

2019年度常州市本级城乡居民基本医疗保险宣传提纲

(2019年1月)

一、2019年度参保对象及缴费标准

常州市市本级(市本级包括新北区、天宁区、钟楼区)城乡居民基本医疗保险(以下简称“居民医保”)按年度参保,每年1月1日起至12月31日止为一个保险年度。2019年度居民医保的集中参保缴费期为2018年9月1日起至11月20日止。参保人员办理2019年度的参保登记、缴费及免缴确认等手续一律在2018年11月20日前完成,参保人员须一次性缴纳一个保险年度个人应承担的保费。参保人员通过江苏省社会保障卡(以下简称“省社保卡”)缴费,在集中缴费期内应随时确保省社保卡金融功能已激活且随时保证账户内留存足够的保费,防止扣费失败,影响居民医保待遇享受。

参保对象	个人缴费标准
未成年居民(含新生儿)	240元/人
在常高校大学生	180元/人
非从业居民(18周岁以上不在职工基本医疗保险覆盖范围内,且男不满60周岁,女不满50周岁的市本级户籍居民)	700元/人
老年居民(男年满60周岁及以上、女年满50周岁及以上的市本级户籍居民)	600元/人
非我市市本级户籍流动就业人员(18周岁以上,且男不满60周岁、女不满50周岁)	1500元/人
市本级户籍的困难群众(无固定收入的重度残疾人、低保人员、重点抚恤优抚对象、三无人员、孤儿、五保户等)、农村建档立卡低收入人口。	政府承担

二、如何办理参保缴费手续

(一)集中参保缴费期首次参保缴费

人员类别	参保缴费方式	携带材料
新北区 天宁区 钟楼区 居民	至户籍(居住证)所在地街道(镇)人社所办理参保登记,通过省社保卡进行代扣代缴。	基本材料: 本人居民身份证或户口簿; 附加材料: 低保人员-《常州市城乡居民最低生活保障动态管理证》;重度残疾人员-《中华人民共和国残疾人证》;非我市市本级户籍流动就业人员-《居住证》。
在校中小 小学生(不 包括幼儿 园幼儿)	由学校统一宣传告知。参保人至户籍(居住证)所在地街道(镇)人社所办理参保登记,通过省社保卡代收保费。	基本材料: 本人居民身份证或户口簿; 附加材料: 外地户籍学生提供《居住证》、《在校证明》。
在常高校 大学生	由学校统一办理,代收保费。	---

(二)集中参保缴费期续保缴费

人员类别	缴费方式
新北区、天宁区、钟楼区居民	通过省社保卡进行缴费。
在校中小 小学生(不 包括幼儿 园幼儿)	
在常高校 大学生	由学校统一办理,代收保费。

(三)特殊情形参保缴费

1.新生儿参保及待遇享受

新生儿自出生之日起3个月内,如法定监护人为其及时办理参保并缴费成功的,新生儿的居民医保待遇费用报销可以追溯到刚出生时。如新生儿自出生已满3个月但不满1周岁办理参保并缴费成功的,则从参保缴费的次月起享受居民医保待遇,费用报销不可以追溯。

2.非集中参保缴费期办理参保缴费

对未在规定的集中参保缴费期内及时办理参保缴费手续的各类居民(不含“困难群众”、“农村建档立卡低收入人口”、符合规定的新生儿),在保险年度内(2019年1月-12月)可随时办理参保缴费手续,但个人不再享受政府补助,需要全额承担本保险年度应缴保费,同时在参保缴费次月起满6个月后才可享受居民医保待遇,6个月内发生的医疗费用由参保人员个人承担。

3.超过18周岁的居民办理续保缴费

年满18周岁仍在我市就读的在校学生(大学生除外),在居民医保集中参保缴费期内需携带《在校证明》,至市社保中心或街道(镇)人社所经办窗口办理续保认证手续,按“未成年居民”标准继续缴费。年满18周岁的非在校学生,且不在职工医保覆盖范围内,需至原办理参保手续的街道(镇)人社所办理信息变更手续,按“非从业居民”标准继续缴费。

4.因参军、至外地大学就读或参加职工医保、死亡等原因需要暂停或终止居民医保关系的,需至原办理参保手续的街道(镇)人社所办理停保或退保等手续。

(四)省社会保障卡使用须知

1.首次使用省社保卡缴费应激活金融功能,具体方法为:成年参保人员,须本人携身份证原件办理;未成年参保人员,由法定监护人携本人身份证原件、未成年人身份证或户口簿为其办理(法定监护人是父母的,父母若是户主,则提供户口簿;父母不是户主的,需要出生证等其他证明);

