

# 绵阳市人力资源和社会保障局 绵阳市财政局 文件

绵人社发〔2017〕18号

---

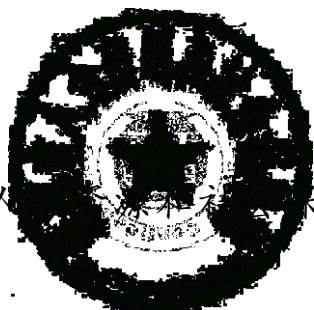
## 关于印发《绵阳市城乡居民基本医疗保险 实施细则》的通知

各县市区人力资源和社会保障局、财政局，各园区劳动保障服务中心（人社局）、财政局，市社保局、市医保局、市人社信息中心：

现将《绵阳市城乡居民基本医疗保险实施细则》印发你们，

请遵照执行。

绵阳市人力资源和社会保障局



2017年11月17日

# 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 为确保城乡居民基本医疗保险制度顺利实施，根据市政府《关于印发〈绵阳市城乡居民基本医疗保险暂行办法〉的通知》（绵府发〔2017〕15号），制定本实施细则。

第二条 各级人力资源和社会保障行政部门负责组织实施本地城乡居民基本医疗保险（以下简称“城乡居民医保”）工作。

市财政局负责城乡居民医保督促财政补助资金到位。各级财政部门负责社会保障基金财政专户管理，按规定将城乡居民医保政府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。

市社保局负责制定和规范全市城乡居民医保费征收工作流程。各级城乡居民医保费征收机构负责本地城乡居民医保的参保登记、征收和参保基础信息的维护工作。

市医保局负责编制全市城乡居民医保基金预决算草案；负责全市城乡居民医保基金核算、待遇结算、拨付及全市异地就医结算周转金调度管理；负责建立和完善城乡居民医保基金预警制度，定期对基金运行情况进行分析；负责全市城乡居民医保基金财务报表、财务统计分析工作。各级医保经办机构负责归口本级的协议服务机构的管理和医保待遇审核支付、财务管理、稽核监督、统计分析、档案管理；组织开展城乡居民医保政策宣传、业务培训等工作；指导、监督劳动就业和社会保障服务中心的城乡居民医保业务。

各级劳动就业和社会保障服务中心负责城乡居民医保参保登记的基本信息进行采集、录入、审核、汇总及上报；负责办理城乡居民医保基础信息变更和修改的上报工作；负责城乡居民医保政策的宣传工作。

各类学校按照各级城乡居民医保费征收机构要求，组织本校所有学生的城乡居民医保参保登记和缴费工作。

## 第二章 参保登记

**第三条** 城乡居民医保原则上以家庭为单位参保，在市外参加基本医保的家庭成员未提供参保凭证的也应参保。参保时城镇居民由本人或代理人出具户口簿或身份证、临时居住证，农村居民由本人或代理人出具户口簿或身份证、居住地村委会出具的长期居住证明或临时居住证，作为参保登记凭证。

（一）成年人到户籍所在地（临时居住地）的劳动就业社会保障服务中心办理参保登记。

（二）儿童、中小學生可以家庭为参保单位在户籍所在地（临时居住地）参保，也可以在就读幼儿园、学校集体参保。

（三）在校大中专（职）院校学生由学校指定人员统一进行收集、初审、记录、汇总和上报，统一到当地城乡居民医保费征收机构办理参保登记。

（四）新生儿应在出生后 90 天内，由监护人或代理人携带户口簿、出生医学证明，到户籍地劳动就业社会保障服务中心办理当年参保、缴费。

（五）特殊人群（省定建档立卡贫困人员、特困供养人员、重点优抚对象、1-2 级重度残疾人（持证）、低保对象、城乡困难群众）应由本人或代理人出具户口簿或身份证，以及符合相关补贴

政策的证明材料，在户籍地劳动就业社会保障服务中心审核确认身份后，办理参保登记。

**第四条** 各级城乡居民医保费征收机构应在每年城乡居民医保基金征缴工作启动前，与当地民政、残联、扶贫、惠民帮扶等主管部门进行数据交换，将特殊人群数据由信息后台维护进征缴系统。

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城乡居民医保费征收机构，各级财政部门于次年8月31日前统一将资助参保资金转入同级城乡居民医保费征收机构社会保险基金收入户。各级城乡居民医保费征收机构在每年参保工作正式开始前将享受资助人员相关信息录入城乡居民医保信息管理系统。

