

资阳市城乡居民医疗保障政策

简 明 手 册

资阳市医疗保障局

2024年3月

目 录

第一章 基本医疗保险

一、参保范围及对象.....	1
二、参保档次.....	1
三、筹资标准.....	1
四、参保时间.....	2
五、参保登记.....	3
六、参保缴费.....	3
（一）代办点缴费.....	3
（二）微信、支付宝、银联云闪付缴费.....	4
（三）四川省电子税务局缴费.....	4
（四）银行代收.....	4
（五）办税服务厅.....	5
（六）特殊群体代缴.....	6
七、待遇享受期和待遇等待期.....	8
八、不纳入基本医疗保险基金支付范围.....	8
九、医药项目个人先自付比例和限价标准.....	9

(一) 乙类药品.....	9
(二) 支付部分费用诊疗项目(含耗材)...	9
(三) 医疗服务设施(床位费).....	10
十、最高支付限额(封顶线).....	11
十一、门诊待遇.....	11
(一) 门诊统筹.....	11
(二) 高血压糖尿病门诊用药.....	12
(三) 特殊疾病门诊.....	13
十二、住院待遇.....	16
(一) 起付线.....	16
(二) 支付比例.....	16
十三、生育医疗费用.....	18
十四、单病种.....	18
十五、单行支付药品.....	19
十六、高值药品.....	23

第二章 大病保险

一、支付范围.....	24
二、起付线.....	24

三、支付比例.....	25
-------------	----

第三章 医疗救助

一、救助对象.....	26
二、资助参保.....	26
三、医疗费用救助.....	26
四、医疗费用救助程序.....	29

第四章 就医管理和费用结算

一、门诊统筹.....	32
二、特殊疾病门诊.....	32
三、高血压糖尿病门诊用药.....	32
四、单行支付药品和部分高值药品.....	33
五、住院.....	34
（一）联网结算.....	34
（二）未联网结算.....	34
（三）意外伤害住院.....	34
六、异地就医备案.....	35
七、城乡居民医疗保障服务电话.....	36

第一章 基本医疗保险

一、参保范围及对象

(一) 具有本行政区域户籍的城乡居民。

(二) 各类学校和托幼机构无本行政区域户籍的在校学生和幼儿。

(三) 持有本行政区域居住证、暂住证的外地户籍居民。

(四) 符合规定的其他人员。

在一个统筹年度内，参保人员只选择一个档次参保。按照国家规定在其他统筹地区参加医疗保险的，不得同时在本市参保，不得重复享受医疗保险待遇。

二、参保档次

城乡居民基本医疗保险根据筹资标准和待遇水平分设高档次和低档次，参保居民自愿选择档次参保，两个档次间可按相应条件进行转换。

三、筹资标准

(一) 个人缴纳的基本医疗保险费标准每年由医疗保障局会同市财政局、市税务局等有关部门

根据经济社会发展水平、国家政策调整、基金运行情况等因素适时调整并公布。

2023 年高档次每人 510 元，低档次每人 380 元。

（二）农村低收入人口，特困人员供养、孤儿、优抚对象，低保对象，家庭贫困的一、二级重度残疾人和精神残疾人，重型精神病患者、艾滋病患者等参加城乡居民基本医疗保险个人缴费资助办法按各县（区）政府或相关部门规定执行。资助对象如同时具备两种或两种以上资助条件，只以一种条件（身份）享受政府资助，就高不就低。

行政区域内被征地农转非超龄人员（2008 年 4 月 11 日以后因政府统一征收农村集体土地转为城镇居民的被征地农民，在批准征地时超过法定退休年龄，即征地时男 60 周岁、女 50 周岁及以上）参加高档次，基本医疗保险个人缴费资助办法按相关规定执行。

四、参保时间

城乡居民基本医疗保险实行按年度参（续）保登记缴费。2023 年 9 月 1 日至 2024 年 2 月 29 日为 2024 年参（续）保登记缴费集中办理期（医疗保险

关系转移接续、领取失业救济金期满续保、出生 90 天内的新生儿、刑满释放人员等除外)。如遇集中参保缴费期调整，以具体文件为准。

五、参保登记

(一) 城乡居民持户口簿或身份证或本行政区域居住证等证件到所属乡镇(街道)便民服务中心、村(社区)便民服务代办点办理次年医疗保险参(续)保登记。续保登记与参保缴费线上同步办理。

