

德阳市人民政府办公室文件

德办发〔2017〕7号

德阳市人民政府办公室 关于印发德阳市城乡居民基本医疗保险 暂行办法实施细则的通知

各县(市、区)人民政府、德阳经济技术开发区管委会，市级各部门：

《德阳市城乡居民基本医疗保险暂行办法实施细则》已经市政府七届九十次常务会议审议通过，现印发给你们，请遵照执行。

德阳市人民政府办公室

2017年2月6日



德阳市城乡居民基本医疗保险暂行办法 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顺利实施,根据《德阳市城乡居民基本医疗保险暂行办法》(德府函〔2016〕244号)(以下简称“《暂行办法》”),制定本实施细则。

第二条 除依法应当参加城镇职工基本医疗保险(以下简称“职工医保”)的人员外,下列人员属于本市城乡居民基本医疗保险(以下简称“居民医保”)的参保对象:

(一)具有本市户籍的城乡居民(包括未在市外就读学校所在地参加基本医疗保险的本市户籍学生)。

(二)未在原户籍地或其它地参加基本医疗保险的下列人员:

1. 驻本市中小学校、大中专(职)院校、特殊学校的市外户籍学生,包含港、澳、台籍学生;
2. 持有居住证的市外户籍居民。

(三)就业转失业、个体工商户、灵活就业等中断职工医保的人员,以及享受城镇职工退休待遇但未享受城镇职工医保待遇的人员。

第三条 人社、发改、财政、卫计、食药监等部门应按

照各自职责共同做好居民医保工作。

（一）市人社局主管全市居民医保工作，制定全市居民医保发展规划，加强对居民医保工作的指导和督促检查，健全和完善各项管理制度，组织编制居民医保收支预算，会同财政等部门制定居民医保政策调整方案和补助资金分配方案，会同财政部门建立居民医保基金预警机制和公共财政对居民医保基金的补偿机制。

（二）市社保局负责指导和督促县（市、区）和德阳经开区社会保险经办机构开展居民医保参保缴费业务经办工作；会同市医保局编制居民医保基金收入预算草案，分解下达参保扩面和基金征收任务并进行考核；规范居民医保参保登记、基金征收与稽核、个人权益记录等业务流程，建立健全内控制度；会同市医保局、市财政局做好财政补助资金的结算工作。

（三）市医保局负责指导和督促县（市、区）医疗保险经办机构开展居民医保待遇审核支付和医疗服务监管工作；会同市社保局编制居民医保基金支出预算草案，制定居民医保基金支出分解方案和协议管理定点医院总额控制指标分配方案；规范居民医保待遇审核支付、医疗费用结算、医疗服务监管等业务流程，建立健全内控制度；组织开展医药机构定点评估，按协议管理关系与定点医药机构签订服务协议，审核结算医疗费用，对定点医药机构实施监督管理和考核；受理咨询和举报；配合市社保局、市财政局做好财政补助资金的结算工作；负责

省异地结算平台费用的结算；开展基金收入与支出核算、划拨，编制上报基金预决算、财务和统计报表；对大病保险、补充医疗保险业务进行管理和考核。

（四）市社会保障信息中心负责全市居民医保信息管理系统建设、维护和管理的工作，构建覆盖市、县（市、区）、乡镇（街道）、村（社区）及定点医药机构的业务经办系统与网络；负责全市居民医保经办业务数据的安全管理与维护；负责社会保障卡的发放和管理。

（五）县（市、区）和德阳经开区社会保险经办机构具体负责辖区内居民医保的参保登记、扩面、医保费征收、财政补助资金申请、基金上解、基金管理、个人缴费记录建立与管理、参保信息变更审核、保险关系转移接续、保险关系注销、内控管理、查询和举报受理、编制上报基金征收财务和统计报表，并对乡镇（街道）劳动就业和社会保障服务中心（以下简称“劳动保障服务中心”）的业务经办工作进行指导和督促考核。

