

资阳市职工医疗（生育）保障政策

简 明 手 册

资阳市医疗保障局

2024年3月

目 录

第一部分 基本医疗保险（生育）保险

第一章 参（续）保和缴费	1
一、参保范围及对象.....	1
二、筹资方式.....	1
三、筹资标准.....	2
（一）缴费基数.....	2
（二）缴费比例.....	3
（三）保费征缴.....	3
（四）退休清缴.....	6
（五）清缴人员年龄的确定.....	7
（六）缴费年限.....	7
（七）保险类别转换.....	8
第二章 医疗（生育）保险待遇	9
一、个人账户及统筹基金支付管理.....	9
（一）个人账户计入标准.....	9
（二）医保基金支付范围.....	9

(三) 支付部分费用项目个人先行自付比例	10
(四) 不纳入医保基金支付范围	13
(五) 最高支付限额	14
二、基本医疗保险	14
(一) 普通门诊医疗费用	15
(二) 门诊特殊疾病医疗费用	16
(三) 住院医疗费用	19
(四) 单行支付药品和国家药品目录内高值药品	22
三、生育医疗保险	25
(一) 生育津贴	26
(二) 生育医疗费	27
(三) 妊娠检查费	27
(四) 计划生育手术费	28
第二部分 职工大额医疗费用补助	
一、参保缴费	30
二、补助标准	30
第三部分 商业健康补充医疗保险	
一、参保缴费	32

二、保险待遇	32
--------	----

第四部分 经办管理与服务

一、医疗保险关系衔接	34
------------	----

二、医疗费用结算	34
----------	----

三、异地就医备案	35
----------	----

四、异地就医转诊机构资格管理	36
----------------	----

五、外伤人员身份认证	36
------------	----

六、职工医疗保险服务电话	37
--------------	----

第一部分 基本医疗保险（生育）保险

第一章 参（续）保和缴费

一、参保范围及对象

（一）国家机关、事业单位、企业、社会组织、有雇工的个体工商户等用人单位及其职工；

（二）领取失业保险金的人员；

（三）无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工基本医疗保险（生育）保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员（以下简称灵活就业人员）可以参加职工基本医疗保险。

参保人员不得重复参加基本医疗保险，不得重复享受医疗保险待遇。

二、筹资方式

（一）统账结合建立统筹基金和个人账户，由用人单位和职工个人按一定比例共同缴纳，用人单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金；单建统筹建立统筹基金，由用人单位或职工

个人按一定比例缴纳，缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金

（二）职工基本医疗（生育）保险费由用人单位和职工按月缴纳，个人部分由单位代扣代缴；灵活就业人员基本医疗保险费由个人按月缴纳。

三、筹资标准

（一）缴费基数

1. 用人单位当年缴费基数为上年度职工工资总额，工资总额按市统计局公布的工资总额口径计算。2024年最低缴费基数为76680元。

2. 职工基本医疗（生育）保险用人单位缴费基数不低于全市上年度城镇全部单位就业人员平均工资，不高于全市上年度城镇全部单位就业人员平均工资的300%。

3. 职工个人缴费基数为本人工资总额。个人工资总额低于最低缴费基数的，按最低缴费基数计算；高于最高缴费基数的按最高缴费基数计算。

4. 灵活就业人员的缴费基数按最低缴费基数的90%计算。

(二) 缴费比例

1. 参保单位：以统账结合方式参保的财政供养机关事业单位缴费比例为 7.5%（其中生育保险 0.5%）、其他用人单位为 7.7%（其中生育保险 0.7%），职工个人缴费比例为 2%；以单建统筹方式参保的单位为 5.7%（其中生育保险 0.7%）。