各级特殊人群主管部门提供的特殊人群参保信息有误或重复的，由同级城乡居民医保费征收机构及时反馈相关部门。每年特殊人群享受参保资助条件名单经城乡居民医保费征收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。

**第五条** 城乡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（精确到乡镇或社区）、联系电话、通讯地址、缴费金额、参保身份（区分以家庭、个人或学校参保）等。各级城乡居民医保费征收机构应与统筹地区公安部门建立信息沟通机制，对获取的城乡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。

**第六条** 非本市户籍参保居民居住地发生变更的，下年度缴费时可持村委会出具的长期居住证明或居住证，在居住地劳动就业社会保障服务中心参保缴费。

### **第三章 缴费管理**

**第七条** 城乡居民应通过银行、劳动就业社会保障服务中心、学校等途径缴纳城乡居民医保费。城乡居民医保费征收机构不得向参保人员收取现金。

（一）银行代扣代缴。参保居民与当地城乡居民医保费征收机构合作银行签订医保费代扣协议，并在缴费截止日前将应缴的医保费足额存入社会保障卡或指定账户。或持户籍地（临时居住地）劳动就业社会保障服务中心出具的缴费凭证，前往指定银行办理缴费。

（二）平台代收。暂未签订银行代扣协议的参保居民，可在户籍地（临时居住地）开通城乡居民医保费代收业务的劳动就业社会保障服务中心 POS 机刷卡缴费。

（三）学校代收。各类学校在缴费时间内将代收城乡居民医保参保学生的个人缴费部分，由指定人员到当地城乡居民医保费征收机构指定银行或机构办理缴费。

（四）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。

**第八条** 接续医保关系和新生儿参保缴费的处理。

（一）参加我市城镇职工医保的单位参保人员，与用人单位解除、终止劳动关系后，可参加城乡居民医保。自职工医保终结缴费当月起 3 个月内办理续保缴费的连续享受医疗保险待遇；办理缴费时跨年的缴纳 2 个年度的个人缴费金额，只计算 1 个年度

的缴费年限。

（二）市外原参加城镇职工医保的单位参保人员，自当地职工医保终结缴费当月起 3 个月内办理续保缴费的连续享受医疗保险待遇，办理缴费时跨年的缴纳 2 个年度的个人缴费金额，只计算 1 个年度的缴费年限；市外原参加城乡居民医保的参保人员，自当地城乡居民医保待遇享受的最后一个月起，3 个月内办理续保缴费的连续享受医疗保险待遇。参保人员办理续保时，应提供原参保地医保缴费凭证。

（三）具有我市户籍的新生儿在出生 3 个月之内办理参保的：当年 9 月 1 日前参保缴费的缴纳当年的个人缴费金额，保险年度截止当年 12 月 31 日；当年 9 月 1 日及以后参保缴费的应缴纳当年及次年的个人缴费金额，保险年度截止次年 12 月 31 日。

**第九条** 2018 年 3 月 1 日前初次参加我市城乡居民医保的不设置待遇等待期。2018 年 3 月 1 日之后，除在规定期限内参保的新生儿和在规定期限内接续医保关系的人员外，初次参保均从缴费到账之日起设置 6 个月待遇等待期。

**第十条** 城乡居民医保参保人员已缴纳次年度城乡居民医保费，在进入待遇享受期前，因户口迁出、出国定居、死亡及就业等原因，可持相关材料到参保地城乡居民医保费征收机构办理城乡医保退费。年度待遇享受期开始后，不再办理退费。

#### **第四章 门诊特殊疾病**

**第十一条** 门诊特殊疾病实行分类管理，具体准入标准由市人力资源社会保障行政管理部门统一制定。

（一）需要长期门诊治疗的慢性疾病为门诊慢性病，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,重性精神病(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,心脏安置永久性起搏器术后,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。