（六）县（市、区）医疗保险经办机构负责管理范围内的居民医保待遇审核（包括异地就医现金结算费用）、基金管理、内控管理、咨询和举报受理、医疗服务监管等工作；制定协议管理定点医院总额控制指标分配方案；开展基金收入与支出核算，编制上报基金财务和统计报表；组织开展医药机构定点评估，按协议管理关系与定点医药机构签订服务协议，审核结算医疗费用，对定点医药机构实施监督管理和考核；配合社会保

险经办机构做好财政补助资金的申请，并对乡镇（街道）劳动就业和社会保障服务中心的业务经办工作进行指导和督促考核。

（七）乡镇（街道）劳动保障服务中心负责开展参保资源的调查和管理，做好参保居民及特殊人群参保信息收集上传，实行动态管理。对参保登记、参保信息变更、保险关系转移接续、保险关系注销等进行核实，将有关信息录入居民医保信息管理系统；打印发放缴费通知单，组织开展居民医保费征收，基金监管；受理个人医疗费用报销；归档保存辖区内城乡居民参保缴费、信息变更、保险关系注销等业务档案资料；开展政策宣传、受理咨询和举报、开展有关情况公示等工作。

村（社区）劳动就业和社会保障服务站（以下简称“劳动保障服务站”）受乡镇（街道）劳动保障服务中心委托代办居民医保业务，具体负责居民医保参保登记、参保信息变更、保险关系转移接续、保险关系注销等业务环节所需资料的收集、初核与上报，有条件的劳动保障服务站可将有关信息录入居民医保信息管理系统，打印缴费通知单；发放有关资料，通知并组织参保人员按时参保缴费、办理续保，受理个人医疗费用报销；协助做好宣传解释、情况公示等工作。

（八）中小学校、大中专（职）院校负责本校在校学生参保登记工作，对参保登记、参保信息变更、保险关系转移接续、保险关系注销等进行收集、校验和上传，有条件的可直接录入

居民医保信息管理系统；负责本校学生医保费代收，并按规定将代收的医保费及时存入居民社会保险基金收入户；代理个人医疗费用报销；归档保存本校学生参保缴费、信息变更、保险关系注销等业务档案资料；开展政策宣传和有关情况公示等工作。

（九）财政部门负责社会保障基金财政专户管理，按规定将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纳入同级财政预算，并按时拨付到位；会同相关部门加强对居民医保基金的监督检查；建立居民医保基金预警机制和公共财政对居民医保基金的补偿机制。

（十）民政、残联、卫计、国土、扶贫移民、教育、综治等部门分别负责特殊困难人员（城镇“三无”人员和农村“五保”对象）、重点优抚对象、城乡居民最低生活保障对象、低收入家庭中60周岁以上的老年人和未满18周岁的未成年人、1-4级残疾人、计划生育特别扶助对象、被征地人员、建档立卡贫困人口、“5.12”地震遇难学生家长、见义勇为牺牲人员直系供养亲属等特殊人群的认定，组织特殊人群参保，按规定向财政申请代缴补助资金，并划入同级社会保险经办机构居民社会保险基金收入户。

（十一）审计部门负责对居民医保基金进行审计监督。

（十二）卫计、食品药品监部门负责对医药机构的监督管理、规范其医药服务行为。

(十三) 教育部门负责组织和督促学校开展在校学生参保缴费工作。

(十四) 公安部门负责对涉嫌骗取医疗保险基金的行为进行查处。

第二章 参保登记与缴费

第四条 城乡居民(含在校学生)应在每年9月1日至12月31日集中办理下一年度参保缴费手续,未及时在参保缴费集中办理期参保缴费的居民可在次年内办理参保缴费手续。

(一) 在参保缴费集中办理期内参保的,按以下方式办理参保缴费。

1. 具有我市户籍的居民应以户为单位(指户口簿上登记的全部家庭成员,学生除外)选择同一个档次缴费标准,在户籍地所在村(社区)劳动保障服务站或乡镇(街道)劳动保障服务中心办理参保缴费手续。参保登记时,应填写《德阳市城乡居民医保参保缴费登记表》,并提供户口簿(原件)、身份证或社会保障卡(复印件)。