2.省社保卡左上角印有开户银行名称,参保人员可到该行的任意网点办理金融功能激活手续,并按规定足额缴费;

3.已领取省社保卡,符合居民医保参保条件但尚未办理参保登记的居民,在集中参保缴费期内,应尽快到户籍(居住证)所在的街道(镇)人社所办理相关手续。

4.如果省社保卡遗失或损坏,市民可拨打12333或登录常州社保微信公众号、常州人社APP、市人社局网办大厅进行临时挂失(社保功能临时挂失有效期为7天,逾期将自动解挂;金融功能临时挂失有效期按照合作银行规定执行)。省社保卡正式挂失补卡,须本人携带有效证件原件至卡标注银行的相关网点办理正式挂失补卡手续,挂失补卡期间亟需就医的人员需本人凭有效证件原件至政务服务中心1号楼一楼C区社会保障卡窗口申领社会保障临时卡。

三、目前居民基本医疗保险门诊待遇

(一)普通门诊统筹

医保基金对参保人员在一个自然年度内,超过起付标准但在最高限额内符合规定的门诊医疗费用按一定比例给予补贴。具体标准见下表:

人员类别	起付标准	基金支付比例		最高限额	是否需要转诊
		首诊	二、三级		
老年居民/非从业居民	200元	50%	40%	1500元	是
未成年居民/大学生	元	50%	40%	元	否

如何办理享受普通门诊统筹?

未成年居民/大学生至定点医疗机构就医持省社保卡可直接享受普通门诊统筹待遇。老年居民/非从业居民必须在首诊转诊制度的前提下享受普通门诊统筹待遇。

首诊:规定的社区卫生服务机构、一级公立医疗机构就诊,直接刷卡享受。

转诊:由首诊医疗机构负责转诊到指定的一家二级或三级医疗机构就诊,在指定的转诊机构刷卡享受。

专科门诊:三院传染科、一〇二医院精神科和德安医院精神科(专科门诊)就诊,直接享受,无需转诊手续。

急诊抢救:急诊抢救可在二级或三级医疗机构直接办理急诊挂号,按规定直接刷卡享受,无需转诊手续。

异地就医人员在异地就医的,不受首诊、转诊制度的限制。

(二)门诊特定病补助

门诊治疗以下病种时,符合规定的医疗费用可以按规定享受补助。其中,重症精神病仅在门诊使用指定范围的药品时可享受补助。

门诊特定病病种	支付比例		最高限额	定点单位使用范围
	老年居民/非从业居民	未成年居民/大学生		
重症精神病(精神分裂症、偏执性精神病、抑郁症、情感分裂性精神病、躁狂症、双向情感障碍)以及癫痫伴发精神障碍	75%	85%	200元/月	102医院、德安医院、武进三院
白内障(超声乳化+人工晶体植入术)			3000元/次	设有眼科并具备手术条件的定点医院

如何办理享受门诊特定病?

重症精神病:参保人员携带一年以上的病史资料(含一次住院病史)、本人身份证、省社保卡到102医院、德安医院或武进三院医保办申请并填写审核资料。鉴定通过后次月可在申请医院按规定享受补助。

(三)门诊大病补助

一个年度内,在选定的定点医疗机构,进行以下大病门诊治疗时,符合规定的门诊医疗费用可以享受补助。

门诊大病病种	起付线	支付比例		最高限额(元)
		老年居民/非从业居民	未成年居民/大学生	
尿毒症血液、腹膜透析治疗费和抗贫血治疗药费	800元/年	一、二级医院85%, 三级75%	一、二级医院95%, 三级85%	---
器官移植后抗排斥药费和环孢素浓度测定费				术后第一年10万, 第二年7万,第三年及以后5万
恶性肿瘤放、化疗费				---
血友病药费				8000
再生障碍性贫血药费				15000

如何办理享受门诊大病?