(二) 新生儿应在出生后 90 天(以下简称“新生儿”)内办理当年参保登记缴费。刑满释放人员应在刑满释放后 90 天内办理当年参保登记缴费。如遇次年集中参保缴费期，应同时办理当年和次年参保缴费手续。

(四) 无本行政区域户籍的在校学生和幼儿由所在学校和托幼机构组织办理参(续)保登记手续，医疗保险费由学校代扣代缴。

六、参保缴费

(一) **代办点缴费。**缴费人可到户籍所在乡镇(街道)便民服务中心、村(社区)便民服务代办点缴费。非本行政区域户籍的大中专、职高、技校

等在校学生，由学校负责代收。代收单位在收缴城乡居民医疗保险费时，开具统一格式的《社会保险费代收凭证》。

（二）微信、支付宝、银联云闪付直接缴费。

缴费人可通过微信、支付宝、银联云闪付相关应用功能选择缴费档次并缴纳医疗保险费。

1. 微信缴费步骤：微信→我→支付→城市服务→四川社保缴纳

2. 支付宝缴费步骤：支付宝→市民中心→社保

3. 银联云闪付缴费步骤：云闪付→我的社保一社保缴费

（三）四川省电子税务局缴费。缴费人可通过四川省电子税务局网页版、“四川税务”微信公众号、“四川税务”手机 APP 相关功能选择缴费档次并缴纳医疗保险费。

（四）银行代收。缴费人可通过我市工商银行、农业银行、中国银行、建设银行、邮政储蓄银行、农商银行各网点柜台、网上银行、手机银行 APP、银行微信公众号、二维码扫码、税银 POS 机、自助终端等选择缴费档次并缴纳医疗保险费。

（五）办税服务厅（含政务服务大厅税务征收窗口）。缴费人可到办税服务厅窗口选择缴费档次，使用 POS 机刷卡、现金缴纳医疗保险费，或使用自助办税终端选择缴费档次并缴纳医疗保险费。

识别图中二维码，“码”上学习新操作



“四川税务”微信公众号



“资阳税务”微信公众号

按以上方式缴费如遇提示无法缴费等情形时，可能因参保缴费的身份证号码、姓名等信息与征缴系统不一致，请及时携带身份证或户口簿就近到乡镇（街道）便民服务中心、县（区）医保局窗口或税务局办税服务大厅更正参保信息后再缴费。广大缴费人如遇相关缴费问题的请咨询当地税务机关，如需咨询相关医保政策的请联系当地医保部门。

（六）特殊群体代缴。

1. 特殊群体由财政全额代缴居民医保费的，个人不自行缴费；

2. 特殊群体由财政定额代缴居民医保费的，个人缴费部分按正常流程办理。

参保人员已缴纳次年医疗保险费，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，可持相关材料到缴费所在地税务部门申请办理退费，年度待遇享受期开始后，不再办理退费。

参（续）保登记缴费一览表

参保主体	登记缴费	所需资料	备 注
<p>具有本行政区域户籍的城乡居民；无本行政区域户籍的在校学生和幼儿；持有本行政区域居住证、暂住证的外地户籍居民；符合规定的其他人。</p>	<p>参保：每年9月1日至12月25日到所属乡镇（街道）便民服务中心、村（社区）便民服务代办点办理；大中专、职高、技校等在校学生由学校负责代收。</p> <p>续保：到医保经办机构指定的银行网点或所属乡镇（街道）便民服务中心、村（社区）便民服务代办点刷卡缴费；与银行签订代扣代缴协议的于每年10月底前足额存入下年度保费；大中专、职高、技校等在校学生由学校负责代收。鼓励采用非接触式缴费。</p>	<p>参保：成年人持户口簿原件及复印件（主页和本人页）或身份证原件及复印件（家庭户籍人员中有在本行政区域外参保的，还应提供参保地出具的参保凭证）、未成年人持户口簿原件及复印件（主页和本人页）。</p> <p>续保：社会保障卡（医保卡）或身份证。特殊人群所需相关证明材料按各县（区）相关规定提供。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 居民以家庭为单位参保，自愿选择档次参保。 2. 行政区域内被征地农转非超龄人员参加高档次。 3. 农村低收入人口，特困人员供养、孤儿等参加城乡居民基本医疗保险个人缴费资助办法按相关规定执行。资助对象如同时具备两种或两种以上资助条件，只以一种条件（身份）享受政府资助，就高不就低。

