

绵阳市人力资源和社会保障局

绵人社发〔2018〕5号

绵阳市人力资源和社会保障局 关于印发《绵阳市城镇职工基本医疗保险办法 实施细则》的通知

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

《绵阳市城镇职工基本医疗保险办法实施细则》已经 2018 年第 2 次局务会审议通过，现予印发，请遵照执行。

绵阳市人力资源和社会保障局

2018年5月



绵阳市城镇职工基本医疗保险办法实施细则

为保证本市城镇职工基本医疗保险制度的实施，根据《绵阳市城镇职工基本医疗保险办法》（绵府发〔2018〕3号，以下简称《医疗保险办法》），制定本细则。

第一章 参保登记

第一条 城镇职工基本医疗保险按属地管理。市直属和中央、省驻绵阳城区用人单位及职工，在市社会保险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、园区社会保险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。

个体参保人员在其基本养老保险关系或户籍所在地社会保险经办机构办理参保手续。

第二条 用人单位自用工开始之日起30日内，持下列资料到社会保险经办机构办理参保手续：

（一）包含单位名称、住所、经营地点、单位类型、法定代表人或负责人、开户银行账号等主要内容的《绵阳市社会保险登记表》；

（二）统一代码的营业执照；

（三）中国人民银行办理的开户银行许可证；

（四）包含姓名、身份证号等主要内容的《参保单位员工花名册》。

参保单位新入职员工签订劳动合同后，应依法向社会保险经

办机构办理参保手续。

第三条 个体参保人员持《绵阳市个体人员新参保（续保）登记表》到社会保险经办机构办理参保手续。

第四条 社会保险经办机构自受理之日起10个工作日内审核参保资料。

第五条 参保单位和参保人员发生《绵阳市社会保险登记表》、《绵阳市个体新参保（续保）登记表》所载内容变更的，自变更之日起30日内，持变更资料到社会保险经办机构变更社会保险登记信息。

第六条 参保单位依法终止的，自终止之日起30日内，持终止资料到社会保险经办机构注销社会保险登记。

第七条 参保单位社会保险登记满1年后，每年应到社会保险经办机构办理年检。

第二章 缴费

第八条 城镇职工基本医疗保险基金由下列部分组成：

- （一）参保单位和职工缴纳的城镇职工基本医疗保险费；
- （二）个体参保人员缴纳的城镇职工基本医疗保险费；
- （三）城镇职工基本医疗保险费按政策计算的利息；
- （四）城镇职工基本医疗保险费按政策计算的滞纳金；
- （五）办理城镇职工基本医疗保险退休手续时因未满最低缴费年限缴纳的一次性趸缴费用；
- （六）依法纳入城镇职工基本医疗保险基金的其他资金。

第九条 用人单位按上年度全部职工工资总额的6%缴纳城

镇职工基本医疗保险费，职工个人按本人上一年月平均工资的2%缴纳城镇职工基本医疗保险费。

职工本人上一年月平均工资低于上上年全市城镇非私营单位在岗职工月平均工资（以下简称上上年市平工资）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。

第十条 参保单位办理参保登记后，持《参保单位人员增加申报表》等资料向社会保险经办机构申报单位参保人员、工资或基本养老金。

第十一条 参保单位首次申报参保人员和工资后，每年1月31日前应向社会保险经办机构申报当年在职职工工资。单位申报的医疗保险缴费工资不得低于申报的养老保险缴费工资。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社会保险经办机构核定后，按核定后的工资总额作为缴费基数。

参保单位必须如实申报职工工资；单位申报的医疗保险缴费

工资基数，不得低于申报的养老保险缴费工资。

第十二条 参保单位人员信息变化的，于每月10日前向社会保险经办机构申报人员增减及工资变动情况。

第十三条 社会保险经办机构对参保单位缴费申报进行核定，每月20日前制定并下达当月基金征缴计划。

第十四条 参保单位于每月基金征缴计划下达后至次月征缴计划下达前，凭基金征缴计划到指定银行足额缴纳当月单位和职工基本医疗保险费。缴费时间以社会保险经办机构账户到账后且在业务系统登账确认时间为准，逾期未足额缴纳当月城镇职工基本医疗保险费的为欠费，社会保险经办机构按照相关规定原则上加收参保单位滞纳金。