2. 持居住证的人员,在居住地所在村(社区)劳动保障服务站或乡镇(街道)劳动保障服务中心办理参保缴费手续。参保登记时,应填写《德阳市城乡居民医保参保缴费登记表》,并提供居住证(原件)、身份证或社会保障卡(复印件)。

3. 中小学校、大中专(职)院校在校学生(不包括非全日

制、在职教育学习的人员)由所在学校统一组织、造册办理参保缴费。

托幼机构学龄前儿童参保组织方式由县(市、区)和德阳经开区根据实际情况确定。

4.特殊人群人员分别由民政、残联、卫计、国土、扶贫移民、教育、综治等部门统一组织、分类造册办理参保缴费。

“5.12”地震遇难学生家长参加居民医保的缴费档次和补助标准由有关县(市、区)根据实际情况确定。

(二)未在参保缴费集中办理期参保缴费的人员,在户籍地或居住地所在村(社区)劳动保障服务站或乡镇(街道)劳动保障服务中心办理参保缴费手续。参保时应填写《德阳市城乡居民医保参保缴费登记表》,并提供户口簿或居住证(原件)、身份证或社会保障卡(复印件)。属特殊人群的人员,还应提供以下资料:

1.城乡居民最低生活保障对象提供民政部门出具的低保金领取证(复印件),特殊困难人员、重点优抚对象、低收入家庭成员提供民政部门出具的认定材料;

2.1-4级残疾人提供残联出具的《残疾证》(复印件);

3.建档立卡贫困人口提供扶贫移民部门出具的认定材料;

4.计生特别扶持对象提供卫计部门出具的《计划生育特别扶助证》(复印件);

5.被征地人员提供国土部门出具的认定材料;

6. 见义勇为牺牲人员直系供养亲属提供综治部门出具的认定材料。

第五条 居民医保参保信息按以下程序办理登记、审核和确认。

（一）参保信息的登记、初核和复核

1. 对在户籍地或居住地所在村（社区）劳动保障服务站或乡镇（街道）劳动保障服务中心办理参保登记的，由劳动保障服务站或劳动保障服务中心核实后及时将参保信息录入城乡居民医保信息管理系统。

2. 对中小学校、大中专（职）院校在校学生的参保信息，由所在学校逐一核对，并按规定格式和内容向所在地社会保险经办机构报送参保登记资料（附电子文档）。有条件的学校可在核实后将参保信息直接录入城乡居民医保信息管理系统。

3. 民政、残联、卫计、国土、扶贫移民、教育、综治等部门应分类建立特殊人群台账，做好特殊人群参保信息的收集，实行动态管理，于每年8月20日前通过电子文档向社会保险经办机构提供特殊人群参保花名册。

（二）参保信息的审核与确认

社会保险经办机构应对乡镇（街道）劳动保障服务中心、各类学校、相关部门上传的参保人员信息进行审核确认。对参保信息有误的，应及时反馈乡镇（街道）劳动保障服务中心、学校等相关部门核实。对相关部门提供的特殊人群参保信息，

遵循补助就高原则，按民政、残联、卫计、国土、扶贫移民、教育、综治的顺序进行比对，逐一剔除重复信息，比对核实后及时反馈相关部门作为申请补助资金的依据。

第六条 当年8月1日至次年7月30日个人缴费补助条件发生变化的特殊人群人员，以及新增的特殊人群人员按以下办法管理和享受个人缴费补助。

（一）已参保的特殊人群人员个人缴费补助条件发生变化的，于次年7月31日相应调整补助标准。

（二）对新确认符合个人缴费补助条件而未参保的，村（社区）劳动保障服务站或乡镇（街道）劳动保障服务中心指导帮助其及时参保。

（三）对新确认符合个人缴费补助条件且已由个人按选择档次标准全额缴纳了医保费的，由本人或受托人持参保人员身份证及复印件、相关部门出具的认定材料和医保费缴费收据向所在乡镇（街道）劳动保障服务中心申请。经所在乡镇（街道）劳动保障服务中心核实，并根据个人缴费补助相应标准、个人实际缴费档次造册，统一报民政、残联等相关部门审核确认后，向财政部门申请补助资金。财政部门应及时将补助资金划拨到所在乡镇（街道），乡镇（街道）通过银行代发的方式补助给个人。