2. 灵活就业人员（不含生育保险）：统账结合为 9%，2023 年缴费金额为 6211.08 元；单建统筹为 5%，2023 年缴费金额为 3450.6 元。

参保人员已缴纳的医疗保险费，在进入待遇享受期前，因就业、死亡等原因，可持相关材料申请办理退费手续，待遇享受期开始后，不再办理退费。

(三) 保费征缴

用人单位或灵活就业人员应于当月 25 日前办理参（续）保登记、申报缴费事项，并于每月 25 日前，按征缴计划足额缴纳医疗保险费。

1. **单位登记缴费。**自成立之日起 30 日内，向所属医保经办机构申请办理，提供统一社会信

用代码证书或单位批准成立的文件,《基本医疗保险单位参保信息登记表》(加盖单位公章);参照《公务员法》管理的单位还需提供参公管理相关文件;党政机关、人民团体提供单位申请等相关证件和资料。

各参保单位经办人于每月在四川医保公共服务网上服务大厅(网址: [HTTP://ggfw.scyb.org.cn](http://ggfw.scyb.org.cn))申报核定缴费金额后,通过税务社保费管理客户端和办税服务厅缴费。

2. 单位变更登记。参保单位名称、地址、法定代表人(负责人)、开户银行账号等发生变化,因解散、破产、撤销、改制、合并等原因导致单位信息变化,人员增减变化等,应当在登记事项变更之日起30日内,分别持《基本医疗保险参保单位信息变更登记表》(加盖单位公章)等相关证明文件或法律文书(文件),与劳动签订的劳动合同、聘用协议,招录用文件、退休文件,参保人员身份证、户口簿,个人原始档案、辞退辞职批准文件,死亡证明等资料向所属医保经办机构申

请办理变更（注销）登记。

3. 灵活就业人员在所属医保经办机构办理，提供身份证原件和复印件，以及法律法规规定的其他证明资料。与原单位解除或终止劳动关系的，还应提供相应证明。

通过微信、支付宝、银联云闪付、四川省电子税务局、银行代收、办税服务厅缴费。

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医保经办机构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。

4. 用人单位合并、分立、转让时欠缴医疗保险费的，由合并、分立、转让后的用人单位负责缴纳所欠的医疗保险费及滞纳金。

（四）退休清缴

职工基本医疗保险的参保人员，达到法定退休年龄（含因病退休、特殊工种退休）的当月或次月应当进行缴费年限清缴。清算时缴费年限达到最低缴费年限的，享受退休人员基本医疗保险待遇。清算时缴费年限未达到最低缴费年限的，可选择以下方式办理：

1. 按上月缴费基数标准（上月无缴费基数的，按清算当年最低缴费基数）及上月最低缴费年限缴费标准进行一次性清缴，清缴并办理在职转退休手续后，享受退休人员基本医疗保险待遇。

2. 按在职人员缴费标准逐年缴费至规定年限，退休清算前享受在职职工医疗保险待遇。

退休人员清缴的基本医疗保险费按清缴当月在

职人员个人账户划入标准划入个人账户，剩余部分进入统筹基金，以后逐月按退休人员个人账户划入标准划入。

退休前参加了本市职工基本医疗保险的参保人员，达到法定退休年龄或经批准享受养老保险待遇后可申请退休清缴。

（五）清缴人员年龄的确定

1. 机关事业单位参保人员（含病退休、特殊工种退休）按照组织或人社部门批准其享受养老保险待遇时确认的年龄确定。

2. 企业参保人员（含病退休、特殊工种退休）按照人社部门批准其享受养老保险待遇时确认的年龄确定。

3. 灵活就业人员按照人社部门批准其享受养老保险待遇时确认的年龄或身份证年龄确定。

退职人员达到病退休年龄时进行清缴。

（六）缴费年限

1. 职工基本医疗保险最低缴费年限

（1）累计最低缴费年限为男 25 年，女 20

年。男性参保最低缴费年限实行过渡期，过渡期为4年，即2023年最低缴费年限为22年，2024年最低缴费年限为23年……以此类推，直到2026年最低缴费年限达到25年。