第十五条 个体参保人员未足额缴纳当年城镇职工基本医疗保险费前，基金暂停支付医疗保险待遇。足额缴纳当年城镇职工基本医疗保险费后，连续支付当年医疗保险待遇。

第十六条 单位职工解除劳动（人事）关系当年以个体参保人员参加城镇职工基本医疗保险的，缴纳当年剩余月份基本医疗保险费。

第十七条 职工及个体参保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，自在本市缴费到账之日起，满12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 参保单位或参保人员当年在本市重复缴纳城镇职工基本医疗保险费的，持《绵阳市参保人员医疗保险缴费退款

审核表》向社会保险经办机构提出退费申请，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，已划入个人账的资金不予退还。

第十九条 社会保险经办机构应积极推行个体参保人员按月代扣代缴，逐步全面实行个体参保人员按月代扣代缴。

第三章 医疗保险关系转移

第二十条 参保人员原参加城镇职工基本医疗保险，从市外转入本市城镇职工基本医疗保险，应自原参保地中止缴费之日起 3 个月内在我市办理城镇职工基本医疗保险参保缴费到账手续，并提出医保转移申请；医保转移手续办理完结后，自我市城镇职工基本医疗保险参保缴费到账之日起发生的医疗费用，统筹基金按规定予以支付。在待遇等待期内转入本市城镇职工基本医疗保险的，自原参保待遇等待期起始时间开始计算，满 12 个月后发生的医疗费用由统筹基金按规定支付。逾期参保缴费到账或提出转移申请的按《城镇职工基本医疗保险办法》参保中断有关规定执行。

第二十一条 军人退出现役后参加我市职工基本医疗保险的，原则上应在我市办理参保登记后的 3 个月之内将其军人退役医疗保险关系和相应资金转入参保地社会保险经办机构。

第二十二条 参保人员原参加城乡居民基本医疗保险（含城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗），按照下列要求办理接续医疗保险关系的，个人帐户从缴费当月计入。逾期接续医疗保险关系的按《医疗保险办法》参保中断有关规定执行。

(一) 参加城乡居民基本医疗保险(含城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗),并在原保险待遇享受期内参加我市城镇职工基本医疗保险的,需在新险种缴费到账之日起3个月内办理转接续关系,自在新险种缴费到账之日起6个月内发生的医疗费用由职工医保基金按城乡居民医保待遇标准支付,6个月后发生的医疗费用按城镇职工基本医疗保险待遇支付。

(二) 参加城乡居民基本医疗保险(含城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗),并在原保险待遇终止后参加我市城镇职工基本医疗保险的,应自原险种待遇终止之日起3个月内接续医疗保险关系,在待遇等待期内参加我市城镇职工基本医疗保险的,自原参保待遇等待期起始时间开始计算,满12个月后发生的医疗费用按城镇职工基本医疗保险待遇支付。

第二十三条 参保人员在本市医疗(社会)保险经办机构办理医疗保险关系转移手续,转移程序和所需材料按有关规定执行。

第二十四条 参保人员住院期间不得转移和中断医疗保险关系。

第四章 医疗保险退休

第二十五条 医疗保险退休是指:参保人员达到法定退休年龄,经基本养老保险(包含职工基本养老保险、机关事业单位养老保险、城乡居民基本养老保险,以下简称基本养老保险)退休审批单位进行退休资格认证后,其城镇职工基本医疗保险累计缴费年限已满20年(240个月);经本人提出医保退休申请,由参

保地社保经办机构审批通过后办理医保退休手续。

第二十六条 参保人员达到法定退休年龄，经基本养老保险退休审批单位办理退休格认证后，城镇职工基本医疗保险累计缴费年限不足20年的（不包含从未参加城镇职工基本医疗保险的人员），可一次性趸缴补足20年，也可逐年参保缴费直至缴费年限达到20年。