参保人员患门诊大病,经二级以上定点医疗机构确诊,需要在门诊进行治疗的患者,可到专科医生处申请,医生填写《常州市市本级统筹区基本医疗保险门诊大病待遇审批表》后,患者携带病史资料、身份证等到医院医保办审核并申报至市社保中心,经社保中心审核确认后,在选定的定点医院就诊刷卡即可享受门诊大病待遇。

四、目前居民医保住院待遇

一个结算年度内,参保人员持省社保卡住院发生的符合规定的医疗费用,超过起付标准后,医保统筹基金按比例予以支付。

医院等级	起付标准(元)		统筹基金支付比例	
	老年居民/非从业居民	未成年居民/大学生	老年居民/非从业居民	未成年居民/大学生
一级	400元/次	200元/次	85%	95%
二级、武进医院 武进中医院	600元/次	400元/次		
四院新北区 二院阳湖院区	600元/次	400元/次	75%	85%
其他三级	1000元/次	600元/次		

实行双向转诊住院起付标准累计计算。参保人员在定点医疗机构就医,属于在紧密型、专科共建型医联体内双向转诊的,上转住院的起付标准累计计算,下转住院的起付标准免于计算,连续住院期间住院起付标准累计计算一次。

五、居民医保基金的最高支付限额

2019年度,居民医保基金支付范围的医疗费用累计最高限额为25万元,超过最高限额的部分由个人承担。对连续参保缴费满5年且继续参保的人员,居民医保基金最高支付限额在当年基础上增加5万;中断参保缴费的,按重新参保处理,连续参保缴费年限重新计算,基金最高支付限额恢复至重新参保当年的基准限额。

六、目前居民医保其它待遇政策

(一) 居民医保大病保险

大病保险主要保障参保人员在定点医疗机构发生的，经基本医疗保险补偿后，个人负担超过一定水平的住院和门诊大病合规医疗费用。

补偿范围	起付标准(元)	基金支付比例	最高限额	结算方式
符合甲、乙类医疗费用； 特殊医用材料单价4万以内； 床位费最高限价以内	20000	2万-5万 50%	无	超过起付标准即时刷卡享受
		5万-10万 60%		
		10万以上 70%		

城乡困难群众发生的住院和门诊大病合规医疗费用按下表享受大病保险待遇。

补偿范围	基金支付比例	最高限额	结算方式
1. 超过居民医保基金最高支付限额且符合基本医疗保险规定的费用； 2. 乙类费用的个人自付部分（床位费最高限价以内，特殊医用材料单价4万以内）	2万以内 50%	无	即时刷卡享受
	2万-5万 60%		
	5万-10万 70%		
	10万以上 80%		

未按要求办理转诊转院手续，在外地医保定点医疗机构发生的门诊大病或住院医疗费用，按上述标准的50%纳入大病保险保障范围。

(二) “特药补助”待遇

特药范围：经省人社厅统一谈判纳入基本医疗保险特药用药管理范围的药品和省市本级规定参照特药管理的药品。

保障对象：患有特药范围药品使用适应症的参保人员，经有资质的责任医师审批认定后，按规定使用特药时，可享受医保补偿。

特药药品	补偿比例			医保支付标准
	特药药店刷卡	市外转院(诊)	未经审批市外转院(诊)	
原特药(赫赛汀、格列卫、达希纳、格尼可)	70%	按市内支付比例的基础上降低10个百分点	按市内支付比例的50%支付	部、省确定的谈判价
新特药及参照特药管理药品	55%			

如何办理享受特药补助?

参保人员持身份证、省社保卡、相关病史资料到选定的定点医疗机构责任医师处申请，经责任医师审核申报后，至该院医保办审核所需资料。资料齐全的，至个人选定的特药定点药店向社保中心上传资料。经社保中心审核通过后，参保人员凭特药责任医师开具的电子处方在特药定点药店购药。

特药定点医院：一院、二院、中医院、三院、肿瘤医院、妇幼保健院、武进医院、金坛区人民医院。

特药定点药店：人寿天医药商场、恒泰医药连锁奥园店、万仁大药房湖塘人民路店、金坛百姓大药房颐和店、溧阳国大人民药房中心店。

(三) 居民医保生育待遇

对连续参加居民医保满1年的人员，实行生育医疗费用补助。保险年度内发生符合计划生育规定的生育医疗费用，由居民医保基金按规定支付。其中，住院分娩费用按住院结算办法支付，符合规定的住院分娩医疗费用实际补偿比例如低于70%的，补足至70%。产前检查费用纳入普通门诊统筹支付范围。本地生育待遇刷卡直接结算。