七、待遇享受期和待遇等待期

参保人员在集中参保缴费期缴费后，不设待遇等待期；凡未在集中参保缴费期内参保缴费的人员，在所属地医保经办机构服务窗口、乡镇（街道）便民服务中心、村（社区）便民服务代办点核定后，自参保缴费后设置6个月的待遇享受等待期，期满后方可享受待遇（在职工医保中断缴费3个月内参加居民医保的，以及新生儿、特困人员等相关文件规定不设待遇等待期的人员除外）。

新生儿在出生后90天内参保缴费的，从出生之日起享受当年基本医疗保险待遇。

刑满释放人员初次参保（刑满释放后90天内），从参保缴费之日起开始享受基本医疗保险待遇。

参保人员在待遇享受期内因病情危重门诊急诊抢救死亡，产生符合基本医疗保险政策范围内的门诊医疗费用，按住院待遇支付。

八、不纳入基本医疗保险基金支付范围

- （一）应当从工伤保险基金中支付的；
- （二）应当由第三人负担的；

- (三) 应当由公共卫生负担的；
- (四) 在境外就医的；
- (五) 除急诊急救外，在非定点医疗机构就医的；
- (六) 其他不属于基本医疗保险基金支付范围的。

医疗费用依法应当由第三人负担，第三人不支付或者无法确定第三人的，由基本医疗保险基金先行支付。基本医疗保险基金先行支付后，有权向第三人追偿。

九、医药项目个人先自付比例和限价标准

(一) 乙类药品

个人先按 10% 比例自付，再由基本医疗保险按规定支付。

纳入医保报销范围限价（含明确医保支付标准）的药品，超过限价或医保支付标准以上的费用由个人全额自费。

(二) 支付部分费用诊疗项目（含耗材）

个人先按比例自付，再由基本医疗保险按规定支付。

分类	单价	先自付比例	备注
诊疗设备及 医用材料	< 500 元（含）	10%	单价超过 6 万或超过最高限价以上的医用材料费用由个人全额自费。
	500-3000 元（含）	20%	
	3000-10000（含）	30%	
	10000-30000 元（含）	40%	
	30000-60000 元（含）	50%	
治疗项目	< 300 元（含）	10%	
	300-1000 元（含）	20%	
	1000-3000 元（含）	30%	
	> 3000 元	40%	

纳入医保报销范围限价（含明确医保支付标准）的医用材料，超过限价或医保支付标准以上的费用由个人全额自费。

（三）医疗服务设施（床位费）

普通病房床位、门（急）诊留观床位、隔离病房床位和危重抢救病房床位（CCU、ICU）限价支付标准。

医疗机构级别	普通床位费	隔离及抢救床	精神、传染、烧伤、肿瘤科	儿科、妇产科	母婴同室
一级以下	12	20	14.4	13.2	22
一级	15	30	18	16.5	25
二级	20	40	24	22	30
三级	25	50	30	27.5	35

专科医院或专科病房床位费在相应等级支付

标准基础上，按照医疗服务价格规定的上浮比例执行。参保人员实际住院床位费未达到支付标准的，按实际发生的床位费进行比例支付。

纳入基本医疗保险支付范围的药品、医用材料等项目支付限价实行动态调整，由市医疗保障局、财政局适时调整公布。

十、最高支付限额（封顶线）

（一）在一个统筹年度内，基本医疗保险基金累计最高支付限额，高档次为上年度全市城镇居民人均可支配收入的 6 倍，低档次为上年度全市农村居民人均可支配收入的 6 倍。2023 年，高档次每人 25 万元，低档次每人 13 万元。

（二）在一个统筹年度内，基本医疗保险基金支付的普通门诊、特殊疾病门诊、糖尿病高血压门诊用药、住院、单行支付药品等费用合并计算，合并后的支付金额不超过基本医疗保险基金年度最高支付限额。

十一、门诊待遇

（一）门诊统筹

参保人员在县域内取消药品加成的联网定点医疗机构就医，发生的符合基本医疗保险支付范围，扣除个人首付后的普通门诊医疗费用基本医疗保险基金按 80% 支付，年度支付限额为基本医疗保险个人缴费标准的 60%。2024 年门诊统筹支付限额：高档次每人 306 元，低档次每人 228 元。

