

2023年度昌都市城乡居民基本医疗保险宣传提纲

一、2023年度参保对象及缴费标准

昌都市城乡居民基本医疗保险(以下简称“居民医保”)按年度参保缴费,每年1月1日起至12月31日止为一个保险年度。2023年度居民医保的集中参保缴费期为符合条件的参保对象应于2022年12月31日至2023年4月30日期间办理2023年度的参保登记、缴费及免缴确认等手续,参保人员须一次性缴纳一个保险年度个人应承担的保费。可通过线上、线下两种方式缴费,线上集中缴费,线下通过支付宝、微信缴费。

参保对象	个人缴纳金额
老年居民(男年满65周岁及以上、女年满60周岁及以上的市本级户籍居民)	0
重度残疾人(一、二级)	0
孤儿(含事实无人抚养儿童)	0
特困救助对象(城乡特困救助供养对象,含民政认定的五保户、三无人员、集中和分散供养对象)	0
脱贫不稳定户、突发严重困难户、边缘易致贫户(纳入乡村振兴部门防止返贫致贫的监测范围人员)	35
低保边缘对象(纳入民政部门监测范围的城乡困难低保边缘家庭成员)	35
农村低收入人口、低保人员	35
因病致贫救助对象(因病致贫重病患者)	160/350
稳定脱贫人员(原建档立卡贫困人员中未纳入乡村振兴部门易返贫致贫三类监测范围人员)	160/350
标准(普通人群)	160/350
未成年居民(含新生儿)	160/350
高校大学生	160/350

二、如何办理参保缴费手续

1. 参保登记

人员类别	参保方式	携带材料
普通居民	至户籍所在地医保经办机构办理参保登记。	基本材料: 本人居民身份证和户口簿。
特殊困难群体	以乡村振兴、民政、残联等部门提供的人员信息或参保人员持相关证件至户籍所在地医保经办机构办理特殊人员身份确认。	基本材料: 本人居民身份证和户口簿。 附加材料: 属特殊人群的提供证明材料。
60、65人员	至户籍所在地医保经办机构办理参保登记。	基本材料: 本人居民身份证和户口簿

2. 缴费续费

人员类别	缴费方式
普通居民	2022年度城乡居民基本医疗保险采取集中缴费为主自主缴费为辅的缴费方式。其中:①由乡镇医保专干集中收缴保费后在税务局缴费;②通过微信、支付宝小程序进行自主缴费。参保人应在集中缴费期内尽早将保费及时上缴给乡镇医保专干,医保专干应做好相应的登记和给参保群众提供收据。也可通过微信、支付宝小程序等方式缴费。
特殊困难群体	特殊困难群体中低收入人群、低保对象等需缴纳个人部分的保费,也可通过上述两种方式缴费。

3. 特殊情形参保缴费

新生儿参保及待遇享受

新生儿自出生之日起至1周岁以内,如法定监护人为其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。

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“特殊困难群众”、“农村低收入人口”、符合规定的新生儿等),如开通缴费延长期,在延长缴费期内可随时办理参保缴费手续,在缴费成功之日起后才可享受居民医保待遇,未缴费期间内发生的医疗费用由参保人员个人承担。

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医保经办机构办理停保或退保等手续。

三、《医保电子凭证》使用须知

医保电子凭证是什么?

医保电子凭证由国家医保信息平台统一生成,是全国医保线上业务办理的唯一身份凭证,它通过实名和实人的双重认证技术,采用数据加密传输,以动态二维码的形式展示,具有方便快捷、应用丰富、全国通用、安全可靠的特点。能够精准到位的进行参保人身份核验,保证“一码一人”使用,有效确保了参保人的个人信息和医保基金使用安全。

如何激活医保电子凭证?

参保人可通过国家医保服务平台APP、西藏医疗保障微信公众号等渠道激活医保电子凭证,享受便捷的医保服务体验。

医保电子凭证的应用?