(2) 本市累计缴费年限不少于10年。

2. 已达到最低实际缴费年限但未达到法定退休年龄的，继续缴费至法定退休年龄。

3. 本市城乡居民基本医疗保险转换为职工基本医疗保险统账结合的，城乡居民医疗保险1年折算职工基本医疗保险缴费年限2个月。

4. 2000年12月以前原企业职工大病统筹的缴费年限每2年折合1年职工基本医疗保险统账结合缴费年限；2000年12月（含2000年12月）以后每1年折合1年。

5. 军人退出现役后选择参加职工基本医疗保险的，按规定办理转移接续或参保手续。军人服现役年限视同本地参保缴费年限。

(七) 保险类别转换

以单建统筹方式参保的在职人员申请变更为

统账结合方式参保的，自变更次月起按统账结合方式费率缴费并建立个人账户，按规定享受相应待遇。变更参保方式后不得再次变更。

已达到法定退休年龄的单建统筹参保人员，可按统账结合参保现行缴费规定补足缴费，次月起享受医保待遇，之前的医保待遇保障不再补办。

第二章 医疗（生育）保险待遇

一、个人账户及统筹基金支付管理

（一）个人账户计入标准

以统账结合方式参保的在职人员个人账户按本人参保缴费基数的 2% 计入，退休人员按 2022 年资阳市基本养老金平均水平的 2.8% 按月定额划入。

单建统筹参保人员不建立个人账户。

（二）医保基金支付范围

1. 个人账户可以用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用，在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费

用，参加城乡居民基本医疗保险、补充医疗保险、重特大疾病保险、长期护理保险等由政府开展的与医疗保障相关的社会保险的个人缴费。

个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身或养生保健消费等不属于基本医疗保险保障范围的支出。

个人账户资金归个人所有，可以结转使用和继承。

（1）参保人员个人账户余额可结转使用；

（2）参保人员跨统筹地区医保关系转移接续时，个人账户资金随同转移；

（3）参保人员死亡后的次月起停止划拨个人账户，结余资金由法定继承人或指定受益人继承。无继承人的，个人账户资金并入统筹基金。

2. 统筹基金用于支付住院、特殊疾病门诊、普通门诊费用统筹和其他属于统筹基金支付范围的费用。

（三）支付部分费用项目个人先行自付比例

基本医疗保险支付范围严格按照《国家基本

医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》（以下简称《国家药品目录》）《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》等有关文件规定确定。

1. 基本医疗保险支付范围中，乙类药品、支付部分费用的诊疗项目和医用材料先按个人先行自付比例自付，再按基本医疗保险规定支付。

支付部分费用的医用材料		支付部分费用的诊疗项目		乙类药品 (最小包装)
< 500 元 (含)	10%	< 300 元 (含)	10%	10%
500-3000 元 (含)	20%	300-1000 元 (含)	20%	
3000-10000 (含)	30%	1000-3000 元 (含)	30%	
10000-30000 元 (含)	40%	> 3000 元	40%	
30000-60000 元 (含)	50%			
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。				

(1) 乙类药品 (最小包装) 个人先行自付比例 10%。

(2) 支付部分费用的诊疗项目个人先行自付比例：300 元 (含) 以下 10%，300 元至 1000 元 (含) 20%，1000 元至 3000 元 (含) 30%，3000 元以上 40%。

(3) 医用材料个人先行自付比例：单件价在

500 元（含）以下 10%，500 元至 3000 元（含）20%，3000 元至 10000 元（含）30%，10000 元至 30000 元（含）40%，30000 元至 60000 元（含）50%。

纳入医保报销范围限价的药品、医用材料费用，限价内的费用先按个人先行自付比例自付，再按基本医疗保险规定支付，超过限价以上的费用由个人全额自费。

纳入医保报销范围未限价的医用材料费用，单价超过 60000 元以上的部分由个人全额自费，60000 元以内的部分先按个人先行自付比例自付。

2. 住院床位费支付标准

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
一级以下医疗机构	12	20	14.4	13.2	22
一级医疗机构	15	30	18	16.5	25
二级医疗机构	20	40	24	22	30
三级医疗机构	25	50	30	27.5	35