（二）高血压糖尿病门诊用药

1. 保障对象。参加我市城乡居民基本医疗保险并采取药物治疗的高血压糖尿病（以下简称“两病”）患者。“两病”患者的认定标准以医学诊断标准为依据。“两病”认定机构，原则上应为二级及以上定点医疗机构，有条件的县（区）可放宽至基层医疗机构相关专业执业医师认定，各县（区）可根据实际情况明确“两病”认定机构。

2. 用药范围。“两病”患者门诊用药适用药品范围为最新版《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》内直接用于降血压、降血糖的治疗性药物，优先选用目录甲类药品、优先选用国家基本药物、优先选用通过一致性评价的品种、优先

选用集中招标采购中选药品。

3. 保障待遇。对“两病”患者在定点乡镇（中心）卫生院或社区卫生服务中心门诊发生的降血压、降血糖的政策范围内药品费用，统筹基金支付比例 50%。高血压最高支付限额每人每年 200 元，糖尿病（Ⅰ糖尿病除外）最高支付限额每人每年 300 元，同时患高血压、糖尿病（Ⅰ糖尿病除外）的最高支付限额合并计算。

对已纳入门诊特殊疾病保障范围的Ⅰ糖尿病的参保人员及已将“两病”纳入门诊特殊疾病保障范围的医疗救治救助人员，继续执行原有政策，不重复报销、重复享受待遇。

（三）特殊疾病门诊

1. 特殊疾病病种按重大疾病、重型慢性疾病和一般慢性疾病分为三类。

2. 参保人员在一个统筹年度内发生的符合基本医疗保险支付范围、扣除个人首付款费用后的医疗费用，基本医疗保险基金按以下比例和限额支付。

（1）支付比例

第一类视同住院，按住院待遇支付。

第二、三类：高档次按 60% 支付，低档次按 40% 支付。

（2）支付限额

第二类：高档次 2000 元，低档次 1000 元。

第三类：高档次 1000 元，低档次 500 元。

同时患两种或两种以上第二、三类特殊疾病并纳入门诊治疗管理的，以高限额为当年度支付限额，每增加一个病种，支付限额在前述分类标准基础上增加 20% 的额度。

门诊特殊疾病病种（类）

	第一类	第二类	第三类	备注
病种 (类)	恶性肿瘤放（化）疗、慢性肾脏疾病（V期血液或腹膜透析治疗）、器官移植术后抗排斥治疗、再生障碍性贫血、血友病（替代治疗）、重型精神病（精神分裂症、分裂情感性障碍、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）、肝豆状核变性、普拉德-威利综合症、原发性生长激素缺乏症。	恶性肿瘤后期治疗、I型糖尿病、免疫性疾病（系统性红斑狼疮、原发性血小板减少性紫癜）、癫痫、类风湿关节炎、耐多药性肺结核、肾病综合症、脑血管意外后遗症、帕金森氏病、肝硬化（肝功能失代偿期）、艾滋病机会感染、强直性脊柱炎。	精神类疾病（阿尔茨海默病、脑血管所致精神障碍、精神活性物质所致精神障碍、焦虑症、强迫症、抑郁症）、甲状腺功能亢进、新生儿甲状腺功能低下症、新生儿先天性神经系统发育不全、心脏换瓣术后、结核病、慢性老年性前列腺增生、银屑病、重度骨质疏松。	同时患两种或两种以上特殊疾病并纳入门诊治疗管理的，以高限额为当年的封顶线，每增加一个病种，支付限额在前述分类标准基础上增加20%的额度。
支付比例	按住院有关规定结算支付。	高档次按合格费用的60%、低档次按40%的比例支付。		
封顶线	按住院有关规定结算支付。	高档次 2000 元； 低档次 1000 元。	高档次 1000 元； 低档次 500 元。	

十二、住院待遇

基本医保支付金额=（住院总费用-自费（含超限价部分）-个人先自付-起付线）×支付比例

（一）起付线

医疗机构级别	居民医保		
	本地 (含异地备案)	异地 (转诊转院、急诊急救)	异地(未备案)
一级及以下医疗机构	100元	300元	1200元
一级医疗机构 (含乡镇中心卫生院)	200元	400元	
二级乙等	400元	600元	
二级甲等	600元	800元	
三级乙等	800元	1000元	
三级甲等	1000元	1200元	