(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。

## 第十二条 申报与管理。

(一)参保人员因患门诊慢性病,应在每年4-6月向参保地医保经办机构申报,资料不齐的应当场告知参保人员。当地医保经办机构在申报期结束后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。有条件的乡镇(街道)劳动就业社会保障服务中心可代收门诊慢性病资料。

(二)参保人员因门诊特殊重症疾病,应即时向参保地医保经办机构申报,资料不齐的应当场告知参保人员。医保经办机构



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。

（三）所需材料：《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。门诊慢性病还需提供：一年以上五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。向参保地医保经办机构申报。

（四）门诊慢性病和门诊特殊重症疾病待遇从系统核准之日起享受待遇。

（五）经审批和核准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。

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

（七）门诊特殊重症指定医师应事先在当地医保经办机构进行备案并录入医保系统。

**第十三条** 门诊慢性病患者应持社会保障卡在市内具备住院资质的定点医疗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二级及以上医院产生的门诊慢性病费用，本人垫付后当年年底前报参保地医保经办机构报销。

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。

**第十四条** 门诊特殊重症疾病患者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。门诊特殊重症疾病门诊费用统筹基金支付部分纳入医院总额控制范围。在市外定点医疗机构发生的门诊特殊重症医疗费用，在未实行联网结算前，参保人员可持下列资料回参保地医保经办机构按规定结算：

- （一）身份证（原件及复印件）；
- （二）门诊处方或费用明细清单；
- （三）病历（复印件）；
- （四）财政或税务监制的门诊或住院收费专用票据（原件）；
- （五）门诊诊断证明；
- （六）医保经办机构要求的其他资料。

## **第五章 门诊统筹**

**第十五条** 全市范围内实施国家基本药物制度和药品零加成规定的所有乡镇卫生院、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。

**第十六条** 参保居民门诊统筹待遇核算到个人，用于支付参保人员在门诊统筹定点医疗机构的门诊医疗费用，家庭成员（指当年参保缴费单位的成员）之间可以共享。门诊统筹总额内按就诊人次支付，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。

**第十七条** 参保居民应持社会保障卡确认门诊统筹使用条件。

## **第六章 特殊支付**

**第十八条** 医保政策范围内乙类药品自费 15%后再纳入基本医保报销。

**第十九条** 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。

（一）乙类检查项目 100 元及以下的费用自费 15%后再纳入基本医保报销，超过 100 元的费用自费 25%后再纳入基本医保报销；

（二）在市内上一级定点医院进行检查的：甲类检查项目自费 10%后再纳入基本医保报销；乙类检查项目 100 元及以下的费用自费 25%后再纳入基本医保报销，超过 100 元的费用自费 35%后再纳入基本医保报销。

**第二十条** 参保人员在住院期间因所在定点医疗机构条件限制，须在市内上一级定点医院进行检查的，涉及检查费用医保基金按照检查医院标准支付。

**第二十一条** 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：其中手术项目（不含移植、安装、放置、介入、腔镜）除外。乙类治疗项目 300 元及以下的费用自费 15%后再纳入基本医保报销，超过 300 元的费用自费 25%后再纳入基本医保报销。

**第二十二条** 医保政策范围内的材料费用执行分段报销：单项不超过 2000 元的费用，参保人员按照国产 15%、合资 25%、进口 35%自费后，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%、合资 55%、进口 65%自费后，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%自费后，再纳入基本医保报销。

**第二十三条** 参保人员在城乡居民医保待遇享受期内，且符合人口与计划生育政策规定的住院分娩医疗费用，按照住院医疗费用报销规定，应报销金额低于住院分娩报销限额的，据实报销；

应报销金额高于住院分娩报销限额的，按住院分娩报销限额支付。

（一）《绵阳市城乡居民基本医疗保险暂行办法》第十六条第一款中剖宫产指征参照中华医学会妇产科学分会产科学组《剖宫产手术的专家共识》（2014）确定。

（二）《绵阳市城乡居民基本医疗保险暂行办法》第十六条第二款中所指的分娩发生严重并发症，包括羊水栓塞、子宫破裂、产褥热、产后出血、先兆子痫、胎盘滞留等。

**第二十四条** 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3个月内到参保地医保经办机构申请报销：

- （一）身份证原件及复印件；
- （二）所在学校出具的事故证明；
- （三）财政或税务监制的门诊收费专用票据（原件）；
- （四）户口簿（原件，能够证明学生家长与学生的关系）；
- （五）门诊诊断证明（原件）；
- （六）门诊处方或费用清单（原件）；
- （七）医保经办机构要求的其他资料。