一级以下医疗机构普通床位 12 元/日、隔离及抢救床位 20 元/日，一级医疗机构普通床位 15 元/日、隔离及抢救床位 30 元/日，二级医疗机构普通

床位 20 元/日、隔离及抢救床位 40 元/日，三级医疗机构普通床位 25 元/日、隔离及抢救床位 50 元/日。

专科医院或专科病房床位费在相应等级支付标准上，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。

（四）不纳入医保基金支付范围

1. 应当从工伤保险基金中支付的；
2. 应当由第三人负担的；
3. 应当由公共卫生负担的；
4. 在境外就医的；
5. 体育健身、养生保健消费、健康体检；
6. 国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

医疗费用依法应当由第三人负担，第三人不承担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。

（五）最高支付限额

一个自然年度内，基本医疗保险统筹基金支付的普通门诊费用统筹、特殊疾病门诊医疗费用、住院医疗费用、单病种医疗费用、单行支付药品费用等合并计算，合并后的支付金额不超过基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额，最高支付限额为全市上年度城镇全部单位就业人员平均工资的6倍。2023年为44万元。

二、基本医疗保险待遇

参保人员（机关企事业单位、社会团体招录人员除外）初次参保、断保（连续欠费超过3个月的视为断保），从参保或重新续保缴费当月起6个月后开始享受基本医疗保险统筹基金支付待遇。

1. 欠费3个月内续缴基本医疗保险费的，按规定补缴所欠基本医疗保险费，中断期间的待遇追溯享受；欠费3个月以上12个月以内续保缴费的，可先补缴所欠基本医疗保险费，中断期间的待遇不追溯享受；断保一年以上不再补缴断保期间基本医疗保险费，原有缴费年限合并计算。

2. 参保人员已连续2年参加基本医疗保险

的，因就业等个人状态变化由居民医保切换为职工医保的，中断缴费时间不超过3个月，缴费后即可正常享受职工医保待遇；不足2年的，中断缴费时间未超过3个月，缴费当月起6个月内享受原档次待遇。

3. 用人单位及参保人员应按时足额缴纳基本医疗保险费，享受基本医疗保险待遇；未按时足额缴纳的，暂停享受医疗保险待遇，但享受退休人员基本医疗保险待遇的除外。

（一）普通门诊医疗费用

参保人员在定点医疗机构、符合条件的定点零售药店发生的政策范围内普通门诊费用、购药费用纳入职工医保统筹基金支付范围。

1. 起付线

参加职工医保统账结合的参保人员，按一个自然年度设起付线。在职职工200元、退休人员150元。

2. 支付比例

三级定点医疗机构50%、二级及以下定点医

疗机构和零售药店 60%，退休人员在上述相应支付比例基础上增加 10 个百分点。

3. 支付限额

参加职工医保统账结合的参保人员，按一个自然年度设支付限额，在职职工 2000 元、退休人员 2500 元；参加职工医保单建统筹的参保人员，年度支付限额在职职工 800 元、退休人员 1000 元。

(二) 门诊特殊疾病医疗费用

特殊疾病病种分一、二、三类管理，参保人员在一个自然年度内发生的符合基本医疗保险支付范围、扣除个人先行自付费用后的医疗费用，统筹基金按以下比例和限额支付。

1. 支付比例

第一类视同住院，不设起付线，按住院有关规定结算支付；第二、三类为 75%。

2. 支付限额

第二类 3000 元，第三类 2000 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，以高限额为当年的支付

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。

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、慢性肾脏疾病（V期）、器官移植术后抗排斥治疗、骨髓增殖性肿瘤（骨髓增生异常综合征、真性红细胞增多症、原发性血小板增多症、原发性骨髓纤化症）、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）、再生障碍性贫血、血友病、地中海贫血、系统性红斑狼疮、肝豆状核变性、普拉德-威利综合症、原发性生长激素缺乏症。	慢性肾脏疾病（I-IV期）、糖尿病、慢性活动性肝炎（含肝硬化）、心脏病类疾病（慢性肺源性心脏病、风湿性心脏病、冠状动脉粥样硬化性心脏病、扩张性心肌病、肥厚性心肌病）、高血压合并心脑血管损害、脑血管意外后遗症（含外伤性）、癫痫、重症肌无力、帕金森氏病、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、抑郁症）、免疫性疾病（类风湿性关节炎、干燥综合征、硬皮病、原发性血小板减少性紫癜）、银屑病、艾滋病机会感染、耐多药性肺结核、强直性脊柱炎。	高血压病、肾病综合征、慢性老年性前列腺增生、甲状腺功能亢进或减退、结核病、精神类疾病（焦虑症、强迫症）、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。	按合格费用的75%支付。		
封顶线		按住院有关规定结算支付。	3000元	2000元	