1. 一个统筹年度内多次住院的每次递减 50 元。
2. 经降低或递减后每次住院起付线不低于 100 元。
3. 第一类特殊疾病和艾滋病患者一个统筹年度内多次住院的，只计算年度第一次起付线。

4. 参保人员办理了转诊转院手续，在 24 小时内完成转院的，视为连续住院，转入上级定点医疗机构，住院起付线额负担差额部分；转入下级定点医疗机构，不再设置住院起付线。

（二）支付比例

参保人员在定点医疗机构发生的住院合格医疗费用，按以下比例支付：

医疗机构级别	高档次			低档次			备注
	本地 (含异地备案)	异地 (转诊转院、 急诊急救)	异地 (未备案)	本地 (含异地备案)	异地 (转诊转院、 急诊急救)	异地 (未备案)	
一级以下	85%	在本地支付比例基础上降低10%	在本地支付比例基础上降低20%	80%	在本地支付比例基础上降低10%	在本地支付比例基础上降低20%	第一类特殊疾病患者在相应档次支付比例的基础上提高5%。住院合格费用总支付比例不超过100%。
一级 (含乡镇中心卫生院)	80%			75%			
二级乙等	70%			65%			
二级甲等	65%			60%			
三级乙等	60%			55%			
三级甲等	55%			50%			

十三、生育医疗费用

参保人员生育医疗费用基本医疗保险基金实行限额支付，住院费用超过限额的按限额支付，未达到限额的按实际发生额支付，限额标准如下：

（一）高档次顺产 1500 元、剖宫产 3000 元。

（二）低档次顺产 1000 元、剖宫产 2000 元。

因分娩发生严重并发症的，其分娩和并发症的住院医疗费用，按照住院相关政策支付。

十四、单病种

（一）单病种门诊治疗，根据定点医疗机构出具的治疗方案，进行实名制登记和事前审核后，符合基本医疗保险支付范围、扣除个人首付后的门诊医疗费用，按住院待遇（一个统筹年度计算一次起付线）和相关规定结算支付。

1. 《国家药品目录》部分高值药品涉及的病种用药，其中第一类门诊特殊疾病病种用药按特殊疾病门诊待遇支付；

2. 丙型肝炎干扰素抗病毒治疗。

（二）儿童苯丙酮尿酸症、儿童先天性心脏病（先天性房间隔缺损、先天性室间隔缺损、先天性

动脉导管未闭、肺动脉瓣狭窄）、儿童白血病（急性淋巴细胞白血病和急性早幼粒细胞白血病）、唇腭裂等按照国家、省现行政策规定的支付待遇执行。

十五、单行支付药品

（一）单行支付药品实行“五定”管理，即：认定机构、定治疗机构、定责任医师、定供药机构、实名制管理。

（二）单行支付药品基本医疗保险统筹基金支付比例为 60%。由个人负担的药品费用不纳入大病保险，不计入大病医疗保险个人自付累计。

参保人员一个自然年度内基本医疗保险统筹基金支付单行支付药品费用最高支付限额城乡居民医保高档次为 15 万元/人、低档次为 11 万元/人，并计入基本医疗保险统筹基金年度封顶线。

（三）国家谈判药品中纳入单行支付管理的药品目录、适用病种及用药认定标准，执行全省统一标准。治疗机构应做好用药管理工作，对同一病种原则上选择使用其对应的一种药品（含高值药品），有国家颁布或推荐的临床诊疗指南、临床路径及药品说明书等明确依据的除外。

资阳市单行支付药品认定和治疗机构

序号	机构名称	认定机构	治疗机构
1	资阳市第一人民医院	√	√
2	资阳市人民医院	√	√
3	资阳市雁江区中医医院	√	√
4	资阳市雁江区人民医院	√	√
5	安岳县人民医院	√	√
6	安岳县中医医院	√	√
7	乐至县人民医院	√	√