上述（二）、（三）款人员参保后，经所在乡镇（街道）劳动保障服务中心核实后，在城乡居民医保信息管理系统加注标

识，按规定享受相应待遇。

第七条 参保人员的姓名、身份证号码、就业失业状况、生存状况、银行账号、特殊人群类型、在校情况、户籍所在地、居住地址、联系电话等信息之一发生变更时，本人或受托人应及时持相关证件和材料到村（社区）劳动保障服务站或乡镇（街道）劳动保障服务中心办理变更登记手续，并填写《城乡居民基本医疗保险变更登记表》。村（社区）劳动保障服务站或乡镇（街道）劳动保障服务中心、学校应对参保人员的变更信息核实，并及时录入城乡居民医保信息管理系统，于当月上传（报送）给社会保险经办机构。社会保险经办机构应及时完成审核确认工作。

第八条 参保居民实行按年度一次性缴费，缴费后不得变更当年缴费档次。当年未申报缴费档次的，按上年度缴费档次办理参保缴费。

第九条 符合《暂行办法》第九条第（二）、（三）款规定的特殊人群，可自主选择缴费档次。无论选择何种档次参保缴费，财政代缴补助标准不变，财政补助后的差额部分由个人缴纳。

第十条 特殊人群人员在用人单位就业的，用人单位应依法为其参加城镇职工社会保险，单位和职工共同缴纳社会保险费，本人停止享受居民医保个人缴费财政补助。如果与用人单位终止或解除劳动关系并参加居民医保后，符合补助条件的可按规定享受个人缴费财政补助。

第十一条 在待遇享受期生效前因就业、服兵役、户籍迁出或注销等原因，参保居民可向社会保险经办机构申请退还预缴的居民医保费。其它情形所缴纳的居民医保费不予退还。

第十二条 居民医保个人缴费逐步实行银行代扣代缴。

（一）银行代扣。县（市、区）和德阳经开区社会保险经办机构与银行签订医保费代扣代缴合作协议；参保居民与银行签订医保费代扣代缴协议，并在缴费截止日前将应缴的医保费足额存入指定账户。县（市、区）和德阳经开区社会保险经办机构通过城乡居民医保信息管理系统在每年9月至12月逐月生成银行代扣明细数据，并传递至合作金融机构。金融机构根据代扣明细数据从参保居民指定的银行账户上足额划扣医保费（不足额不扣款），并在扣款后的3个工作日内将医保费转入社会保险经办机构居民社会保险基金收入户，同时将扣款结果和资金到账凭证移交给社会保险经办机构。社会保险经办机构核对无误后，应将扣款结果数据导入城乡居民医保信息管理系统，并进行到账确认，建立个人缴费记录。

（二）银行代收。暂未签订银行代扣协议的参保居民，本人或受托人可到所在乡镇（街道）劳动保障服务中心或村（社区）劳动保障服务站领取《缴费通知单》，凭《缴费通知单》到协议银行一次性足额缴纳居民医保费。协议银行收到居民缴纳的医保费后，向居民出具收款凭据并在《缴费通知单》上加盖“现金收讫”印章。协议银行定期将收到的居民医保费转入社

会保险经办机构居民社会保险金基金收入户，同时将加盖公章的纸质缴费明细数据清单移交给社会保险经办机构。社会保险经办机构核对无误后，在城乡居民医保信息管理系统进行到账确认，并建立个人缴费记录。

（三）社会保险经办机构应及时将未缴费和银行代扣不成功的人员名单通知所在乡镇（街道）劳动保障服务中心，并通过村（社区）劳动保障服务站等渠道，以短信等形式通知参保人员，提醒居民及时缴费。