(三) 住院医疗费用

住院医疗费用实行单次住院结算支付，设起付线，起付线以上符合基本医疗保险支付范围、扣除个人先行自付费用和起付线后的医疗费用（以下简称“住院合格费用”），统筹基金按比例支付。

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

1. 起付线

一级以下医疗机构本地 100 元、异地 300 元，一级医疗机构（含乡镇中心卫生院）本地 200 元、异地 400 元，二级乙等医疗机构本地 400 元、异地 600 元，二级甲等医疗机构本地 600 元、异地 800 元，三级乙等医疗机构本地 800 元、异地 1000 元，三级甲等医疗机构本地 1000 元、异地 1200 元。

医疗机构级别	职工医保			
	在职		退休	
	本地	异地	本地	异地
一级及以下医疗机构	100 元	300 元	100 元	100 元
一级医疗机构（含乡镇中心卫生院）	200 元	400 元	100 元	200 元

医疗机构级别	职工医保			
	在职		退休	
	本地	异地	本地	异地
二级乙等	400元	600元	200元	400元
二级甲等	600元	800元	400元	600元
三级乙等	800元	1000元	600元	800元
三级甲等	1000元	1200元	800元	1000元

(1) 退休人员分别按上述本地、异地标准降低 200 元。

(2) 一个自然年度内多次住院的每次递减 50 元。

(3) 经降低或递减后每次住院起付线不得低于 100 元。

(4) 第一类特殊疾病、艾滋病患者及年满 80 周岁以上的老年患者一个自然年度内多次住院的，只计算年度第一次住院起付线。

(5) 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。

2. 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，但总支付比例不超过 100%。

医疗机构 级 别	在 职		退 休	年 满 70 岁	备 注
	本 地	异 地			
一级以下	95%	75%	在 职 支 付 比 例 基 础 上 分 别 提 高 5%	在 退 休 支 付 比 例 基 础 上 分 别 提 高 5%	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)	90%	70%			
二级医疗机构	85%	65%			
三级医疗机构	80%	60%			

(1) 在职职工：一级以下医疗机构本地 95%、异地 75%，一级医疗机构（含乡镇中心卫生院）本地 90%、异地 70%，二级医疗机构本地 85%、异地 65%，三级医疗机构本地 80%、异地 60%。

(2) 退休人员：在在职职工支付比例基础上提高 5%；

年满 70 周岁以上的老年患者在退休人员支付比例的基础上提高 5%。

(3) 第一类特殊疾病患者在相应人员支付比例的基础上提高 5%。

3. 参保人员因病情危重急诊抢救死亡，基本医疗保险政策范围内门诊医疗费用纳入统筹基金

支付范围，按住院待遇支付。

4. 灵活就业人员生育医疗费用实行限额支付，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，限额标准为：顺产 2000 元，剖宫产 4000 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。

（四）单行支付药品和国家药品目录内高值药品

1. 单行支付药品

（1）支付比例

参保人员按规定使用单行支付药品发生的费用，不计起付线，由基本医疗保险统筹基金按 70% 支付。

（2）支付限额

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支付限额为 20 万元，计入基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额。

2. 国家药品目录内高值药品

参保人员按规定使用国家药品目录内高值药

品按照乙类药品相关规定结算。其中门诊使用时，扣除个人先行自付后，不计起付线，按住院待遇结算（含丙型肝炎干扰素抗病毒治疗）。在供药机构购买高值药品，按三级定点医疗机构支付标准结算。