第二十七条 参保单位或个人持下列资料到社会保险经办机构办理城镇职工基本医疗保险退休手续：

（一）身份证原件及复印件；

（二）基本养老保险退休审批机构出具的养老保险退休审批手续。

第二十八条 参保人员医疗保险退休手续办理完结后次月起不再缴纳城镇职工基本医疗保险费，并执行退休城镇职工基本医疗保险待遇。办理趸缴手续但未及时缴费的，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享受在职医保待遇。停止缴费的按《医疗保险办法》欠费、参保中断有关规定执行。

第二十九条 个体参保人员办理基本养老保险退休手续的上一年度，其城镇职工基本医疗保险累计缴费年限已达到或超过20年（240月）的，可在办理基本养老保险当年申请办理城镇职工基本医疗保险退休手续；但在办理基本养老保险退休资格认证前，仍应按在职身份参保缴费至养老保险退休当月，如未缴费发生的医疗费用医保基金不予支付。参保职工在申请医保退休当月属于待

遇享受状态的，医保退休后可享受住院待遇。

个体参保人员办理城镇职工基本医疗保险退休手续当年，按照最低20年（240月）缴费年限缴纳不足月份的费用。个体参保人员办理城镇职工基本医疗保险退休手续当年，缴纳年限未达到20年（240月）的：（一）如不足月份未超过12个月的，补足城镇职工基本医疗保险费，且待基本养老保险退休资格认证后，再到参保地社保经办机构办理医保退休清偿手续，同时医疗保险退休认定日期为基本养老保险退休清偿办结日期。（二）如不足月份超过12个月的，先缴纳当年全年城镇职工基本医疗保险费，待基本养老保险退休资格认证后，再对剩余月份的城镇职工基本医疗保险费按政策进行趸缴，并办理医保退休清偿手续，其医疗保险退休认定日期为医疗保险退休清偿办理完结之日（如在养老退休当年办理医保退休清偿趸缴，其医疗保险退休认定日期从次年1月起算）。

第三十条 参保人员医疗保险退休手续办理完结时，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。

第三十一条 参保人员办理医疗保险退休手续时为已参保中断的，自医疗保险退休手续办理完结之日起12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。

参保人员办理城镇职工基本医疗保险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，个人账户从城镇职工基本医疗保险退休手续办理完结当月计入。

第三十二条 城镇职工基本医疗保险缴费年限累加计算。

市内缴费年限（含《医疗保险办法》实施前参加城镇职工基本医疗保险的缴费年限）剔除中断时间累加计算。

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。自愿终止医保关系的，终止前的城镇职工缴费年限不计。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。

自愿终止医保关系的，终止前的城镇职工缴费年限不计。

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。视同缴费年限不受10年约束，但其在办理医保退休手续时，必须在我市有实际缴费记录，同时提供民政等主管部门出具的服现役年限证明。

第五章 个人账户

第三十三条 参保单位和个体参保人员按规定足额缴纳当期城镇职工基本医疗保险费到账后，社会保险经办机构按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，原则上于每月5日前划入缴费同期在职参保人员个人账户。

第三十四条 已办理医疗保险退休手续的参保人员由医疗保险经办机构以本人上年基本养老金为上帐基数（基本养老金超

过上上年市平均工资300%的部分不计入上帐基数，按上上年市平均工资的300%作为上帐基数），按80周岁以下（不含80周岁）4%、80周岁以上4.5%的比例，按季度划入个人账户，划入时间为每季度首月10日前。

第三十五条 基本养老金指退休审批部门核准的全部费用。

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，按社会保险经办机构核定补足后的金额作为个人账户上账基数。

第三十六条 参保单位或个人，每年12月31日前向社会保险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。