(四) 新生儿居民医保追溯报销待遇

符合享受追溯报销待遇的新生儿，在参保缴费成功前发生的符合规定的医疗费用先自行垫付，微信移动端缴费或银行代扣费成功后次日，再持省社保卡、费用票据等相关资料回本地生育医院重新结算；异地发生符合规定的医疗费用，持省社保卡、原始发票、清单、出院记录、出生证、新生儿记录、父母双方及新生儿户口簿、银联借记卡、身份证至市政务服务中心1号楼一楼B区窗口审核报销。

(五) 特殊人员用血医保支付待遇

患有血液系统恶性肿瘤、血友病和再生障碍性贫血，经由市中心血站核准不能享受血站免费用血，或者超出免费用血额度的，按照自付40%的比例将规定的用血的项目纳入医保范围。

如何办理手续?

患有以上三种疾病的参保人员需用血的，由二级以上医保定点医疗机构肿瘤、血液科副主任以上医师确认后，携带病历、身份证复印件等至医师所在医院的医保办办理相关手续。

(六) 苯丙酮尿症

未成年居民第一诊断为典型的苯丙酮酸尿症(ICD-10: E70.0)或四氢生物喋呤(BH4)缺乏症等其他高苯丙酮酸尿症(ICD-10: E70.1)的患者，在定点救助医院发生的符合省采购管理要求的必需检查项目、治疗药品及特殊治疗食品的医疗费用纳入我市儿童苯丙酮尿症病种保障范围，医保统筹基金按75%比例予以支付，0-6岁、7-13岁、14-18岁年度内医疗费用支付限额分别为1.5万、2万、2.5万。

如何办理享受待遇?参保人员在定点救助医院(常州市妇幼保健院)办理江苏省儿童苯丙酮尿症定点救治登记后，直接持省社保卡在常州妇幼保健院刷卡结算。

(七) 居民医保困难群众救助

居民医保救助对象按照普通门诊统筹首诊转诊制度，在市内定点医疗机构发生的符合基本医疗保险支付规定的医疗费用，按基本医疗保险规定结付后，剩余现金支付部分按下表标准给予医疗救助。

人群	机构	支付比例	最高限额	结算方式	
困难群众(含精准扶贫人员)	门诊	市本级基本医疗保险普通门诊统筹政策涉及的市内定点医疗机构	享受居民基本医疗保险待遇后，按80%救助	500元	直接刷卡结算
	门诊大病/住院	市本级基本医疗保险市内定点住院医疗机构	起付线费用全额救助，符合基本医疗保险规定的个人现金支付部分按80%给予救助	12.5万元	

未按要求办理转诊转院手续，在外地医保定点医疗机构发生的门诊大病或住院医疗费用，困难群众医疗救助按市内就医支付标准的50%补助。

七、市外就医

(一) 市外转院转诊

1. 市外转院转诊如何办理?

办理市外转院转诊手续应先向具有市外转院转诊权限的三级医疗机构申请，经审批同意后由医院医保办通过市定点单位网上办事系统将信息上传至社保中心，中心确认后返回备案信息，参保人员可在医院直接打印《市外转院转诊备案表》。

2. 市外转院转诊如何报销?

参保人员办理市外转院转诊异地就医联网手续后，可持省社保卡至转往医院直接刷卡结算。若转往医院未实现联网结算，可先由个人现金垫付，后至办理转院转诊手续的医院医保办进行报销，携带材料以医院规定为准，医保基金支付比例在规定的市内就医支付标准的基础上降低10个百分点。

(二) 异地就医报销结算

1. 什么人可以申请异地就医?

长期在外地居住(6个月以上)的参保人员可以申请办理异地就医。

2. 如何申请异地就医?

由参保人员本人提出申请，在市人社局官网上自助服务大厅、常州人社APP通过上传材料进行网上办理，或至市政务服务中心1号楼一楼B区窗口办理异地就医手续。须提供的资料：(1)本人身份证及省社保卡；(2)居住地派出所证明或《居住证》；(3)在职人员需提供单位派驻异地工作的证明；(4)窗口代办需同时提供代办人身份证。已办理异地就医备案手续的参保人员可在安置地基本医疗保险定点医疗机构就医。

3. 异地就医有哪些注意事项?