资阳市单行支付药品供药门店

序号	供药门店名称	地 址	所属供药机构名称
1	国药控股资阳药房有限公司	资阳市雁江区车城大道三段 576 号	国药集团西南医药有限公司
2	和平药房资阳连锁有限责任公司仁德西路店	四川省资阳市雁江区仁德西路 86 号 1(F)-6 号	和平药房资阳连锁有限责任公司
3	国药控股四川医药股份有限公司资阳药店	资阳市雁江区爱国居委会三组（二环路原明日电子地块）1 幢 13、14 号	国药控股四川医药股份有限公司
4	资阳康杰大药房有限责任公司	资阳市雁江区皇龙路 8、10、12 号	资阳康杰大药房有限责任公司
5	四川海王星辰健康药房连锁有限公司	资阳市乐至县天池镇迎宾大道 393 号附 4 号、5 号	四川海王星辰健康药房连锁有限公司
6	成都市仁弘康药业连锁有限责任公司弘康大药房乐至新城店	资阳市乐至县天池镇通达路 202、204、206 号	成都市仁弘康药业连锁有限责任公司弘康大药房乐至新城店
7	德仁源医药有限公司	资阳市乐至县天池镇世俊国际 2 号商业楼 1 单元 1 层 1-2 号	德仁源医药有限公司

序号	供药门店名称	地 址	所属供药 机构名称
8	国药控股蜀康资 阳医药有限公司 安岳店	资阳市安岳县县岳城 街 道 外 南 街 142.144.146 号	国药控股蜀康 资阳医药有限 公司
9	国药控股资阳药房 有限公司安岳店	资阳市安岳县岳阳镇 大南街 26.28 号	国药控股资阳 药房有限公司
10	和平药房资阳连 锁有限责任公司 安岳外南街店	资阳市安岳县岳城街 道 129 号	和平药房资阳 连锁有限责任 公司

十六、高值药品

（一）高值药品执行乙类药品管理办法。使用高值药品参照单行支付药品执行“五定管理”，实行实名制登记和事前审核后纳入乙类药品管理，药品费用按门诊、住院相关规定结算支付。

参保人员在治疗机构门诊就医和供药机构购药，高值药品费用视同住院待遇结算，不计起付线。参保人员在供药机构购买高值药品，按城乡居民医疗保险三级乙等定点医疗机构支付标准结算。

（二）高值药品病种及用药事前审核标准，执行全省统一标准。

第二章 大病保险

大病保险所需资金在基本医疗保险基金中列支，参保人员个人不缴费。

一、支付范围

参保人员在一个统筹年度内，对单次住院需个人负担的合规医疗费用以及多次住院累计需个人负担的合规医疗费用达到起付线后，由大病保险对超过起付线部分分段按比例支付。合规医疗费用包括：在基本医疗保险定点医疗机构发生的符合《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服务设施项目范围》的医疗费用，包括基本医疗保险起付线和乙类先自付部分。

二、起付线

大病保险起付线原则上按上年度全市城乡居民人均可支配收入的 50% 确定。具体标准由市医疗保障局、财政局适时调整公布。2022 年大病保险起付线 14000 元。

三、支付比例。

城乡居民大病保险起付线以上至 10 万元（含）本地 60%；10 万元以上本地 70%。

（一）异地长期居住人员在备案地住院就医结算时，执行本地就医医保待遇支付政策。

（二）异地转诊人员和异地急诊抢救人员在备案地住院就医结算时，支付比例在本地支付比例基础上降低 10 个百分点。非急诊且未转诊的其他临时异地就医人员支付比例在本地支付比例基础上降低 20 个百分点。

为推进城乡居民大病保险制度可持续运行，对居民大病保险起付线以上合规医疗费用中的乙类个人先行自付部分，按 20% 计入大病保险分段按比例报销，以后年度根据居民大病保险运行情况进行动态调整。

赔付比例一览表

起付金	合规医疗费用	本地 (含异地备案登记)	异地 (转诊转院、 急诊急救)	异地 (未备案)
14000	> 1.4 万-10 万（含）	60%	50%	40%
	10 万以上	70%	60%	50%

第三章 医疗救助

一、救助对象

(一) 特困人员；

(二) 孤儿；

(三) 低保对象；

(四) 低保边缘家庭成员；

(五) 纳入监测范围的农村易返贫致贫人口（以下称防止返贫监测对象）；

(六) 不符合特困人员救助供养、低保或低保边缘家庭条件，但因高额医疗费用支出导致家庭基本生活出现严重困难的大病患者（以下称因病致贫重病患者）。

各县(区)人民政府规定的其他特殊困难人员，按照以上6类救助对象类别归类后予以分类救助。

二、资助参保

全面落实城乡居民基本医疗保险参保财政补助政策，对参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费部分，按照我市城乡居民基本医疗保险低档次缴费