**第二十五条** 《四川省儿童先天性心脏病救治工作实施方案》（川民发〔2012〕91号）、《四川省儿童白血病救治工作实施方案》（川卫办发〔2012〕414号）、《关于将儿童苯丙酮尿症纳入新农合提高重大疾病医疗保障水平范围的通知》（川卫办发〔2014〕167号）继续适用于城乡居民医保参保人员。

**第二十六条** 《关于将酪氨酸激酶抑制剂治疗慢性粒细胞白血病和胃肠间质瘤药品费用纳入医疗保险基金支付范围有关问题的通知》（绵人社办〔2015〕137号）、《关于将湿性年龄相关性黄

斑变性和慢性丙型肝炎纳入城镇基本医疗保险单病种定项管理的通知》（绵人社办〔2016〕12号）按照原城镇居民基本医疗保险规定适用于城乡居民医保参保人员。

## 第七章 就医管理与费用审核

**第二十七条** 按照“先纳入、后规范”的原则，将原城镇居民医保、新农合定点医疗机构进行整合作为城乡居民基本医疗保险定点医疗机构，并按照《绵阳市医疗保险定点医药机构管理办法》（绵人社发〔2016〕5号）管理。

**第二十八条** 在异地长期居住人员是指在我市行政区域外连续居住6个月以上的人员。上述人员在参保地医保经办机构办理长期异地就医备案后，其住院和门诊特殊重症医疗待遇视同本地执行。长期异地就医备案期限原则上最短为1年，期间不可撤销。

异地长期居住人员回市内并在撤销异地就医备案后，住院和门诊特殊疾病门诊费用方能与我市定点医药机构即时结算。

**第二十九条** 市内居住的参保患者在异地联网结算医院住院治疗的，经由参保地医保经办机构备案后，其住院医疗费用可通过异地结算平台即时结算。需要再次转院治疗的，应再次备案。

（一）市外探亲、旅游等因急症就医的，应在入院后3个工作日内委托他人或传真方式书面办理短期异地就医备案。

（二）受我市医疗条件和技术限制需要转诊转院到市外的，应由市内三级乙等及以上医疗机构办理转诊转院。

（三）市外户籍的在册学生，符合学校管理规定的实习和寒暑假、因病休学等法定不在校期间，在学校所在地之外住院的，可选择当地的定点医疗机构就医，所发生的医疗费用，符合城乡居民基本医疗保险规定的部分，在出院后3个月内回参保地医保

经办机构申请报销。

**第三十条** 异地住院因不具备即时结算条件而使用现金结算的，出院后 3 个月内到参保地医保经办机构申请报销。不具备即时结算条件的情形包括：

（一）尚未办理社会保障卡的，或社会保障卡遗失、损坏且已办理了挂失补办的；

（二）就医定点医院尚未联入异地结算平台的；

（三）未在参保地医保经办机构履行转诊转院或异地备案手续的。

**第三十一条** 参保人员在市内定点医疗机构住院，持下列资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）身份证（原件及复印件）；

（二）社会保障卡；

（三）定点医疗机构入院证。

**第三十二条** 参保人员在定点医疗机构当年住院 3 个月以上、一个自然年度结束不能出院的，当年 12 月 31 日必须办理出院结算并计一次起付标准；住院 3 个月以内、一个自然年度结束不能出院的，可不办理出院结算，但当年医疗费用已超过统筹基金最高支付限额的和连续住院满 3 个月后必须办理出院结算并计一个起付标准。

**第三十三条** 参保人员因门诊抢救无效死亡的，在抢救结束后 3 个月内，家属持下列资料到参保地医保经办机构办理抢救医疗费用支付手续。逾期未办理支付手续的，抢救医疗费用统筹基

金不再支付：

- （一）身份证（原件及复印件）；
- （二）财政或税务监制的门诊收费专用票据（原件）；
- （三）医疗费用明细清单（原件）；
- （四）门诊抢救记录（复印件）；
- （五）死亡证明（复印件）；
- （六）医保经办机构规定的其它材料。

