

奉化区城乡居民医疗保险服务指南

从2017年1月1日起我区全面实行城乡居民医保制度,医保年度将统一调整为每年1月1日至12月31日。2018年我区城乡居民医保参保人数达28万余人,为使参保人员对城乡居民医保主要政策和医保待遇有进一步的了解,特制定本指南。

1. 如何办理城乡居民医保的参保缴费手续?

各类城乡居民应在每年集中参保期限内到户籍所在地村、居委会经办部门办理参保缴费手续,并应随带以下资料:首次参保的,应提供参保人员户口簿原件及复印件、居民身份证或社保卡原件及复印件。续保的,应提供参保人员户口簿原件及复印件。由代办人代为办理的,应同时提供代办人的居民身份证原件及复印件。

在本区各类学校就读的学生由所在学校统一办理参保缴费手续。

符合享受缴费补助条件的人员(重点优抚对象、残疾等级为一级或二级的残疾人、低保对象、扶助对象、国家供养对象)提供有效期内证件或证明材料原件及复印件。

城乡居民医疗保险按年度参保,按年度享受医疗待遇。符合参保条件的各类人员均在参保缴费期内一次性办理参保或续保缴费手续(新生儿、补办人员除外)。

在年度参保(续保)缴费期内漏保的居民,可在年度中间到区医保中心补办参保缴费手续。对补办的除下列人员在补办当月享受医保待遇外,其余人员有3个月的待遇享受等待期。医保待遇享受至当年度末。

(1)本区城乡居民基本医疗保险中断一个半月内人员。

城乡居民参加医保后住院医疗待遇享受一览表

人员类别	住院医疗费(年度内累计计算),发生金额30万元以上基金不再支付		
	起付标准以下	起付线至4万元(含)	4万元至30万元(含)
成年居民A档	医疗费在起付线以下部分由个人自负,起付线额度: 三级医院1200元; 其他医院600元; 社区医院300元	社区医院就医由医保基金支付80%; 三级及其他医院就医由医保基金支付70%,其余由个人承担	社区医院就医由医保基金支付85%; 三级及其他医院就医由医保基金支付75%,其余由个人承担
婴幼儿及各类学生		社区医院就医由医保基金支付85%; 三级及其他医院就医由医保基金支付80%,其余由个人承担	社区医院就医由医保基金支付90%; 三级及其他医院就医由医保基金支付85%,其余由个人承担
人员类别	住院医疗费(年度内累计计算),发生金额20万元以上基金不再支付		
	起付标准以下	起付线至4万元(含)	4万元至20万元(含)
成年居民B档	医疗费在起付线以下部分由个人自负,起付线额度: 三级医院1200元; 其他医院600元; 社区医院300元	社区医院就医由医保基金支付75%; 三级及其他医院就医由医保基金支付65%,其余由个人承担	社区医院就医由医保基金支付80%; 三级及其他医院就医由医保基金支付70%,其余由个人承担

(2)职工医疗保险参保中断次月起三个月内转入人员。

(3)部队转业(复员)转入本区户籍(学籍)次月起三个月内人员。

(4)本区户籍年度内新出生婴儿在出生次月起3个月内的参保人员,其出生之日起至年末享受医保待遇。

2. 参加城乡居民医保后,可享受什么样的门诊医疗待遇?

成年居民A档、婴幼儿及各类学生门诊医疗待遇:年度内门诊医疗费4000元(含)以下,社区医院基金承担60%、三级医院基金承担30%、其他医院基金承担45%;成年居民B档社区医院基金承担50%、三级医院基金承担20%、其他医院基金承担35%。

3. 参加城乡居民医保后,可享受什么样的住院医疗待遇?(见上表)

4. 门诊特殊病种可享受什么样医疗

待遇?

门诊特殊病种治疗项目同城镇职工基本医疗保险,医疗待遇限于门诊治疗形式。在一个医保年度内累计计算,成年居民A档、婴幼儿及各类学生年度医疗费用总额25万元以内个人分别承担30%和20%,成年居民B档年度医疗费用总额15万元以内个人承担30%,超出部分自理。

5. 参保人员患大病个人负担很重,有什么补助?

实行城乡居民大病补助政策,各类参保人员住院和门诊特殊病种治疗政策范围内医疗费中,年度内个人自负和个人承担的医疗费超过2万元以上部分,由大病保险资金按下列比例予以补助:2万元至5万元部分,补助50%;5万元至10万元部分,补助55%;10万元以上至50万元,补助60%;最高补偿合规(或有

效)医疗费限额50万元。

6. 享受待遇后如何看病结算?

参保人员因病需要治疗的,凭本人的《居民医疗保险病历本》、社会保障卡可在宁波市大市范围内的医保定点医疗机构刷卡就医。参保人员进行特殊病种治疗、转外地就医以及参保人员6个月以上居住外地需异地定点就医的,应事先办理相关核准手续。各类就医项目核准手续同城镇职工医保。

在宁波市内定点医疗机构发生的医疗费属于个人负担部分,由个人支付;属于医保基金支付的,由定点医院按规定向区医保中心结算。转外及异地定点就医的医疗费未直接刷卡结算的可申请零星报销。