异地就医自办理之日起生效，6个月内不能取消异地就医或变更安置地。未办异地就医审批手续，在异地发生的医疗费用(急诊、住院、门诊大病除外)不予报销补助。办理异地就医手续后，其省社保卡在本市医保定点单位的使用功能予以自动封锁(常州大市范围内除外)。

4. 长期住在金坛、溧阳的参保人员可以直接刷卡结算吗?

在金坛人民医院、金坛中医院、溧阳人民医院、溧阳中医院等已开通常州医保的定点单位，可以直接刷卡就医。后续新增医疗机构将陆续更新。

5. 办理上海异地就医的人员医疗费如何处理?

已办理过上海异地就医手续的参保人员，医疗费可以在市政务服务中心1号楼一楼B区审核报销，也可在上海市黄浦区医疗保险事务中心报销，地址：上海市鲁班路390号，电话：021-63030099。

6. 办理异地就医手续后医疗费如何报销?

请于工作日至市政务服务中心1号楼一楼B区等候审核，报销须提供的资料：(1)本人和代办人身份证；(2)省社保卡；(3)有效发票原件；(4)详细清晰的医疗费用分类汇总清单；(5)门诊病历，出院记录(住院提供)；(6)参保人员本人银联借记卡。

7. 异地就医人员如何申请门诊大病?

已办理异地就医人员可在人社局官网下载《常州市基本医疗保险门诊大病待遇申请表》后，至就医地二级以上医院专科医生处填写治疗方案并盖章确认后，持具有相关疾病的有效病历资料(根据上述各待遇享受具体要求)，到市政务服务中心1号楼一楼B区申请，按规定办理准入手续。

8. 办理异地就医、市外转院转诊手续在外地发生的医疗费如何处理?

A、未办手续在异地患急病的参保人员在医疗机构发生的医疗费用，凭门诊病历、出院记录、发票原件、清单、省社保卡、本人和代办人身份证、本人银联借记卡至市政务服务中心1号楼一楼B区审核，符合急诊规定的按市本级医保政策规定报销。

B、未办手续直接在外地医保定点医疗机构发生的医疗费用(限住院和门诊大病)，可携带社会保障卡、本人和代办人身份证、发票原件、清单、门诊病历、出院记录、本人银联借记卡至市社保中心申请补助，医保基金按照规定的市内就医支付标准的50%给予补助。

C、符合高校管理规定的参保大学生在实习和寒暑假、因病休学等法定不在校期间，需在高校所在地之外治疗的，可到实习当地或户籍所在地医保定点医疗机构治疗。所发生的医疗费用，持省社保卡、高校相关证明、门诊病历、出院小结、发票原件、清单、本人银联借记卡到市政务服务中心1号楼一楼B区审核报销。

(三) 异地就医联网结算

1. 什么是异地就医联网结算?

我市参保人员按规定办理异地就医(市外转院)手续并确认联网结算后，在异地就医时直接刷卡结算就医费用。

2. 异地就医联网结算有哪几种?

省内联网结算和跨省联网结算两种。办理省内联网结算后，门诊、住院待遇均可联网结算；跨省联网结算按上级要求，目前仅支持住院待遇联网结算。

3. 什么人可以申请异地就医联网结算?

异地长期居住的参保人员；因病经参保地定点医疗机构诊断确需转异地医疗机构住院的参保人员。

4. 如何申请异地就医联网结算?

参保人员可在市人社局官网上自助服务大厅、常州人社APP通过上传材料进行网上办理，或至市政务服务中心1号楼一楼B区申请办理方可联网结算。

A、异地长期居住人员须提供以下资料：(1)身份证；(2)居住地派出所证明或《居住证》；(3)省社保卡；(4)代办需同时提供代办人身份证，并填写《常州市基本医疗保险异地就医登记备案表》(一式两份)。

B、市外转院人员办理市外转院转诊手续时可同时完成联网结算申请。

5. 异地就医联网结算有哪些注意事项?

A、异地就医联网结算，受就医地及其定点医院是否支持联网结算的限制。B、办理联网结算后，在本市医保定点单位的使用功能予以自动封锁。C、省外异地就医人员直接结算的住院医疗费，药品、诊疗项目、医疗服务设施等执行就医地规定的支付范围及有关政策，医保基金起付标准、支付比例执行参保地政策。因各地目录差异，直接结算与回参保地报销可能存在待遇差，属于正常现象。

如您想进一步了解市本级居民医保政策及经办流程，可致电0519-12333，或登录市人社局官网、常州人社APP，同时敬请关注“常州社保”微信公众号。