目前,区内、区外铺设医保电子凭证终端的定点医药机构均可使用医保电子凭证进行结算,广大参保人可通过国家医保服务平台APP、西藏医疗保障微信公众号小程序等进行激活,激活后即可在医院、药店通过医保电子凭证扫码完成看病、购药结算流程。同时无需出门,在手机上通过国家医保服务平台APP、西藏医疗保障微信

公众号小程序即可办理异地就医备案、查询人参保信息查询等,未来医保电子凭证也将作为线上办事凭证应用于城乡居民基本医疗保险参保登记缴费,身份核验等业务场景,让参保人“一码在手、看病无忧”。

四、基本医疗保险基金报销哪些医疗费用?

答:城乡居民基本医疗保险基金用于参保人员在定点医疗机构,因住院、门诊特殊病种、普通门诊发生的医疗费用以及“两病”(高血压、糖尿病)门诊发生的药品费用。符合医疗保障部门要求的日间手术当日合规医疗费用,按住院医疗待遇规定予以报销。

1. 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报销。具体标准见下表:

缴费标准	起付线	基金支付比例	年度限额
160元	100元	60%	300元
350元	无	90%	300元

如何办理享受普通门诊统筹?

我市城乡居民参保人员至(本地和异地)定点医疗机构就医持社保卡、医保电子凭证、身份证任一凭证可直接享受普通门诊统筹待遇。

2. 门诊特殊病

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。

有26种特殊病种:1.各种恶性肿瘤2.慢性肾功能衰竭的透析3.器官移植术后的抗排斥反应的治疗4.精神类疾病5.糖尿病及并发症6.再生障碍性贫血7.多血症8.慢性高原性心脏病9.高血压10.脑血管意外恢复期的治疗11.慢性肝硬化12.类风湿性关节炎13.系统性红斑狼疮14.慢性阻塞性肺部疾病(含慢性支气管炎)15.痛风16.慢性肝炎17.冠心病,18.慢性肾小球肾炎19.甲状腺功能亢进20.心血管系统介入术后治疗21.结核病22.大骨节病及并发症23.肺心病24.儿童先天性心脏病25.儿童脑瘫26.儿童孤独症。以上病种均需符合相关基本认定条件。

如何办理享受门诊特殊病?

答:城乡居民参保患者可在市人民医院、市藏医院或县(区)人民医院通过诊断后达到门诊特殊病病种认定标准的,在医院医保办申请并填写《特殊门诊申请表》经就诊医院医生、医务科签字盖章后按规定享受待遇。

门诊特殊病认定时限有何要求?

答:参保人员享受门诊特殊病待遇不受认定医院限制,但不得在同一时限内重复享受门诊特殊病待遇,每次审批治疗期限最长不超过360天;每次用药量最长不超过180天。

门诊特殊病医疗费用报销比例:

缴费标准	起付线	基金支付比例
160元	无	60%
350元	无	90%

3. “两病”门诊

答:“两病”是指尚未达到城乡居民基本医疗保险门诊特殊病认定标准的高血压和糖尿病。

在定点医疗机构发生的“两病”门诊政策范围内的药品费用(乙类药品个人先行

两病病种	一级以下医院	二级医院	三级医院	基金支付限额
高血压	70%	65%	60%	800元
糖尿病	70%	65%	60%	1200元

自付10%),“两病”普通门诊待遇和门诊特殊病中高血压和糖尿病医疗待遇不得同时享受。

4. 住院待遇

一个结算年度内,参保人员持社保卡、医保电子凭证、身份证任一凭证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。

住院起付线标准:

医院等级	首次起付线	第二次	第三次
乡镇及一级医院	200元	140	100
二级医院	400元	280	200
三级医院	600元	420	300

住院床位费标准:

医院等级	床位费
乡镇医院	20元
一级医院	40元
二级医院	60元
三级医院	80元

参保人员连续住院超180天的,每180天为一次住院结算周期,超过180天的,按再次住院处理。

住院报销待遇:

定点医院	缴费标准	基金支付比例
县域内乡镇医院,一、二级定点医院	160元	65%
	350元	90%
统筹区内三级定点医院	160元	60%
	350元	85%