第三十七条 个人账户计息。由医疗保险经办机构每年12月31日一次性支付，市人社信息经办机构同时结转当年个人账户本金和利息。医保关系终止及医保关系转出等情形个人账户利息应在办理当月结转。

第三十八条 因历史原因个人账户上账纠错，由医疗保险经办机构补记同期个人账户利息。

第三十九条 参保人员死亡的，个人账户余额由法定继承人依法继承，法定继承人持下列资料到医疗保险经办机构办理个人账户继承手续：

（一）参保人员身份证或户口本复印件，死亡相关证明（包含医学死亡证明、火化证、公安死亡销户证明等任一种；

(二) 法定继承人身份证原件及复印件；

(三) 法定继承人承诺书。

(四) 法定继承人或本人银行账号。

第四十条 参保人员与单位解除劳动关系后（或个体参保人员）自愿终止城镇职工基本医疗保险关系的，提交医保关系终止关系申请，经社保经办机构批准后，个人账户资金可由医保经办机构一次性支付给本人，同时注销城镇职工基本医疗保险关系。

第六章 统筹基金支付范围和标准

第四十一条 统筹基金支付参保人员医疗费用范围和标准按照《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》、《城镇职工基本医疗保险办法》、《绵阳市医疗服务价格》以及绵阳市特殊医用材料、特殊检查和治疗、医院制剂等相关目录执行。

第四十二条 统筹基金支付住院床位费按照《绵阳市医疗服务价格》3人及以上普通病房床位价格标准执行，专科医院或专科病房可在此基础上按照《绵阳市医疗服务价格》上浮比例相应提高。实际住院床位费未达到支付标准的，按实际发生费用支付。具体床位价格支付标准由市人力资源和社会保障行政部门另行制定。

第四十三条 参保人员发生的下列医疗费用不属于基金支付范围：

(一) 除急救、抢救外在非定点医疗机构发生的医疗费用；

(二) 因本人吸毒、打架斗殴等违法犯罪行为所致伤病的医疗费用;

(三) 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;

(四) 因美容、矫形、生理缺陷及不孕不育等进行治疗的医疗费用;

(五) 交通事故、意外伤害、医疗事故等应当由第三方承担医疗费赔付责任的部分;

(六) 在港澳台地区和境外发生的医疗费用;

(七) 应由工伤保险和生育保险支付的医疗费用;

(八) 其他不属于统筹基金支付的费用。

第四十四条 女性个体参保人员取得生育指标后因生育发生的住院医疗费用由统筹基金按规定支付。

女职工参保人员因生育合并症住院发生的医疗费用,纳入职工基本医保报销。

第四十五条 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。

第四十六条 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。

第七章 就医管理

第四十七条 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）外伤患者应如实填写《绵阳市基本医疗保险外伤入院登记表》；

第四十八条 参保人员在市内定点医疗机构住院，于出院时与定点医疗机构直接结算个人支付费用。

第四十九条 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个月的，必须办理出院结算并计一个起付标准。

第五十条 参保人员因门诊特殊重症疾病以及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。

第五十一条 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。

第五十二条 参保人员在住院期间因所在定点医疗机构条件限制，须在市内同级或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，通过在医保系统确定检查医院。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。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。

第五十三条 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，在办理当次异地入院后 5 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》；
- (三) 医保经办机构规定的其它材料。

第五十四条 参保人员因急救、抢救在非定点医疗机构产生急救、抢救费用的，在办理出院结算前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报销，在基本医保异地就医待遇基础上，报销比例降低20%。

（一）身份证（原件及复印件）；

（二）出院证明（原件）或死亡证明（复印件）；

（三）住院费用明细清单（原件及复印件）；

（四）病历（复印件）；

（五）财政或税务监制的住院收费专用票据（原件）；

（六）《绵阳市基本医疗住院现金垫支报销申报表》；

（七）外伤患者需如实填写《绵阳市基本医疗保险外伤入院登记表》；

（八）医保经办机构规定的其它材料。

第五十五条 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。

第五十六条 市外就医实行事前申报备案制；因急诊、急救、转院、转诊等并进行了异地短期备案手续的，其当次住院费用先行自付符合报销范围总费用的10%，剩余费用再按照相关标准进行报销；未办理异地就医备案手续的，在基本医保异地就医待遇基础上，报销比例下浮20%。异地就医管理办法由市人力资源和