标准，对特困人员、孤儿给予全额资助；对低保对象和防止返贫监测对象按 75% 给予资助。困难群众具有多重特殊身份属性的，按照就高原则享受资助参保政策。

三、医疗费用救助

（一）救助费用保障范围。医疗救助基金支付的药品、医用耗材、诊疗项目应符合基本医疗保险支付范围的规定。救助费用主要覆盖救助对象在定点医药机构发生的住院费用、因慢性病需长期服药或患重特大疾病需长期门诊治疗的费用。基本医疗保险、大病保险起付线以下的政策范围内个人自付费用，按规定纳入救助保障。

（二）救助起付标准。按救助对象家庭困难情况，分类设定年度救助起付标准（以下简称“起付标准”），其中特困人员、孤儿、低保对象不设起付线；防止返贫监测对象起付标准按不高于我市上年居民人均可支配收入的 5% 确定；低保边缘家庭成员起付标准按我市上年居民人均可支配收入的 10% 确定；因病致贫重病患者起付标准按我市上年居民

人均可支配收入的25%确定。

统筹门诊慢性病、门诊重特大疾病（以下简称门诊慢特病）和住院救助保障，住院和门诊慢特病医疗费用合并计算起付标准，共用年度救助限额。

（三）救助比例及限额。救助对象政策范围内个人自付医疗费用超过起付标准以上的部分，在年度救助限额内按比例进行救助。住院和门诊慢特病医疗费用救助比例一致。特困人员、孤儿给予全额救助，年度救助限额2万元；低保对象按70%的比例救助，年度救助限额1.5万元；防止返贫监测对象按65%的比例救助，年度救助限额1万元；低保边缘家庭成员、因病致贫重病患者按50%的比例救助，年度救助限额5000元。

（四）倾斜救助。执行大病保险倾斜支付政策，对特困人员、孤儿、低保对象执行起付线降低50%、报销比例提高5个百分点。

对规范转诊且在省域内就医的救助对象，经三重制度（基本医疗保险、大病保险、医疗救助）综合保障后政策范围内个人年度累计自付费用仍超

过我市防止返贫监测收入标准的部分，给予倾斜救助，救助比例为50%，年度救助限额为：特困人员、孤儿1万元；低保对象8000元；防止返贫监测对象、低保边缘家庭成员、因病致贫重病患者5000元。防止返贫监测收入标准由市乡村振兴局适时调整公布。

（五）困难群众具有多重特殊身份属性的，按照就高原则纳入救助范围，避免重复救助。

（六）医疗费用救助起付标准、比例、限额等由市医疗保障局、市财政局根据经济社会发展水平、人民健康需求、医疗救助基金支撑能力适时调整公布。

四、医疗费用救助程序

（一）**联网结算救助**。救助对象在定点医药机构发生的符合医疗救助规定的医疗费用由定点医药机构与医疗保障经办机构结算；个人承担的医疗费用，由救助对象与定点医药机构结算。

（二）**非联网结算救助程序**。救助对象未在定点医药机构完成结算的，由个人向户籍所在地乡镇人民政府（街道办事处）申请救助，经有关部门核

查、认定，县（区）医保部门按规定进行结算救助。

救助对象就医后申请救助时间原则上不超过12个月。

五、救助对象按规定转诊的（含办理异地居住、急诊抢救备案的），执行户籍所在地救助标准；未按规定转诊的，原则上不纳入医疗救助范围。

特困人员、孤儿、低保对象经基层首诊转诊至市域内定点医疗机构住院的，实行“先诊疗后付费”，免缴住院押金。

六、建立主动发现机制

做好因病致贫返贫风险监测，建立部门信息共享机制。县（区）医疗保障部门将基本医疗保险参保人员中，个人年度累计自付医疗费用超过我市上年度居民人均可支配收入50%的人员信息，定期推送至同级民政、乡村振兴部门。民政、乡村振兴部门做好监测工作，将符合条件的人员按规定确定为相应救助对象，并反馈至同级医疗保障部门，按规定落实医疗保障待遇。全面建立依申请救助机制，畅通低保边缘家庭成员、防止返贫监测对象和因病

致贫重病患者医疗救助申请渠道，民政、乡村振兴部门要及时开展认定工作，动态调整认定信息，增强救助时效性。“依申请救助”人员中由有关部门认定为6类救助对象的，以认定时间为节点，按规定进行救助。