待遇享受期内的育龄妇女如果符合国家计划生育政策生育的,可凭相关材料在婴儿出生后6个月内向参保的区医保中心申领生育医疗费定额补助。



2月27日,区人社局、区医保中心在人力资源市场开展医保宣传月暨跨省异地就医住院费用直接结算政策咨询活动。

记者 朱晓冬
通讯员 张桥波

医保历年个人账户家庭共济知识知多少

“我的医保历年账户有很多,怎么给家人使用?”我区实施家庭共济网政策以来,共济网政策一直是咨询的热点,为大家进行详细解读。

——什么是家庭共济网

参加宁波市职工基本医疗保险、且历年个账有结余的参保人员(以下简称发起人),可根据家庭成员的需求,申请建立家庭共济网,将发起人本人及父母、配偶、子女纳入共济网。共济网内成员可以申请建立本人的共济健康账户,将本人历年个账资金的部分或全部划入共济健康账户。就医结算时,共济健康账户资金可按规定由共济网内成员使用。

——怎样组建家庭共济网

发起人可以通过宁波医保通APP在手机端办理,也可以通过医保中心窗口或就近街道(乡镇)社保服务站(劳动保障站)内的自助服务设备办理,每位参保人员只能加入一个共济网。

建网后,参加本区职工基本医疗保险的网内人员可以将本人历年个账资金的部分或全部划入家庭共济网,存放该部分资金的账户叫共济健康账户,多位成员建立共济健康账户的,发起人应指定共济健康账户的使用顺序,其中发起人为第一使用顺序。

——共济健康账户资金如何划转

共济网发起人及网内成员建立本人的共济健康账户后,可以将历年个账资金划入本人共济健康账户,也可以将共济健康账户资金重新划回到历年账户。资金的划转可以通过宁波医保通APP或人力社保自助服务设备办理。

——共济健康账户资金如何使用

就医结算时,共济健康账户资金可按规定供自己和网内成员使用。结算时,先使用本人历年个账资金,后使用本人共济健康账户资金。历年个账不足使用或本人无医保历年个账的,按预先设定的支付顺序使用共济健康账户资金。一次结算只能使用一个共济健康账户资金。共济健康账户资金的使用顺序由发起人进行更改。

跨省异地就医住院费用直接结算十问

随着经济的发展,人员的流动性不断增加,如何解决流动人员的异地就医成为了关系民生的重要难点,是党和政府密切关注的重点,2017年6月全国异地就医联网结算正式上线运行,8月城乡居民医保全部纳入异地就医结算系统。

1. 跨省异地就医住院费用直接结算好处有哪些?

过去:报销周期长,垫付压力大,个人负担重,往返奔波累。参保人员异地就医自己先垫资,再回参保地报销。

现在:省心、省时、省力、省钱!只需支付个人负担的医疗费用;医保支付费用,由医保与医院直接结算。

2. 哪些人群受益?

主要有四类群体:
一是异地安置退休人员,也就是退休后在异地定居并迁入户籍的人员。比如回原籍居住的退休知青,退休前在工作地参保,现在退休回原籍居住了。

二是异地长期居住人员,在异地居住生活的人员。比如到北京这样的大城市,随子女居住,帮助带孩子的老年人。

三是常驻异地工作人员,用人单位派驻异地工作的人员。比如有一些驻外的办事处,这些员工长期在外面工作。

四是异地转诊人员,因当地医疗机构诊断不了或者可以诊断,但是治疗水平有限,需要到外省就医的患者。

全国职工医保、城镇(乡)居民医保参保人员,无论是在异地长期居住还是工作,还是因客观需要转诊到异地住院,都可以享受医保直接结算。

3. 程序怎么走?

第一步先备案,先在参保地医保经办机构备案。
第二步选定点,选择跨省定点医疗机构就医。

第三步持卡就医,一定要带上全国统一标准的社会保障卡就医。

以上步骤一步也不能少!

4. 如何办理备案?

(1)备案地点,参保地经办机构。
(2)备案信息,有两个关键信息,一是备案原因,要写清楚是异地安置或居住、常驻工作,还是转诊转院等;二是就医地点,填写你需要去看病的地方。

(3)跨省定点医疗机构,人社部定期公布跨省异地就医定点医疗机构,群众可通过社会保险网上查询系统(sj.12333.gov.cn)实时查询;或拨打参保地12333电话、参保地社会保险经办机构的电话咨询。

参保人员登记备案成功后,备案信息就实时上传至国家异地就医结算系统。

5. 政策很复杂吗?

政策很简单,3句话15个字。

(1)就医地目录,包括基本医疗保险

的药品目录、诊疗项目和服务设施标准。

(2)参保地待遇,执行参保地的起付线、支付比例和最高支付限额。

(3)就医地管理,就医地经办机构要为异地就医人员提供和本地参保人员相同的服务和管理,包括咨询服务、医疗信息的记录、医疗行为的监控、医疗费用的审核等。

6. 能举个例子吗?

小张在海南工作,跟随小张一起生活的父亲老张,医保关系在老家河北,老张异地定居申请了异地就医长期备案。老张住院直接持社会保障卡结算时,依照的医保目录要按海南的规定执行,而住院起付线、报销比例、支付限额等,仍按照河北的医保规定执行。

7. 异地住院结算时,万一不成功怎么办?

国家平台建立了报销联系处理机制和系统应急处理机制,随时响应处理问题。异地就医人员如果持卡结算时报错,请首先确认本人是否备案了,就医的医院是不是跨省定点医疗机构,这两点都没问题,请医疗机构医保办工作人员帮助联系定点医疗机构所属的统筹地区社保经办机构,第一时间排查解决持卡结算问题。

8. 选择跨省定点医疗机构方便吗?

人社部将继续扩大异地就医直接结算定点医疗机构数量,争取实现县级、重