社会保障行政部门另行制定。

第五十七条 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，医疗费用职工基本医保基金不予支付。按政策规定由职工基本医保基金支付的，患者(家属)应填写《绵阳市基本医疗保险外伤入院登记表》，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。

第五十八条 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1个月。

第五十九条 定点医疗机构应使用社会保障卡作为患者就诊卡，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。

第八章 门诊慢性病管理

第六十条 门诊特殊疾病实行分类管理：

(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。

第六十一条 申报与管理。

（一）参保人员因患门诊慢性病，应在每年4-6月向将申报资料交单位或社区，参保单位或社区集中报医保经办机构审批。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。

（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）门诊特殊重症疾病经审批和核准后，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。

第六十二条 门诊慢性病经医保经办机构认定后，患者应持社会保障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二级及以上医院产生的门诊慢性病费用，未实现联网结算的，由本人垫付后当年 12 月 25 日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，在门诊慢性病定点医药机构先使用当年本人个人账户。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。

第六十三条 门诊慢性病定点医药机构在医保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。

第六十四条 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)就诊，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。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付。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，参保人员在费用发生后1年以内，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。

第六十五条 市人力资源社会保障行政部门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，对门诊特殊疾病病种准入标准、认定标准、分类管理、待遇标准等进行统一制定和调整。

第九章 费用结算

第六十六条 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。

第六十七条 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。

第六十八条 定点零售药店持《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。

第六十九条 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10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、结算工作并在财政下达计划内拨付费用。

第七十条 城镇职工基本医疗保险基金支出实行总额控制、综合考核相结合支付的，根据总额控制计划或考核结果拨付费用。

第七十一条 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。

第七十二条 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、器械、材料盘点管理制度，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。

第十章 监督管理

第七十三条 人力资源和社会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、定点医药机构遵守社会保险法律法规情况。

第七十四条 医保经办机构与定点医药机构按年度签订医疗保险服务协议，确定双方的权利和义务。服务协议的内容包括：服务对象、服务范围、结算办法、支付标准、医疗费用结算及违约责任等。

第七十五条 医保经办机构负责对协议管理定点医药机构发生的费用进行审核，并对其服务协议执行情况进行监督检查，按照协议处理定点医药机构违规行为。定点医药机构和参保人员涉嫌违法的，报人力资源和社会保障行政部门后按规定处理。

第七十六条 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。

第七十七条 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，由人力资源和社会保障行政部门依法作出处理。

第七十八条 城镇职工基本医疗保险监管办法由人力资源和社会保障行政部门制定。

第十一章 其他

第七十九条 城镇职工基本医疗保险基金的收、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。

第八十条 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）市人力资源和社会保障行政部门每年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。

第八十一条 市人社信息中心按照部省建设规范做好本市医疗保险经办业务系统技术支持和安全保障服务。

第八十二条 城镇基本医疗保险费征收和支付档案，分别由城乡居民医保费征收机构和支付机构按规定管理。

第八十三条 本细则所列各项表格由市社会保险经办机构和医保经办机构制定，同时在各级人力资源和社会保障行政部门、市医疗保险管理局政务网站公布。

第八十四条 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。

第八十五条 本细则规定的医保经办机构，根据市县两级人社系统机构设置，对应当地社保局和医保局。

机关事业单位征缴时间从省有关文件规定执行。

第八十六条 本细则由市人力资源和社会保障行政部门负责解释。

第八十七条 本细则自印发之日起施行，《绵阳市城镇职工

基本医疗保险办法实施细则》（绵人社发〔2014〕16号）和以前发布的其他不符合本办法规定文件同时废止。

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

2018年5月4日印发
