。医保协议期限一般为1年。

第五十三条 综合考核。医保经办机构每年按照履行服务协议情况对定点医药机构进行综合考核，并纳入信用体系评价管理。

第五十四条 违法处理。定点医药机构和参保单位、参保人员涉及欺诈骗保等违法行为的，由医疗保障行政部门和相关职能部门依法作出处理。

第十三章 其他

第五十五条 居民医保基金的收入、支出核算及财务管理等有关内容以《社会保险基金财务制度》（财社〔2017〕144号）为准。

第五十六条 各县市区人民政府、各园区管委会的居民医保参保任务，由市医疗保障局根据上级下达的年度参保目标任务测算分解，纳入市政府目标考核。

第五十七条 市医疗保障局要建立筹资与待遇支付的平衡

机制，把居民医保基金累计结余静态可支撑月数控制在6~9个月范围内。当低于6个月时，提出筹资与待遇支付标准的调整意见。

第五十八条 门诊医疗费按发生时间计，住院医疗费按出院时间计，此时间点不在本人待遇享受期内的，居民医保基金不予支付其医疗费用。

第五十九条 参保人员户籍所在地是指所在县市区(园区)。参保信息录入时应注明参保人员所在县市区(园区)、乡镇(街道)、村组(社区)。

第六十条 医疗机构出具的所有材料均需加盖医疗机构公章或病历管理专用章，未办理身份证的未成年人可用户口簿代替。

第六十一条 中华人民共和国公民身份证号码为系统识别城乡居民参保身份的唯一凭证。港澳台居民按照《香港澳门台湾居民在内地(大陆)参加社会保险暂行办法》(人社部、国医保令第41号)参加本市居民医保。在我市的外国人按照《关于印发〈外国人在中国永久居留享有相关待遇的办法〉的通知》(人社部发〔2012〕53号)。无国籍人员不能参加本市居民医保。

第六十二条 居民医保费征收和结算档案，分别由居民医保费征收机构和结算机构按规定管理。

第六十三条 本细则所列各项表格按照《关于印发四川省医疗保障经办政务服务事项清单的通知》(川医保规〔2020〕7号)由市级医保经办机构负责制定，同时在市医疗保障局网站公布。

第六十四条 医疗保险待遇通过医保信息系统结算，本细则

实施前已经结算的不再变更。

第六十五条 参保信息查询。参保人员可持下列材料到医保经办机构进行查询，医保经办机构即时办结：

（二）医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；

（三）委托办理的，应提供委托人及代理人身份证原件。

第六十六条 本细则规定办理各项手续所需材料除特别注明外均要求提供原件。

第六十七条 本细则实施期间，国家、省对城乡居民基本医疗保险政策做出调整的，按国家、省调整后的政策执行。

第六十八条 本细则由市医疗保障局负责解释。

第六十九条 本细则自 2021 年 9 月 23 日起施行，有效期 5 年。《绵阳市城乡居民基本医疗保险实施细则》（绵人社发〔2017〕18 号）和以前发布的其他不符合本细则规定的文件或内容同时废止。

绵阳市医疗保障局办公室

2021年8月23日印发