**第三十四条** 参保人员在住院期间因所在定点医疗机构条件限制，须在市内上一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，在医保系统中联系并确定检查医院。参保人员或家属持患者社会保障卡在住院期间自行前往进行检查。住院医院按照检查发票金额录入医保系统，纳入本次住院费用报销。

**第三十五条** 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医生和科主任会诊后，转院后 3 个工作日内持下列资料到参保地医保经办机构办理审核批手续：

- （一）身份证（原件及复印件）；
- （二）《绵阳市基本医疗保险转诊转院申报审批表》。

**第三十六条** 参保人员因突发疾病在非定点医疗机构产生急救、抢救费用的，费用发生之日起 3 个工作日内向参保地医保经办机构办理异地就医短期书面备案，医疗费用由参保人员全额垫付。出院之日起 3 个月内，持下列资料到参保地医保经办机构办理支付手续。病情稳定后，应及时到定点医疗机构治疗。未按规

定办理异地就医短期备案发生的医疗费用统筹基金不予支付：

- （一）身份证（原件及复印件）；
- （二）出院证明（原件）；
- （三）死亡证明（复印件）；
- （四）住院费用明细清单（原件及复印件）；
- （五）病历（复印件）；
- （六）财政或税务监制的住院收费专用票据（原件）；
- （七）《绵阳市基本医疗住院现金垫支报销申报表》；
- （八）医保经办机构规定的其它材料。

**第三十七条** 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。

**第三十八条** 转诊患者出院前，由转出医院在系统中办理转出登记并向患者出具双向转诊通知单，转诊患者 3 个工作日内到转入医院办理入院登记。

（一）除急危重症或抢救外，未办理转诊转院直接在异地定点医疗机构住院的，报销比例降低 20%；

（二）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%；

（三）未按程序办理转诊转院的患者不执行起付线补差政策；

（四）急危重症或抢救人员办理住院后，医院应在 24 小时内将电子病历通过医保系统上传参保地医保经办机构，参保地医保



经办机构在患者出院前审核其是否符合急危重症或抢救入院的条件。

**第三十九条** 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%。

**第四十条** 外伤患者住院治疗，定点医疗机构应如实询问、记录病史，属第三方责任或违法犯罪致伤的，医疗费用城乡居民医保基金不予支付。由城乡居民医保基金支付医疗费用的，患者（家属）应填写《绵阳市基本医疗保险外伤入院登记表》，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。

**第四十一条** 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。

**第四十二条** 定点医疗机构应使用社会保障卡作为患者就诊卡，将患者病情诊断、检查报告、处方、治疗经过等信息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、报告的，定点医疗机构应当提供。

## **第八章 费用结算**

**第四十三条** 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。应由城乡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。

**第四十四条** 定点医疗机构每月 10 日前，将上月应当由城乡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。

**第四十五条** 除门诊统筹基金支付的一般诊疗费和普通门诊医疗费用外，城乡居民医保应支付的其他医疗费用均由住院统筹基金支付。

**第四十六条** 一个自然年度内，城乡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。

**第四十七条** 参保居民门诊特殊疾病待遇限本人当年内使用，余额不结转、不转移、不继承。

## **第九章 基金管理**

**第四十八条** 各县市区（园区）城乡居民医保费征收机构负责管理本级社会保险基金收入户，暂存本级征收的医疗保险费、转移收入、其他收入和利息收入等，向绵阳市城镇基本医疗保险基金收入户划转基金。

**第四十九条** 县市区（园区）医保经办机构负责管理本级城镇基本医疗保险基金支出户，支付本级门诊统筹和住院统筹基金支出。

**第五十条** 基金的收、支、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。

## **第十章 附 则**

**第五十一条** 各县区人民政府居民医保征收任务，由市人力资源和社会保障局根据上级下达的年度征收目标任务测算分解，纳入市政府目标考核。

**第五十二条** 市医疗保险管理局要建立筹资与待遇支付的平

衡机制，把城乡居民医保基金累计结存额支撑力度控制在国家要求的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，报市人力资源和社会保障局、市财政局批准执行。