第三章 医疗保险待遇

第十三条 符合支付范围的药品、诊疗项目、卫生材料费用，超过城乡居民医保基金支付标准的，城乡居民医保基金不予支付，低于支付标准的部分据实纳入支付范围，其中：

（一）《四川省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》中规定的甲类药品费用纳入城乡居民医保报销支付范围；乙类药品费用由个人按规定比例先行负担后再纳入城乡居民医保支付范围。

参保患者由上级医院转入下级医院的，因序贯治疗使用的药品不受医院等级限制。

（二）诊疗项目和医疗服务设施报销范围按市人社局、市财政局、市卫计委、市发改委联合印发的《德阳市基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施管理办法》（德人社〔2016〕131号）

执行。

第十四条 有下列情形之一的参保居民，其待遇享受期按以下规定执行。

（一）续保居民在当年3月31日前接续上年度居民医保关系的，其待遇享受期为当年1月1日至当年12月31日。

（二）下列人员自取得相关证件或相关情形出现后3个月内参保缴费的，其医疗待遇享受期为参保缴费的次月1日至12月31日：

1. 新取得我市户籍的；
2. 新持有居住证的；
3. 退出现役的；
4. 刑满释放的；
5. 中断职工医保的。

（三）新生儿自出生之日起3个月内参保缴费的，或当年10月1日以后出生跨年度参保，并在补缴出生年度的居民医保费后，自出生之日起享受居民医保待遇。

本条（一）、（二）、（三）款所列人员超过3个月参保（续保）缴费的，其普通门诊、特殊疾病门诊待遇享受期为参保缴费的次月1日至当年12月31日；住院待遇从参保缴费的次月起满6个月后享受。

第十五条 参保居民住院医疗费用按照以下办法报销。

（一）报销金额=（符合居民医保支付范围的费用-起付标

准) × 报销比例。

1. 符合居民医保支付范围的费用=住院总费用-自费费用-乙类费用 × 乙类费用先行自付比例；

2. 住院总费用指当次住院实际发生的药品、检查、检验、治疗、床位、材料、手术、麻醉、护理等费用；

3. 自费费用包括基本医疗保险药品目录外的药品费用，不予支付的诊疗项目、卫生材料和服务设施费用，超出药品、诊疗项目、卫生材料和服务设施最高支付限价的费用；

4. 乙类费用包括乙类药品、部分支付的诊疗项目、卫生材料费用；

5. 居民医保乙类费用先行自付比例为 20%。

(二) 起付标准是指参保患者当次住院实际发生的符合居民医保支付范围的费用，在居民医保基金报销前，应由个人先行负担的费用。起付标准按《暂行办法》第十六条规定执行。

(三) 报销比例按《暂行办法》第十六条规定执行。

上述公式计算的报销金额按照《暂行办法》第二十一条的规定受当年度居民医保年度封顶金额的限制。

跨年度连续住院的，按照费用实际发生日期分别计入发生年度，起付标准按入院时标准计算 1 次，报销比例按出院时政策规定执行。

住院期间如遇居民医保政策调整，居民医保支付范围按费用发生时政策规定执行，起付标准按入院时标准计算，报销比

例按出院时政策规定执行。

第十六条 参保患者逐级转诊、双向转诊在 7 日内转入接诊医院的，在起付标准和报销比例上给予如下优惠。

（一）由下级定点医院逐级转往上级定点医院的，在上一级医院的住院起付金额只负担两个医院的差额部分；由上级定点医院转往下级定点医院的，起付金额只按所住最高级别定点医院标准负担。

（二）从三级医院转二级医院的，二级医院的当次住院费用报销比例在现行政策标准上提高 3 个百分点；从三级、二级医院转一级或未定级医院的，一级或未定级医院的当次住院费用报销比例在现行政策标准上提高 5 个百分点。

第十七条 参保居民门诊特殊疾病认定、诊疗范围、费用报销比例和限额按市人社局、市财政局、市卫计委联合印发的《德阳市基本医疗保险门诊特殊疾病管理办法》（德人社〔2016〕130 号）规定执行。

