

2019 年度泰州市区城乡居民基本医疗保险宣传单

一、参保范围

具有市区户籍的城乡居民或持有市区居住证的非市区户籍人员（包括农村居民、城镇非从业居民、在校学生及未成年人）应参加泰州市区城乡居民基本医疗保险。各类学校（含托幼机构）就读的在校学生参加城乡居民基本医疗保险，不受户籍限制。

城乡居民基本医疗保险 2019 结算年度为 2019 年 1 月 1 日至 12 月 31 日。未参加城乡居民基本医疗保险的新入学学生，在集中缴费期内足额缴纳 2019 年度基本医疗保险费，自 2018 年 9 月 1 日开始享受相应的城乡居民基本医疗保险待遇。

二、参保程序

市区城乡居民（不含在校学生）持户口簿、身份证或居住证，到户籍所在地或居住地的街道（乡镇）劳动保障所、社区（村）劳动保障工作站办理参保手续。市区在校学生由所在学校在集中缴费期内集中登记参保缴费；市区户籍 18 周岁以下不在校就读的少年儿童，由其家长或法定监护人持户口簿等资料到劳动保障所办理参保缴费手续。市区低保家庭、特困职工家庭成员，凭有效证件减免医疗保险费。持有《五保供养证》、《低保证》、《孤儿证》、《特困职工证》、《中华人民共和国残疾人证》（一二级且丧失劳动能力）等证件的居民（城市三无人员需要当地民政部门证明），需持以上证件到劳动保障所办理参保登记手续。

三、缴费标准

2019 年，城乡居民个人每年缴纳 330 元；特困人员个人每年缴纳 150 元；未成年人和在校学生个人每年缴纳 180 元，高校新生实行学制年限内连保缴费。

四、医保缴费

市区城乡居民基本医疗保险费按年缴纳，集中缴费期是 2018 年 10 月 1 日至 12 月 31 号，城乡居民（不含在校学生）可通过邮储银行网点、街道社区一体机、泰州人社 APP 自助缴费。城乡居民未在集中缴费期参保缴费的，将从缴费到账 3 个月后享受待遇。当年度“大中专毕业生、外市户口迁入、退役人员、刑满释放人员”首次参保，自参保缴费到账次月起享受待遇。当年出生的婴儿在出生后三个月内参保缴费，自其出生之日起发生的医疗费用按城乡居民基本医疗保险政策报销。

已参加城乡居民医保的人员，就业后由单位缴纳职工医保的，在缴费到账次日起享受职工医保待遇；以灵活就业人员参加职工医保的，仅可在城乡居民医保集中缴费期变更，缴费到账后按规定从下一自然年度享受职工医保待遇。已参加职工医保的人员，因生活困难等原因转为参加城乡居民医保的，在其停缴职工医保后三个月内缴纳城乡居民医保参保费用的，自缴费到账次月起开始享受城乡居民医保待遇；超过三个月的，自缴费到账三个月后享受城乡居民医保待遇。

在泰州市范围内城乡居民医保关系转移的，仅可在集中缴费期内变更下年度参保关系。

五、就医程序

1、基层首诊

参保居民（不含学生和未成年人）应到门诊统筹定点医疗机构门诊就医，在定点社区卫生服务中心或卫生院住院就医，就医时应携带社会保障卡，在院端实时结算。

2、转诊转院

如确因病情需要，参保居民（不含在校学生和未成年人）到市区内二级及以上定点医疗机构就医需经基层医疗机构转诊。因医疗条件限制需要转市外医疗机构诊治的，需市区二级及以上定点医疗机构同意后转出。因病情危急未办理转诊手续外出就诊的，应及时补办相应手续。未按规定办理转诊手续的，参保人员发生的医疗费用按照未转诊政策报销。

六、享受待遇

1、门诊统筹待遇

参保人员在门诊统筹定点医疗机构门诊就医，可享受门诊统筹待遇，在校学生和未成年人可在统筹区任一定点医疗机构就医。

一个结算年度内，参保人员连续合理治疗至痊愈（未有间断为一次，一般不超过 7 天），在门诊统筹定点医疗机构发生的政策范围内的门诊医疗费用，每次起付标准为 30 元，超过起付标准以上部分报销 50%，年内累计最高报销 500 元。其中对实行乡镇一体化管理的村卫生室、社区卫生服务站限额 150 元。

