

太原市城镇居民（大学生）基本医疗保险

一、参保缴费

（一）哪些人可以参加我市城镇居民基本医疗保险？

1. 具有本市城镇户口，不属于城镇职工基本医疗保险制度覆盖范围的城镇居民；
2. 本市辖区内的高校、中专、技校、中小学有本校学籍的在校学生；
3. 自愿选择参加城镇居民基本医疗保险的灵活就业人员、困难归侨侨眷、农民工和本地就读的学生（不受户籍限制）；
4. 未参加职工基本医疗保险的困难或关闭破产企业职工；
5. 流动人口（无雇工的个体工商户、非全日制从业人员）；
6. 本市宗教团体宗教教职人员；
7. 武警山西总队太原支队基层官兵；
8. 我省公安监所被监管人员；
9. 非参保期内出生的具有我市城镇户籍的新生儿；
10. 非参保期内我市民政部门社会福利院收养的社会弃婴。

（二）城镇居民基本医疗保险什么时间缴费？

城镇居民基本医疗保险每年缴费一次，9月1日至12月20日办理参保缴费，次年1月1日起至12月31日可享受基本医疗保险待遇。大学生首次参保缴费的，享受待遇时间为缴费次月1日至次年12月31日。

（三）在哪办理城镇居民基本医疗保险参保登记手续？需要携带什么材料？

太原市居民在户口所在县（市、区）的社区办理参保登记手续；

学生由学校集体组织在辖区内的县（市、区）医保经办机构办理；灵活就业人员、农民工和困难归侨侨眷可在居住地或就业单位所在辖区的社区办理；武警基层官兵、宗教教职人员、社会弃婴、公安监所被监管人员分别由武警山西总队太原支队、各级民族宗教事务局、各级民政部门社会福利院、各级公安局集中办理。

办理参保登记时，须携带《户口簿》、《居民身份证》原件及其复印件、近期一寸红底免冠照片两张（诊疗手册和登记表各一张）三种材料。享受城镇低保待遇的人员办理参保登记时，除了上面所说的三种材料，还须携带《低保证》的原件及其复印件；低收入家庭 60 周岁以上的老年居民办理参保登记时，除了上面所说的三种材料，还须携带民政局的相关证明文件及复印件；丧失劳动能力的重度残疾人办理参保登记时，除了上面所说的三种材料，还须携带《残疾证》原件及其复印件；灵活就业人员、农民工和困难归侨侨眷办理参保登记时，除了上面所说的三种材料，还须提供本市居住证原件及其复印件或就业单位证明原件。

流动人口在我市参加城镇居民基本医疗保险，凭居住证和户口所在地社会保险经办机构或街道办事处、村（居）民委员会出具的未参保证明或转移手续，向所在社区或学校提出申请，由社区或学校统一到居住地县（市、区）社会保险经办机构办理参保和缴费手续。

非参保期内出生的新生儿，出生当年取得我市城镇户籍后监护人携带新生儿的《户口簿》、《出生证》原件及其复印件到户口所在地县（市、区）社会保险经办机构免费办理参保手续。

（四）如何组织学生参保缴费？

学生参加基本医疗保险是享受城镇居民基本医疗保险待遇的前提条件。山西省人力资源和社会保障厅、教育厅《关于进一步做好学

生参加基本医疗保险工作的通知》(晋人社厅发〔2011〕81号)文件要求:学生参加学校所在地城镇居民基本医疗保险,由学校负责组织,按照参保登记和缴费同时进行的方式,统一办理参保缴费等相关手续,并按年度上缴给医疗保险经办机构。新生入学时办理参保手续,年底前将在校学生全部纳入城镇居民基本医疗保险的范围。对不参保的学生要求家长写出书面申请并签字(书面申请由学校保存以备查阅),严格把好各级各类学生“漏保”关。

(五)城镇居民基本医疗保险各级财政补助标准以及个人缴费标准是多少?