第四章 就医管理和费用结算

一、门诊统筹

参保人员持医保电子凭证或社会保障卡到门诊统筹联网定点医药机构发生的医疗费用，按门诊统筹待遇结算，参保人员只需结清个人负担费用。应由医疗保险统筹基金支付部分费用，由定点医疗机构与医保经办机构结算。

二、特殊疾病门诊

（一）联网结算。参保人员就医时出示医保电子凭证或社会保障卡，医疗机构按规定办理医疗费用结算，参保人员只需结清个人负担费用。

（二）未联网结算。参保人员需全额垫付医疗费用，然后持处方、检查报告、门急诊费用清单、医院收费票据、身份证复印件及本人银行卡复印件等资料，于每年10月至12月10日前到所属乡镇（街道）便民服务中心审核结算。

三、高血压糖尿病门诊用药

（一）参保人员持医保电子凭证或社会保障卡

在联网乡镇（中心）卫生院或社区卫生服务中心就医，药品费用联网结算。参保人员只需结清个人应负担费用，医疗保险支付金额由医疗机构与医保经办机构结算。

（二）长期在外务工、异地居住的“两病”患者，在未联网的乡镇（中心）卫生院或社区卫生服务中心结算。参保人员先全额垫付医药费用，然后持门诊治疗处方、发票等资料，于每年10月至12月10日前到所属乡镇（街道）便民服务中心审核结算。

四、单行支付药品和部分高值药品

（一）**联网结算**。参保人员持社会保障卡或医保电子凭证，在联网定点医药机构就医购药，药品费用直接结算，参保人员只需结清个人应负担费用，医疗保险支付金额由医药机构与医保经办机构结算。

（二）**未联网结算**。参保人员先全额垫付医药费用，然后持门诊治疗处方、发票等资料，于每年10月至12月10日前到所属乡镇（街道）便民服务中心审核结算。

五、住院

（一）联网结算。参保人员入院时出示医保电子凭证或社会保障卡，经医疗机构经办人员确认人、卡信息相符后，按规定办理住院手续，出院时，参保人员只需结清个人负担费用。

（二）未联网结算。参保人员入院时医疗机构按规定办理住院手续，出院时，参保人员需全额垫付医疗费用，然后持医院收费票据、住院费用清单、出院记录、身份证复印件及本人银行卡复印件等资料，于每年10月至12月10日前到所属乡镇（街道）便民服务中心审核结算。

（三）意外伤害住院。对于符合就医地基本医疗保险支付范围，参保人员主诉无第三方责任的医疗费用，定点医疗机构可结合接诊及参保人员病情等实际情况，由参保人员填写《外伤无第三方责任承诺书》，为参保人员办理异地就医直接结算。定点医疗机构在为参保人员办理入院登记时，应按接口标准规范要求，通过“外伤标志”和“涉及第三方标志”两个接口，如实上传参保人员外伤就医情况。

六、异地就医备案

(一) 参保人员异地就医符合下列情形办理备案手续的，异地住院医疗费用按本地待遇结算支付。

1、异地工作和长期异地居住人员就医的。

2、国内出差、考察学习、探亲旅游等临时在异地因急诊、抢救住院就医的。

就医地联网定点医疗机构在为因急诊抢救就医的参保人员办理“门诊结算”或“入院登记”时，应按接口标准规范要求如实上传“门诊急诊转诊标志”或“住院类型”。

3、因病情需要转诊转院治疗的。

(二) 异地住院备案方式

1、医保经办机构服务窗口备案；

2、“四川医保”APP、“国家异地就医备案”微信小程序、国家医保服务平台、四川医保公共服务网上服务大厅备案。

(三) 参保人员异地就医普通门诊、“两病”门诊和门诊慢特病待遇执行参保地规定的本地就医支付比例。

七、城乡居民医疗保障服务电话

雁江医保

参保缴费：028-26920887

就医结算：028-26920332

异地备案：028-26920881

028-26928773

安岳医保

参保缴费：028-24503728

就医结算：028-26016583

异地备案：028-24503732

综合咨询：028-24503727

乐至医保

参保缴费：028-23325039

就医结算：028-23322137（联网结算）

028-23311216（手工结算）

异地备案：028-23335677

综合咨询：028-23335458