2、门诊慢性病、特殊病报销

参保人员经审核确认患糖尿病出现并发症、高血压Ⅱ期以上、慢性心功能不全二级及以上、慢性阻塞性肺病中度（二级）及以上、心脏瓣膜置换术后、肝硬化（失代偿期）、难治性肾病综合症、脑性瘫痪、慢性肾功能不全失代偿期及以上、耐多药肺结核、帕金森氏病、系统性红斑狼疮、强直性脊柱炎、（类）风湿性关节炎、溃疡性结肠炎等慢性病种，政策范围内的门诊医疗费用报销比例按照市区一级定点医疗机构、二级及以上定点医疗机构、市外定点医疗机构 60%、50%、45%的比例报销，每人每年总费用最高限报 2300 元。

参保人员（不含在校学生和未成年人）经审核确认患恶性肿瘤、终末期肾病透析治疗、白血病、血友病、再生障碍性贫血、脑血管意外后遗症、重症肝炎（肝功能衰竭）、器官移植后的抗排异药物治疗等特殊病种，并在定点医疗机构发生的政策范围内的门诊医疗费用参照住院费用管理规定结算，起付标准为 400 元，报销比例为 75%。

在校学生和未成年人因患白血病、血友病、再生障碍性贫血、恶性肿瘤、终末期肾病透析治疗、器官移植后的抗排异药物治疗、重症肌无力、系统性红斑狼疮等特殊病种在门诊进行专科治疗的医疗费用，参照住院费用管理规定结算，起付标准为 400 元，报销比例为 75%。

参保人员患严重精神障碍的，政策范围内门诊费用按每月 800 元的标准报销封顶。

3、住院待遇

（1）起付标准

参保人员在一级定点医疗机构住院起付标准 400 元，市区内二级定点医疗机构住院起付标准 600 元，三级定点医疗机构住院起付标准 800 元，市外转诊医疗机构 1100 元。年度内第二次及以上住院起付标准减半，但不低于 400 元；15 日内因同一病种再次入院

视同一次住院，如在不同级别医院住院，起付标准按就高原则收取，普通住院同一年度内连续住院时间每超过 90 天，视同另一次住院，需再次收取起付标准费用；患恶性肿瘤、肾功能衰竭需透析以及器官移植的，其门诊放疗、化疗、透析及服用抗排异药物的费用，同一结算年度内只收一次起付标准；跨年度连续住院的，本次住院出院时新的结算年度内费用不收取起付标准，新的结算年度再次入院的执行年度第一次住院起付标准。

（2）分段报销比例

一个结算年度内，发生政策范围内规定的起付线以上 6 万元以下的住院费用：市区内一级定点医疗机构报销 85%，二级报销 70%，三级报销 68%，转泰州市外定点医疗机构报销 68%。参保人员发生政策范围内 6 万元以上、20 万元以下的住院费用，由统筹基金报销 68%。同时，实行定点医疗机构医保范围内医疗费用 68%的基本报销比例政策。

未按规定转诊直接在市区内二、三级及市外定点医疗机构住院的报销比例降低 10 个百分点。

（3）其他规定

参保人员经门诊抢救，住院前 24 小时内的门诊医疗费用参照住院标准报销。因门诊体外冲击波碎石、白内障等日间手术产生的费用参照住院标准报销。参保人员患严重精神障碍的，在专科医院住院治疗发生的符合基本医疗保险范围的费用（含普通门诊疾病、门诊慢性病的治疗费用），实行医疗保险统筹基金按实结算，每月 5700 元封顶支付。参保人员在泰州市内专科医院就医超出封顶线的费用由专科医院承担，转泰州市外专科医院就医超出封顶线的费用由参保人员承担。住院治疗精神疾病期间发生其他疾病产生的医疗费用按普通疾病办法报销，不再另收起付标准。