第十八条 参保居民普通门诊费、一般诊疗费、门诊诊查费的支付范围、费用结算、医疗服务管理等按市人社局、市财政局、市卫计委联合印发的《德阳市城乡居民基本医疗保险普通门诊管理办法》（德人社〔2016〕128 号）规定执行。

第十九条 参保人员在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，按规定报

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）《暂行办法》中所指的剖宫产医学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）《暂行办法》中所指的分娩严重并发症，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。

第二十条 门诊特定项目的医疗费用按以下规定执行。

（一）家庭病床治疗费用是指符合市人社局、市财政局、市卫计委联合印发的《德阳市基本医疗保险家庭病床管理办法》（德人社〔2016〕127号）规定的费用。

（二）院前必需的检查和治疗费用是指收治医院开具入院证前72小时至入院期间发生的，且与当次住院第一诊断直接相关的检查和治疗费用。

（三）日间手术费用是指符合市人社局、市财政局、市卫计委联合印发的《关于将日间手术管理费用纳入基本医疗保险支付范围的通知》（德人社〔2016〕129号）规定的费用。

第二十一条 《暂行办法》第二十三条规定的居民医保基金不予支付的情形还包括以下内容。

（一）挂床住院、不符合入院指征住院，或医院确定应当出院而拒绝出院的。

（二）经医疗保险经办机构审核认定为过度检查、治疗、

用药的。

(三) 已享受异地基本医疗保险待遇的。

(四) 取放节育器，实施人工流产、引产、绝育或复通手术的。

(五) 治疗和预防流产、胎儿发育迟缓的。

第二十二条 建档立卡贫困人口的有关医疗待遇按市卫计委、市人社局、市财政局、市扶贫移民办《关于做好国家扶贫攻坚验收医疗保障工作的紧急通知》(德市卫办〔2016〕185号)要求执行。

第四章 医疗服务和费用结算管理

第二十三条 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，并按照市人社局《关于加强基本医疗保险定点医药机构协议管理工作的通知》(德人社办〔2016〕370号)管理。

第二十四条 参保患者在本市发生的住院医疗费用，除不能排除第三人责任或不能排除工伤的，均应通过医疗保险管理信息系统即时结算。按规定应由居民医保基金支付的部分，定点医疗机构应每月与医疗保险经办机构结算。医疗保险经办机构审核后，按应拨付额的10%暂留服务质量保证金，并与信誉等级挂钩。服务质量保证金根据年度考核结果兑付。

第二十五条 参保患者出院需要带药的，急性病不得超过 3 天剂量，其他疾病一般不得超过 7 天剂量。

第二十六条 在异地长期居住、务工的人员是指在我市行政区域外连续居住或务工 6 个月以上的人员。上述人员在参保地医疗保险经办机构办理长期异地就医备案手续后，其医疗待遇按《暂行办法》第十六条规定执行。

上述人员需要在常住地外就医的，应在入院后 5 个工作日内通过电话、传真、医院网络等方式向参保地医疗保险经办机构备案。

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

第二十七条 市内居住的参保患者在异地联网结算医院住院治疗的，经向参保地医疗保险经办机构备案后，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、旅游等因急诊就医的，可在入院后 5 个工作日内通过电话、传真、医院网络等方式备案。

（二）受我市医疗条件限制需要转诊转院的，应在转诊转院前办理异地就医临时备案登记。

第二十八条 异地住院因不具备即时结算条件而使用现金结算的，由参保居民凭出院证、有效医疗费用票据、住院费用

清单、检查检验报告单、患者身份证复印件、本人开户银行及账号到户籍（居住）所在村（社区）劳动保障服务站或乡镇（街道）劳动保障服务中心或参保地医疗保险经办机构申请报销。

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手续的。

（二）就医定点医院尚未联入异地结算平台的。

第二十九条 参保患者就医发生符合规定的院前检查治疗费用、住院期间外院检查费用，在参保患者出院后，由本人或受托人凭有效发票、费用清单、处方、检查检验报告单、患者身份证复印件、本人开户银行及账号到户籍（居住）所在村（社区）劳动保障服务站或乡镇（街道）劳动保障服务中心或参保地医疗保险经办机构申请报销。