单行支付药品和国家药品目录内高值药品的目录、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	√	√

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
8	国药控股蜀康资 阳医药有限公司 安岳店	资阳市安岳县岳城 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

资阳市单行支付药品供药门店

(五) 实施按病种收付费管理的，按照省市相关文件或定点医药机构服务协议执行。

(六) 参保人员在实施基本药物制度的基层医疗卫生机构就医发生的一般诊疗费纳入医保支付范围；对参保人员在取消药品加成的县级及以上公立医疗机构门（急）诊诊查费调增部分纳入医保支付范围。具体支付标准按省市相关规定执行。

三、生育医疗保险

生育保险待遇包括生育医疗费用、妊娠检查费、计划生育手术费和生育津贴，所需要资金从职工基本医疗保险统筹基金中支付。

符合国家生育政策的生育医疗费用待遇享受期与职工基本医疗保险待遇期同步。生育时，参保单位和个人连续不间断足额缴纳生育保险费满

12个月的可享受生育津贴（含中断缴费3个月内补缴的）。

参保女职工生育及计划生育手术相关并发症的住院医疗费用，按照职工基本医疗保险相关政策支付。保胎、辅助生殖的医疗费用除外。

（一）生育津贴

计算公式为：实际计发金额=月平均缴费基数（元）÷30（天）×支付标准天数。

项 目	支付标准天数
1、顺平产或妊娠满7个月以上流产的	158天
2、难产（臀位、产后大出血、剖宫、多胎）	增加15天
3、多胞胎生育	每多一婴增加15天
4、流产或引产，妊娠不满4个月	15天
5、流产或引产，妊娠满4个月不满7个月	42天

上述计算口径中月平均缴费基数指：职工所在单位上年度职工工资总额÷12。财政供养的机关事业单位人员不享受生育津贴；其他单位人员生育津贴与产假期间的工资不重复享受。

(二) 生育医疗费

生育医疗费用包括检查费、接生费、手术费、住院床位费和药品费等，超过限额标准的按限额支付，未到达限额标准的按实际发生额支付。

项 目	待遇标准 (元)
难产(臀位、产后大出血、剖宫、多胎)	5500
顺 产	3500
妊娠不满4个月的流产、引产	1000
妊娠满4个月不满7个月的流产、引产	1200
死 胎	1800

参加生育保险的男职工，其配偶未享受生育保险、城乡居民基本医疗保险待遇，符合国家生育政策的，按照生育医疗费标准的50%给予一次性生育医疗费补助。

(三) 妊娠检查费

妇检、超声检查、血常规、尿常规、肝功、肾功、血型、心电图、胎心监测等常规检查项目，在不超过600元/例的情况下具实支付，超出部分自付。

(四) 计划生育手术费

计划生育手术费是指职工因实施计划生育手术需要，放置（或取出）宫内节育器、流产术、引产术、绝育及复通等手术所发生的医疗费用。计划生育手术费按不同手术项目每例费用包干的办法结算，具体为：

1、孕情、环情监测，每例 3 元。

2、放置宫内节育器，每例 157 元（不含宫内节育器成本）。

3、取出宫内节育器，每例 160 元（宫内节育器异位除外）。

4、长效缓释避孕皮下埋植剂植入术，每例 132 元（不含皮埋剂成本费）。

5、长效缓释避孕皮下埋植剂取出术，每例 148 元。

6、输卵管结扎术，每例 317 元。

7、输精管结扎术，每例 79 元。

8、人工流产术，每例 269 元。

9、药物流产，每例 129 元；药流不全清宫增

加 47 元。

10、中期孕引产，每例 523 元。

11、输卵管复通术，每例 993 元。

12、输精管复通术，每例 993 元。

13、计划生育手术并发症的治疗，每例 1800 元（经计划生育技术鉴定组鉴定为特殊疑难并发症的诊治费用，可视具体情况结算）。

上述项目，已在定点医疗、保健机构享受免费治疗的，不再纳入生育医疗费用支付范围。

第二部分 职工大额医疗费用补助

一、参保缴费

职工大额医疗费用补助所需资金在基本医疗保险统筹基金中列支，参保人员不缴费。职工大额医疗费用补助待遇享受期与基本医疗保险待遇同期同步。

二、补助标准

参保人员在一个自然年度内单次或累计基本医疗保险政策范围内住院医疗费用减去基本医疗保险支付金额后，个人负担金额达到起付线（含）以上，由职工大额医疗费用补助分段按比例赔付。