4、意外伤害待遇

在校学生和未成年人参保后因意外伤害发生的政策范围内的门诊医疗费用在 100 元（含 100 元）以内的不予支付，100 元以上部分按 90%的比例予以报销，报销总额最高不超过 8000 元。

5、门诊诊察费待遇

参保人员在实施城市公立医院医药价格改革的医疗机构发生的门诊诊察费，城乡居民基本医疗保险基金按最高不超过 6 元/次的标准（不足 6 元的按实）报销。超标准的部分不纳入门诊慢性病、门诊特殊病统筹报销范围。

6、城乡居民大病保险待遇

城乡居民大病保险主要保障参保人员经城乡居民基本医疗保险报销后，个人负担超过一定水平的住院和门诊特殊病种的合规医疗费用。合规医疗费用是指政策范围内费用，即参保人员在定点医疗机构住院和特殊病种门诊发生的、符合《江苏省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》和《泰州市基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施范围及支付标准》规定除自费费用以外的医疗费用、医保范围内体内植入材料超过结算封顶以上部分的费用。市区起付标准定为 1.5 万元。个人自付的合规费用超过 1.5 万元以上部分的费用实行分段补偿。具体补偿标准为：1.5 万元以上至 10 万元的部分，按 50%的比例补偿；10 万元以上部分的费用，按 60%的比例补偿。民政救助人员大病保险起付线标准定为 1 万元，个人自付的合规费用超过 1 万元以上部分的费用实行分段补偿。具体补偿标准为：1 万元以上至 10 万元的部分，按照 60%的比例补偿；10 万元以上部分的费用，按 70%的比例补偿。结算年度从当年 1 月 1 日至 12 月 31 日。

7、生育待遇

参保人员在医疗保险定点医院分娩发生的符合规定的生育的医疗费用，实行限额补助支付 1500 元。政策范围内住院分娩医疗费用低于限额补助标准的，按实补助；高于限额补助标准的，按限额标准补助。因其它原因需在外地医院进行分娩的应经医疗保险经办机构审批同意后报销。

七、医疗费用报销办法

参保人员在已实现联网结算的定点医疗机构就医的，应优先使用本人社会保障卡在定点医疗机构实时结算；在未实现实时结算的定点医疗机构就医的，医疗费用先由本人垫付，后凭住院发票原件、费用明细清单、出院小结（或出院记录）、社会保障卡和转诊（或异地就医）审批表等材料到医疗保险经办机构按规定报销。参保人员发生外伤的应在 3 个工作日内向当地医保经办机构履行告知义务。

八、门诊统筹定点医疗机构变更

城乡居民（不含在校学生和未成年人）参保地的社区卫生服务中心（乡镇卫生院）为参保人员门诊统筹定点医疗机构。参保人员如因迁居或其他特殊原因，需变更门诊统筹定点社区卫生服务中心的，须凭有关手续向原所属街道社区申请，经同意后到新街道社区选择定点社区卫生服务中心，原则上一个年度内不可变更。

九、社会保障卡管理

1、**申领社会保障卡**。未办理省社会保障卡的参保人员，可携带本人有效身份证件原件就近到市区各街道劳动保障事务所社会保障卡服务网点申请办理，其中不满 16 周岁的参保人员须由法定监护人携带双方有效身份证件原件代为办理。一般申领人申办社保卡 90 天后可到其办理网点领卡，领卡时要认真核对卡面个人信息，如有误要拒绝签收，由发卡工作人员交回泰州市社会保障卡管理服务中心，并等候下一步领卡通知。

2、**社会保障卡挂失、补卡**。若社保卡丢失，持卡人须本人携带有效身份证件原件到其合作银行营业网点柜面进行正式挂失后，再携带有效身份证件原件（代理人须携带双方有效身份证件原件）到其参保地/卡管属地社保卡综合服务网点办理补卡。不满 16 周岁的参保人员须由法定监护人携带双方有效身份证件原件到其合作银行全省范围内的任意营业网点柜面进行正式挂失后，再携带双方有效身份证件原件到其参保地/卡管属地社保卡综合服务网点办理补卡。

十、本宣传单有效期为 2019 年 1 月 1 日至 2019 年 12 月 31 日，如有政策调整按新政策执行。