2014年,城镇居民基本医疗保险财政补助标准每人320元/年。其中,阳曲县、娄烦县各级财政补助标准为:中央财政补助220元,省级财政补助50元(省属大学生100元),市、县两级财政补助各25元;其他县(市、区)各级财政补助标准为:中央财政补助180元,省级财政补助70元(省属大学生140元),市、县两级财政补助各35元。

城镇居民基本医疗保险个人缴费标准是:普通成年人180元/年,未成年人(含大学生)40元/年。成年低保对象个人缴费80元/年,未成年低保对象个人缴费20元/年,低收入家庭60周岁以上的老年人(现指低保对象)、丧失劳动能力的重度残疾人、未成年重度残疾人,个人不缴费。

从2015年1月1日起,参保居民个人不再缴纳大病医疗保险费。

二、住院待遇

(一)城镇居民基本医疗保险年度最高支付限额是多少?

2014年1月起,城镇居民基本医疗保险统筹基金年度最高支付

限额由 6 万元提高到 7 万元。

（二）城镇居民基本医疗保险住院起付标准是多少？

在一个医疗保险年度内，城镇居民基本医疗保险住院起付标准是：一级、二级、三级医院首次分别为 200 元、400 元、800 元，二次减半，三次不再设起付标准。

（三）城镇居民基本医疗保险住院统筹基金支付比例是多少？

2012 年 1 月起，在一个医疗年度内，参保居民在一级、二级、三级医院住院时，基本医疗保险统筹基金起付标准以上、最高支付限额以下，符合政策规定的医疗费用，统筹基金支付比例分别为 85%、70%、60%；城镇居民连续缴费满两年的，从第三年起，待遇支付每年可增加 1%，最高增加 5%；急诊住院为 50%；转诊外地三级医院为 55%。

（四）城镇居民基本医疗保险“乙类目录”自付比例是多少？

2012 年 1 月起，基本医疗保险参保人员住院时，城镇居民基本医疗保险使用“乙类目录”药品的费用和支付部分费用的诊疗项目，个人先自付 15%，使用进口医用材料个人先自付 20%。

（五）新生儿如何享受城镇居民基本医疗保险待遇？

2012 年 1 月起，新生儿在取得我市城镇户籍后，由其监护人携带《户口簿》、《出生证》原件及复印件，到户籍所在地的县（市、区）城镇医疗保险经办机构办理参保登记、不缴费，并领取诊疗手册。每年 11 月 30 日前出生的新生儿，须在出生当年办理参保登记；12 月份出生的新生儿可在下年度办理参保登记。

新生儿参保后，可享受出生当年的城镇居民基本医疗保险待遇，无个人门诊统筹账户；12 月份出生的新生儿可享受出生当年和次年的城镇居民基本医疗保险待遇。

新生儿参保登记后发生住院费用时，可凭诊疗手册在定点医疗机

构按医保流程进行实时结算；参保登记前发生的住院费用，可在参保登记后由其监护人持出院证、财税部门统一监制的住院票据、《诊疗手册》复印件、个人（家长）银行卡信息，到参保的县（市、区）医保经办机构办理报销手续。

（六）城镇居民基本医疗保险对未成年人（大学生）六种重大疾病进行二次报销有何规定？

2012年10月1日起，参加我市城镇居民基本医疗保险的未成年人（大学生）均可享受此待遇。六种重大疾病病种：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、先天性肺动脉瓣狭窄；对第一诊断为标危或中危的急性淋巴细胞白血病，以及第一诊断为急性早幼粒细胞白血病。

符合条件的参保患者，由本人或家属到救治定点医院（先心病救治定点医院：山西省人民医院、山西医科大学第一医院、山西医科大学第二医院、山西省妇幼保健院、山西大医院、山西省心血管病医院；白血病救治定点医院：山西省人民医院、山西医科大学第一医院、山西医科大学第二医院、山西省妇幼保健院、山西大医院、山西省肿瘤医院）提出申请。

