**2020年度城乡居民基本医疗保险政策宣传栏**

**一、城乡居民基本医疗保险参保范围和对象**

本市户籍的居民；长期居住本市并能提供居住证明的市外户籍居民，本市职业高中、大中专学校中市外户籍的在校学生。

**二、城乡居民基本医疗保险费的缴纳标准及参保缴费方式**

（一）每年的缴费标准由市上根据相关规定下达，2020年基本医疗保险个人缴费标准为250元/人；参保居民缴纳医疗保险费后不予退还。

（二）普通居民在村委会或社区参保并缴纳居民医疗保险费，也可自主到银行缴纳，或通过税务“居民医保缴费二微码”、手机银行“APP”、“工行e缴费”等进行缴纳。

具有本市户籍的居民参保时，家庭成员中有属特殊困难群体人员的，由户籍所在地民政、残联部门进行身份确认，所需缴纳的居民医保费由县财政代为缴纳。

应由征地部门代为缴纳居民医保费的被征地居民，由征地部门在参保缴费办理期内统一办理参保登记缴费。

建档立卡贫困户由县财政代缴保险费。

**三、城乡居民基本医疗保险待遇**

（一）普通门诊待遇。参保当年门诊就医每人每年可限额报销150元，家庭成员不能共享，未报销完的门诊统筹限额不能结转。2019年及以前结转的普通门诊统筹费可用于支付当年普通门诊医疗费报销比例自付部分和住院医疗费个人承担部分。

（二）住院医疗费的报销待遇。符合居民医保政策报销范围内的住院费用，其起付线、报销比例按下表执行：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型、标准 | 市内定点医疗机构级别 | | | 市外定点医疗机构级别 | |
| 一级及以下 | 二级 | 三级 | 省内三级 | 其他 |
| 起付线（元） | 200 | 400 | 900 | 900 | 按住院总费用先由个人自费30%，剩余部分按45%报销。 |
| 报销比例（%） | 85 | 75 | 50 | 50 |

建档立卡贫困户县域内医疗机构住院，政策范围内费用的基本医疗保险、大病补充医疗保险和精准扶贫倾斜支付合计报销比例为90%。

参保居民因病住院在市内转院的，由下级医院转上级医院，起付线实行补差；由上级医院转下级医院的起付按最高标准只收取一次。首诊直接到市内三级医院或由一级及以下医院直接转三级医院的，起付线不享受补差，且报销比例在同等基础上降低10%（急危重症 和实行特殊定点治疗的传染病除外）。

（三）生育待遇。参保居民因生育发生的住院医疗费实行限额补助，补助标准为：自然分娩800元，剖宫产1300元，多胎每增加一个婴儿，补助金额增加200元。病理剖宫产，符合居民医保报销范围内费用按参保居民住院报销，不再享受限额补助。

**四、城乡居民住院申报及医疗费用报销程序**

（一）基本医疗保险参保人员因病在市内联网定点医疗机构住院的，应在入院后至出院前凭《中华人民共和国社会保障卡》或身份证（户口本）在所住医院的医保科办理申报手续。出院时同样凭上述证件在所住医院的医保科办理出院手续并报销医疗费，只付给医院应由本人承担的医疗费用。

（二）参保人员因病在市外联网医院治疗的，应在入院后至出院前采用四川医保APP登录、或电话联系县医保事务中心备案（备案及咨询电话：0831-2621064、2639186、2639187），备案成功后凭《中华人民共和国社会保障卡》到所住医院的医保科办理申报手续。出院时同样凭《中华人民共和国社会保障卡》在所住医院的医保科办理出院手续并报销医疗费，只付给医院应由本人承担的医疗费用。

（三）参保人员在未联网结算的定点医疗机构住院的，费用全部由参保人员个人先垫付，出院后凭出院证、费用明细汇总清单（必要时应提供每日费用清单）和医疗机构统一发票原件到县医保事务中心报销医疗费，并提供本人的《中华人民共和国社会保障卡》复印件，属意外伤害的还须提供外伤承诺书和住院病历复印件。也可在本村医疗保险定点卫生站（室）、乡镇卫生院和县医保事务中心窗口提交上述资料。

基本医疗保险参保缴费咨询电话：0831-2623160

基本医疗保险监督举报电话：0831-2624393

**五、城乡居民大病（补充）医疗保险**

（一）缴费。由居民基本医疗保险基金为每个参保人员统一缴纳。

（二）大病（补充）医疗保险待遇。政策范围内的住院医疗费及三类门诊特殊疾病的门诊医疗费，基本医疗保险报销后的个人承担部分纳入补充医疗保险报销，起付线为10000元（透析人员为6500元），其中10001-40000元报销52%，40001-60000元报销62%，60000元以上的部分报销82%，全年无封顶线。建档立卡贫困户在此基础上起付线降低50%、报销比例提高5%。