第三十条 门诊特殊疾病参保患者在异地就医购药因不具备即时结算条件而使用现金结算的，凭有效就医购药发票、费用清单、处方、检查检验报告单、患者身份证复印件、本人开户银行及账号到户籍（居住）所在村（社区）劳动保障服务站或乡镇（街道）劳动保障服务中心或参保地医疗保险经办机构申请报销。

门诊特殊疾病每年的费用可分 2 次集中报销，其中甲类、丁类门诊特殊疾病享受人员不受报销次数的限制。

门诊特殊疾病费用报销由医疗保险经办机构于每月上旬集

中受理。

第五章 大病保险和补充医疗保险

第三十一条 原城镇居民大病保险和农村居民大病保险整合为城乡居民大病保险，城乡居民大病保险筹资标准和待遇标准由市人社局、财政局、卫计委测算论证后，报市政府批准后执行。2017年城乡居民大病保险为选择一档缴费的参保人员按每人17元筹资，为选择二档缴费的参保人员按每人24元筹资，起付标准为一档8000元、二档10000元，报销比例比照原城镇居民大病保险政策执行。

第三十二条 参保居民可自愿参加城乡居民补充医疗保险。城乡居民补充医疗保险保障范围、起付标准、报销比例、封顶金额等由市人社局、财政局测算论证后，报市政府批准后执行。2017年城乡居民补充医疗保险缴费标准为：成人每人每年60元，学生和18周岁以下未成年人每人每年25元。城乡居民补充医疗保险保障范围、起付标准、报销比例、封顶金额等暂比照原城镇居民补充医疗保险相关规定执行。

第六章 附则

第三十三条 原城镇居民医保、新农合已认定的门诊特殊疾病享受人员纳入居民医保门诊特殊疾病人群管理，其待遇享受标准按照《暂行办法》规定执行。

第三十四条 《暂行办法》中的特殊人群，是指集中办理

参保登记当年7月31日符合享受个人缴费补助条件的人员;《暂行办法》中的老年人,是指集中办理参保登记当年12月31日前已满60周岁的人员;《暂行办法》中的未成年人,是指集中办理参保登记当年12月31日未满18周岁的人员。

第三十五条 《暂行办法》第八条中有关“未满18周岁的未成年人和中小学校、大中专(职)院校在校学生按第一档标准缴费”、第十五条“在校学生按第二档待遇标准享受医疗待遇”的规定,不适用于就读研究生及以上学历、非全日制、在职教育学习的人员。

第三十六条 原新农合家庭帐户结余资金,由医疗保险经办机构划入居民个人社会保障卡,用于支付家庭成员门诊和住院费用的个人负担部分。

第三十七条 《德阳市儿童白血病救治工作实施方案》(德市卫办发〔2012〕389号)、《关于开展儿童先天性心脏病救治工作的实施方案》(德市民〔2012〕203号)、《关于开展听障儿童专项救助活动的通知》(德残发〔2015〕44号)适用于居民医保参保人员。

第三十八条 2016年12月31日及以前,参保患者发生的未结算的住院医疗费用、门诊特殊疾病费用,原城镇居民医保参保患者按《暂行办法》第二档待遇标准报销,原新农合参保患者按《暂行办法》第一档待遇标准报销;2017年1月1日起发生的住院费用,按2017年所选择的参保缴费档次待遇标准报

销。

第三十九条 本实施细则涉及的各类业务经办表格，由市社保局、市医保局统一制定。

第四十条 县（市、区）和德阳经开区可结合工作实际制定参保缴费操作办法。

第四十一条 本实施细则由市人社局负责解释，与《暂行办法》一并施行，有效期两年。

信息公开选项：主动公开

抄送：省人力资源和社会保障厅，省医保局，市委办公室，市人大办公室，市政协办公室，市纪委，市中级人民法院，市检察院，德阳军分区。

德阳市人民政府办公室

2017年2月8日印发