未成年人（大学生）六种重大疾病，在一个医疗年度内医疗费用报销不设最高支付限额；乙类项目不再承担自付部分；一次报销和二次补偿合计报销比例为80%；在定点医院及时结算。转外就诊的患者报销比例降低5%。

（七）参保居民在什么情况下发生 急诊住院费用后可以报销？

参保居民因危、急、重病在同一定点医院急诊门诊抢救后转住院继续治疗的，急诊费用可并入住院费用通过信息网络实时结算；

参保居民因危、急、重病在同一非定点医院急诊门诊抢救后转住

院继续治疗的,由各县(市、区)医疗经办机构审核确认急诊就医与住院治疗为同一病种的,急诊门诊费用可并入住院费用一并计算,参保患者按就诊医院等级负担一次起付线,统筹基金支付 50%,个人自付 50%;

参保居民因危、急、重病在定点医院急诊门诊抢救无效死亡的,急诊门诊费用由各县(市、区)医疗经办机构审核确认,参保患者按就诊医院等级负担起付线,统筹基金支付 50%,个人自付 50%;

参保居民急诊门诊就医后没有转住院继续治疗的或转往其他医院继续治疗的,急诊门诊费用均不予报销。

(八) 参保居民发生的生育住院费用是否可以报销?

参保居民参保满一年且第二年继续缴费的,参保期内发生符合国家和省、市计划生育政策规定的生育医疗费用统筹基金最高可支付 1200 元。

住院结束后持准生证和出生证原件及复印件、出院证、财税部门统一监制的住院票据,到县(市、区)医保经办机构办理报销手续。

(九) 参保居民发生的意外伤害住院费用是否可以报销?

根据太原市人民政府办公厅《关于做好 2010 年城镇居民基本医疗保险有关工作的通知》(并政办发〔2009〕105 号)规定,将参保居民发生的意外伤害住院费用纳入城镇居民基本医疗保险统筹基金支付范围。

三、门诊待遇

(一) 参保居民如何使用城镇居民基本医疗保险门诊统筹金?

城镇居民基本医疗保险门诊医疗统筹资金支付额度为成年人每人 40 元/年,学生及学龄前儿童每人 25 元/年,门诊统筹基金由各县

(市、区)医疗保险经办机构管理。门诊统筹金不退还、不转移、不继承。

参保居民持《诊疗手册》在所选择的首诊定点医院或与首诊定点医院相关联的社区卫生服务中心(站)门诊使用,在定点医疗机构即时结算,参保缴费年度可以使用门诊统筹金。

(二) 参保大学生门诊统筹如何建立及使用?

我市从2011年开始建立大学生基本医疗保险门诊统筹,2013年1月起大学生门诊统筹标准调整为每人40元/年。医疗保险经办机构按照高校大学生参保缴费人数和门诊统筹标准累计额计算,将资金划拨到高校基金专户,由各高校管理。

大学生门诊统筹具体补助办法及比例由高校医疗保险定点医疗机构根据每学年门诊统筹费用结余情况制定。指导性意见:参保大学生在高校医疗保险定点医疗机构门诊就医时,发生符合规定的医疗费用,由门诊统筹金支付,起付标准为30元,起付标准以上费用,按80%的比例支付,门诊统筹金年度最高支付限额为400元。各高校医疗保险定点医疗机构每学年末对门诊统筹费用的支付进行结算,结算后如有结余,应对门诊费用较高的学生实施二次补助。

(三) 未成年人(含大学生)意外伤害门诊医疗费如何报销?