**第五十三条** 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，城乡居民医保基金不予支付其医疗费用。

**第五十四条** 参保人员户籍所在地是指所在区、县和县级市。户籍地在高新区、经开区、科创区的视同为涪城区，户籍地在仙海区的视同为游仙区。参保信息录入时应注明参保人员所在县市区、乡镇（社区）。

**第五十五条** 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，未办理身份证的学生可用户口簿代替。

**第五十六条** 中华人民共和国居民身份证号码为系统识别城乡居民参保身份的唯一凭证。港澳台居民可以参加本市城乡居民医保的，外国人和无国籍人员不能参加本市城乡居民基本医疗保险。

**第五十七条** 城乡居民医保费征收和支付档案，分别由城乡居民医保费征收机构和支付机构按规定管理。

**第五十八条** 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。

**第五十九条** 本实施细则由市人力资源和社会保障局负责解释，2018年度城乡居民医保参保缴费从2017年9月1日起执行，2018年1月1日起全面执行本细则。

# 附件 1

## 绵阳市基本医疗保险门诊慢性病申报表

个人编码：

填报时间： 年 月 日

姓名		性别		年龄		保险类别	
身份证号				联系电话			
单位或社区							
申报病种	一				有效时限		
	二				有效时限		
申报资料	<input type="checkbox"/> 1. 门诊病情诊断证明书； <input type="checkbox"/> 2. 门诊病历本； <input type="checkbox"/> 3. 出院证明； <input type="checkbox"/> 4. 一年以上五年以内诊治的检查单检查单； <input type="checkbox"/> 5. 化验单； <input type="checkbox"/> 6. 其它：_____。						
	申请人（签章）： _____						年 月 日
医保机构意见	新增 <input type="checkbox"/> 续办 <input type="checkbox"/>						
	前次办理门诊慢性病病种名称： _____						
	经办人： _____ （公章）			复核人： _____			
	审批时间： _____						年 月 日

- 注：1. 本表一式二份，审核后一份由医保经办机构留存，一份由参保人留存。  
 2. 所申报的资料在相应序号栏前用笔划“√”。  
 3. 此表由申请人在二级甲等及以上定点医院医保科（办）申领。  
 4. 申报时需附相关病情证明材料。  
 5. 门诊慢性病在每年 4-6 月申报。  
 6. 保险类别填写“城乡居保”或“城镇职工”。

## 附件 2

### 绵阳市基本医疗保险门诊特殊重症疾病申报表

个人编码：

填报时间： 年 月 日

本人 申请	姓 名		性 别		年 龄	
	身份证或社保卡号				保险类别	
	家庭住址			联系电话		
医 院 意 见	诊 断					
	病 情 摘 要					
	治 疗 方 案 (治疗项目及药品 名称、使用剂量、 治疗期限)					
	医师签名：			医院签章：		
		年 月 日			年 月 日	
医 保 机 构 意 见	经办人： _____ 复核人： _____ 审批时间： _____ 年 月 日 <span style="float: right;">( 公 章 )</span>					

注：1. 本表一式二份，审核后一份由医保经办机构留存，一份由参保人留存。

2. 此表由申请人在二级甲等及以上定点医院医保科（办）申领。

3. 保险类别填写“城乡居保”或“城镇职工”。

4. 申报时需附相关病情证明材料。

## 附件 3

## 绵阳市基本医疗保险 异地就医登记备案申请表

个人 编码		姓名		性 别		身份证号		
参保人员异地详细工作或居住地址							申请 时间	
省 / 直 辖 市	市 / 州	详细地址			邮编			
							申请人签字 (章)	
保险类别		联系 电话					代办人签字 (章)	
本市紧急 联系人姓 名		联系 电话			地址			
异地就医申请原因		1、短期异地备案 <input type="checkbox"/> 2、长期异地备案 <input type="checkbox"/> (打“√”)						
短期异地备案医院的 联系电话								
短期异地备案的入院 诊断								
参保地医保经办机构审核意见								
<p style="text-align: right;">经办人签字（单位章）：</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">年   月   日</p>								

填表说明：①长期驻外是指在绵阳市外居住或学习 6 个月以上。②保险类别填写“城乡居保”或“城镇职工”。③工作或居住详细地址的市/州栏应填写州或地级市。④提供居住地暂住证或居住的异地户籍证明原件和复印件。⑤此表一式两份，医保经办机构、个人各一份。⑥请用正楷字清楚填写完以上信息并经各相关机构单位审核盖章后有效。