（一）起付线：在一个自然年度内，按不高于全市上年度城镇全部单位就业人员平均工资的50%确定。2022年为11000元。

（二）赔付比例

起付线以上至50000元（含）本地70%、异

地 50%；50000 元至 100000 元（含）本地 80%、异地 60%；100000 元以上本地 90%、异地 70%。

起付金	档 次	合规医疗费用	本地（含转诊转院、急诊抢救、异地居住备案）	异 地
11000 元 （含）	第一、二 档次	>1.1 万-5 万（含）	70%	50%
		>5 万-10 万（含）	80%	60%
		10 万以上	90%	70%

第三部分 商业健康补充医疗保险

一、参保缴费

(一) 参加基本医保的单位和个人可同时参加补充医疗保险。补充医疗保险费由单位或个人缴纳，也可由单位和个人共同缴纳。

(二) 补充医疗保险费按全市上年度城镇全部单位就业人员平均工资的1%左右缴纳。当年1月1日至6月30日为补充医疗保险参(续)保缴费集中办理期(新参保人员除外)。保费按年度一次性缴纳。

(三) 补充医疗保险断保后重新续保缴费的(含续保超过集中办理期)，从缴费之月起3个月后享受补充医疗保险待遇。

二、保险待遇

(一) **特殊疾病门诊**。参保人员发生的特殊疾病第一类病种门诊合格费用按住院待遇赔付，第二、三类病种基本医疗保险统筹基金门诊支付

限额以上的合格费用，按 60% 赔付，一个自然年度最高赔付额 1000 元。

（二）住院。参保人员在一个自然年度内发生的基本医疗保险政策范围内住院医疗费用减去基本医疗保险起付线、基本医疗保险和大额医疗费用补助支（赔）付额后，按本地 60%、异地 40% 的比例赔付。

第四部分 经办管理与服务

一、医疗保险关系衔接

(一) 参保人员跨统筹地区流动就业的，其基本医疗保险关系转移接续依照国家有关规定执行。

(二) 劳动年龄内参保人员可申请从城乡居民基本医疗保险向职工基本医疗保险转换；可申请职工基本医疗保险关系转移接续。

(三) 参保人员因辞职、辞退、解聘或用人单位破产、转制等解除劳动合同关系的，应在解除劳动关系后3个月内办理续保缴费手续。

二、医疗费用结算

(一) 在联网定点医药机构结算

参保人员持社会保障卡或医保电子凭证在定点医药机构直接结算，个人负担的医疗费用由参保人员支付，应由医保基金支付的医疗费用，由医保经办机构与定点医药机构定期结算。

（二）在未联网定点医疗机构结算

参保人员先全额垫付医疗费用，按要求持相关资料向参保地医保经办机构申报审核结算。

（三）生育津贴支付

参保人员或单位凭相关资料到参保地医保经办机构办理。生育津贴由医保经办机构支付给用人单位。

三、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。

四、异地就医转诊机构资格管理

市级医疗机构中资阳市第一人民医院、资阳市人民医院、资阳市中医医院、资阳市精神病医院为医保异地就医转诊机构。各县（区）可结合实际，在县域内高级别定点医疗机构中遴选确定具备开具医保异地就医转诊证明资格的医疗机构，并向社会公布，同时报市医疗保障局备案。

五、外伤人员身份认证

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、职工医疗保险服务电话

市本级医保

参保缴费：028-26110617

就医结算：028-26110620

异地备案：028-26110621

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：028-24501812

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