未成年人(含大学生)意外伤害门诊医疗费用(符合国家、省“三个目录”范围内的医疗费用),由城镇居民基本医疗保险统筹基金支付。

意外伤害门诊报销:不设立起付线,乙类项目不再承担自付部分,按80%的比例报销,年度最高支付限额2000元。

提供材料:个人情况说明(必要时提供社区证明或学校证明或公安机关证明)、门诊病历、财税部门统一监制的门诊票据、《诊疗手

册》复印件、个人（家长）银行卡信息。

报销地点：选择首诊医院所属的县（市、区）医疗保险经办机构。

（四）门诊慢性病（门诊大额疾病）如何申请？有那些病种？如何报销？

参保居民参保满一年且第二年继续缴费的，持《诊疗手册》、携带相应病种的住院病历复印件、近期红底免冠照片一张，随时到有鉴定资格的定点医院医保科进行申请（医院名单另附）。

门诊大额疾病病种：门诊血液透析，肿瘤放射性治疗、恶性肿瘤化疗，脏器移植后服用抗排异药，肺源性心脏病，慢性白血病，血友病，丙型肝炎（一年治疗期）。

经定点医院科主任初审、专家组审核通过的门诊大额疾病参保患者，可在申请的定点医院享受门诊大额疾病医疗待遇。属门诊大额疾病支付范围内的医疗费用，不设立起付线，乙类项目不再承担自付部分，统筹基金按 75% 的比例支付，但最高不超过统筹支付限额，患者按 25% 比例自付，在定点医院即时结算。

（五）门诊慢性病（定额病种）如何申请？有那些病种？如何报销？

参保居民参保满一年且第二年继续缴费的，在每年 5 月或 11 月，持《诊疗手册》、携带六个月前相应病种的住院病历复印、近期红底免冠照片一张，到有鉴定资格的定点医院进行申请（医院名单另附）。

定额病种：癫痫病、风湿性心脏病、肝硬化、高血压三级极高危、股骨头坏死、冠心病合并急性心梗、活动性结核、甲状腺功能亢进、甲状腺功能减退、类风湿性关节炎、慢性再生障碍性贫血、慢性支气管炎、慢性中（重）度病毒性肝炎、脑血管后遗症致神经功能损伤、帕金森氏症、强直性脊柱炎、肾功能不全、糖尿病合并心脏病、糖尿

病合并视网膜病变、糖尿病合并肾病、糖尿病合并肢端坏疽，系统性红斑狼疮、重度精神分裂症、干燥综合症、下肢动脉硬化闭塞症、冠心病未行支架术或搭桥术、青光眼、情感性精神障碍。

经定点医院初审、医保中心复审通过的门诊慢性病参保患者，可于当年7月或次年1月在申请的定点医院或选定的定点医疗机构享受门诊慢性病待遇。属门诊慢性病支付范围内的医疗费用，在一个自然年度内，按照定额管理，统筹基金按80%的比例支付，但最高不超过统筹支付限额，患者按20%比例自付，在定点医院即时结算。每年12月25日前将所需药品及治疗费用结算完毕，跨年度不再结算。

四、相关待遇

（一）参保居民如何办理转外就医？如何办理报销？

参保居民因病情需要确需转外地就医的，需经省人民医院、山医一院、山医二院、山西大医院、省妇幼保健院、省肿瘤医院、省心血管病医院、省眼科医院、省第二人民医院、市中心医院、市第三人民医院、市结核病医院确诊同意，可转往国内的公立三级甲等医院就医。

住院结束后持出院证、诊断建议书、财税部门统一监制的住院票据、住院费用汇总明细、住院病历复印件（住院材料须盖医院章）、《诊疗手册》复印件、个人（家长）银行卡信息；到转出医院办理报销手续。

（二）参保居民办理异地备案的条件？如何办理异地备案手续？如何办理报销？

参保居民参保满一年且第二年继续缴费的；在异地居住学习，且在异地学校上学三个月以上的我市城镇户籍未成年参保居民；在异地

居住，且领取异地《居住证》六个月以上男年满 60 周岁、女年满 55 周岁的我市城镇户籍参保居民。

持身份证或《户口薄》原件及复印件，异地就读学校证明（社区证明）或异地《居住证》原件及复印件，填写《太原市城镇居民基本医疗保险异地备案人员登记表》；到选择的首诊医院申请，县（市、区）城镇医疗保险经办机构审核。