## 附件 6

# 绵阳市基本医疗保险特殊项目支付申报表

个人编码：

姓名_____ 性别____ 年龄____ 保险类别_____ 工作单位_____					
门诊(住院)医院_____ 科别_____ 病区____ 病床号____ 住院号_____					
一、拟申请项目                      ①特殊检查                      ②特殊治疗                      ③特殊材料                      ④限制用药					
项目名称	用法	申请数	预计金额	院部 审批数	建议医师(主治以上医师)(签名)
二、主要诊断：					年    月    日
三、已采取哪些检查、治疗方式：					临床科室负责人(意见)
					年    月    日
四、使用理由及目的，有无其他可代替材料或药品：					定点医院意见(签名、盖公章)
					年    月    日
					医保机构审批意见(签名、盖公章)
					年    月    日

**注：**基本医疗保险参保人员特需使用特殊材料及适应症限制药品，必须严格执行人力资源和社会保障厅川人社发[2010]41号文件规定，并请主治以上医师填写此表，经科主任审批后附住院病历中，作本人报销证明。保险类别填写“城乡居保”或“城镇职工”。

附件 7

## 关于 不在户籍地办理医保的证明

（参保地社保局名称）：

姓名： ， 身份证号： ， 户籍地： 。此人因在绵阳市境内常长期生活、居住，拟办理绵阳市城乡居民医保，即日起，此人自愿放弃原户籍地各种医保待遇，以后不在户籍地办理城乡居民医保、职工医疗保险。

特此证明。

意见：

经办人：（签名）

村委会/社区（盖章）

年 月 日

办公电话：

意见：

经办人：（签名）

乡镇（社区）劳保中心（盖章）

年 月 日

办公电话：

本表一式一份，由盖章地乡镇（社区）劳动就业社会保障服务中心存档。

## 附件8

### 绵阳市基本医疗保险外伤入院登记表

患者姓名		性 别		年 龄		联系电话	
家庭住址或工作单位			社会保障号			住院号	
入院时间			入院诊断				
就医医院			医保关系所在地（区、县）			保险类别	
外伤发生的时间、地点、原因          陈述人：                      与患者关系：                      填表人：                      患者签名（手印）：							
对下列事项进行确认（在“是”或“否”对应的括号内划√） 一、是否有责任方                      是（    ）否（    ）                      四、是否在工作时间发生外伤    是（    ）否（    ） 二、是否对赔偿事宜进行协商    是（    ）否（    ）                      五、是否在工作场所发生外伤    是（    ）否（    ） 三、是否得到相应赔偿              是（    ）否（    ）                      六、是否因工作原因受到伤害    是（    ）否（    ）							
现承诺：此表填写内容完全属实，如有虚假陈述或弄虚作假行为，本人愿意退还医疗保险拨付款项以及承担由此产生的一切法律责任和后果。如需询问或调查相关情况或提供证明材料，本人愿意积极配合。（由承诺人抄写一遍）          承诺人签字(手印)：                      联系电话：                      与患者关系：                      日期：							
患者社会保障卡、身份证复印件粘贴栏							
陈述人、承诺人身份证复印件粘贴栏							

备注：1. 此表应逐一、认真填写，必须实事求是，不得编造、隐瞒；此表由就医医疗机构提供，原件交就医地医保经办机构保存，扫描件或传真件由参保地经办机构留存备查；2. 由就医科室提供病历首页、相关检查报告资料，如有 120 接诊记录，提供 120 接诊记录表，同此表一起扫描或传真至参保地医保经办机构登记；3. 陈旧性外伤入院所发生的医疗费用需报销时，须提供首次入院记录和出院结算单，无法提供报销凭据的，其医疗费用不纳入联网即时结算；4. 承诺人必须具有民事行为能力。如陈述人、承诺人非患者本人，须提供其身份证复印件及联系电话，并注明与患者关系；5. 如填写内容超出表格，增加附页填写。

信息公开选项：主动公开

---

绵阳市人力资源和社会保障局办公室

2017年11月21日印发

---