住院结束后持出院证、诊断建议书、财税部门统一监制的住院票据、住院费用汇总明细、住院病历复印件（住院材料须盖医院章）、《诊疗手册》复印件、个人（家长）银行卡信息；到首诊医院比照太原市城镇居民医保同等级医院住院管理办法给予报销；在异地发生的门诊医疗费用不予报销。

（三）大学生寒暑假期间发生的住院医疗费用如何报销？

大学生寒暑假期间，在回原籍住院治疗产生的医疗费用，根据相关规定，比照太原市城镇居民基本医疗保险同等级医院住院管理办法给予报销。

住院结束后持出院证、诊断建议书、财税部门统一监制的住院票据、住院费用汇总明细、住院病历复印件（住院材料须盖医院章）、《诊疗手册》复印件、个人银行卡信息；到校医院办理报销手续。

（四）大学生非寒暑假期间发生的住院医疗费用如何报销？

1. 七天小长假期间，大学生回原籍住院治疗产生的医疗费用，根据相关规定，比照太原市城镇居民基本医疗保险同等级医院住院管理办法给予报销。

2. 节假日期间（含双休日），大学生回原籍住院治疗产生的医疗费用，根据相关规定，比照太原市城镇居民基本医疗保险急诊管理办法给予报销。

3. 办理休学手续在原籍或实习期间在实习地住院治疗产生的医疗费用，由学校开具休学或实习证明，比照太原市城镇居民医疗保险同等级医院住院管理办法给予报销。

住院结束后持出院证、诊断建议书、财税部门统一监制的住院票据、住院费用汇总明细、住院病历复印件（住院材料须盖医院章）、《诊疗手册》复印件、个人银行卡信息；到校医院办理报销手续。

（五）参保居民省内异地住院就医即时结算

我市参保居民在本省内异地住院就医不再进行备案登记，而是直接在就医地就医结算即可。

在办理住院手续时，参保人员持社会保障卡在就医地医保定点医院进行住院登记，同比太原市城镇居民医疗保险住院管理办法即时结算。

五、服务管理

（一）如何选择城镇居民基本医疗保险定点医疗机构就医？

城镇居民基本医疗保险的参保人员门诊就医后，由门诊统筹金支付医疗费的管理，仍按原规定由参保人选择的首诊定点医疗机构进行就医及费用结算管理。从2012年1月起，参保人员住院就医不受现行首诊定点医疗机构限制，可选择任何一所太原市城镇居民基本医疗保险定点医疗机构就医并直接结算费用。

（二）太原市城镇居民基本医疗保险转移到城镇职工基本医疗保险，如何折算年限？

太原市城镇居民基本医疗保险转移到城镇职工基本医疗保险，以城镇居民参加居民基本医疗保险的实际缴费年限进行折算，每满一年城镇居民基本医疗保险实际缴费年限折算三个月职工基本医疗保险

实际缴费年限。

（三）参保居民发生的哪些医疗费用统筹基金不予支付？

参保居民发生的医疗费用有下列情形之一的，统筹基金不予支付：

1. 在本市非定点医疗机构治疗的（急诊住院除外）；
2. 未经批准转外地医疗机构治疗的；
3. 不符合山西省基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施范围标准的医疗费用；
4. 未按规定期限结算的住院医疗费用；
5. 私自涂改处方或自行开方索取的药品费用；
6. 在国外或港、澳及台湾地区发生的医疗费用；
7. 因违法犯罪、打架、斗殴、酗酒、自残、自杀、吸毒以及交通事故、医疗事故等发生的医疗费用；
8. 按照国家和省规定应当由个人支付的医疗费用。