参保人员在统筹区内跨县之间就医报销比例较县域内报销比例降低5%;参保人员统筹区外就医报销比例较统筹区域内各级定点医疗机构报销比例降低10%。

居民医保基金的最高支付限额

城乡居民基本医疗保险统筹基金在一个自然年度住院、门诊特殊病、生育医疗费、计划生育手术费、“两病”门诊用药报销限额累计6万元。

五、目前居民医保其它待遇政策

1. 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。

5000元大病保险起付线（基本医保个人参保缴费320元）

补偿范围	起付标准 (元)	赔付比例	最高限额
经城乡居民基本医疗保险报销后，根据个人缴费档次，累计自付的合规医疗费用超过大病起付线的部分，按约定比例累计补偿	5000（不含）-1万元（含）	70%	14万
	1万元（不含）-2万元（含）	80%	
	2万元（不含）-4万元（含）	85%	
	4万元以上	90%	

9000元大病保险起付线（基本医保个人参保缴费130元）

补偿范围	起付标准 (元)	赔付比例	最高限额
经城乡居民基本医疗保险报销后，根据个人缴费档次，累计自付的合规医疗费用超过大病起付线的部分，按约定比例累计补偿	9000（不含）-1.4万元（含）	70%	14万
	1.4万元（不含）-2.4万元（含）	80%	
	2.4万元（不含）-4.4万元（含）	85%	
	4.4万元以上	90%	

2、特困人员、低保对象和返贫致贫人员大病保险

补偿范围	起付标准 (元)	赔付比例	最高限额
经城乡居民基本医疗保险报销后，根据年度自付的合规医疗费用分段进行赔付	2500（不含）-1万元（含）	75%	14万
	1万元（不含）-2万元（含）	85%	
	2万元（不含）-4万元（含）	90%	
	4万元以上	95%	

3. 医疗救助

住院和门诊特殊病救助

我区医疗救助对象包括以下五类人员

第一类救助对象：城乡特困救助供养对象（特困人员）；

第二类救助对象：孤儿（含事实无人抚养儿童），一、二级重度残疾人；

第三类救助对象：城乡最低生活保障家庭成员（低保）；

第四类救助对象：纳入防止返贫致贫检测范围的易返贫致贫人口（易返贫致贫户、边缘易致贫户、因病突发严重困难户），城乡困难低保边缘家庭成员（低保边缘对象）。

第五类救助对象：不属于以上四类救助对象但因高额医疗费用支出导致家庭基本生活出现严重困难的大病患者（因病致贫重病患者）。

救助对象政策范围内个人自付医疗费用在年度救助限额内分别按第一类和第二类全额、第三类95%、第四类90%比例给予救助。我区住院和门诊特殊病医疗救助共用年度救助限额，普通医疗救助年度限额15万元、重大疾病医疗救助年度限额30万元。

救助对象医疗费用经基本医疗保险、大病保险、普通医疗救助（不设起付线）报销后的政策范围内个人自付费用达到我区上年城乡居民人均可支配收入5%以上的，给予重大疾病医疗救助。

普通门诊救助

经基本医疗保险门诊统筹制度报销后，按第一类和第二类全额、第三类95%、第四类90%比例给予救助，年度最高救助限额500元。

4. 居民医保生育待遇

参保居民产生的生育医疗费用如何报销？

答：年度内发生的生育医疗费用，由居民医保基金按规定支付，住院分娩医疗费用按合规医疗费用100%进行报销。

参保居民产生计划生育手术费用如何报销？

答：怀孕2个月以下终止妊娠的最高支付限额为1200元；怀孕2个月（含2个月）以上4个月以下终止妊娠的最高支付限额为3000元；怀孕4个月（含4个月）以上终止妊娠的最高支付限额为4000元；宫外孕及葡萄胎终止妊娠的最高支付限额为6000元；实施绝育手术的最高支付限额为1500元；放置（取出）宫内节育器的最高支付限额为800元。

5. 新生儿居民医保追溯报销待遇

答：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，待缴费成功后，再持费用票据等相关资料在参保地医保经办机构进行结算。

六、市外就医

异地就医备案：

2021年8月1日起，国家医疗保障信息平台西藏平台上线后，开通了跨省异地住院即时结算业务，我市城镇职工和城乡居民参保人员需区内区外转诊转院的只要履行备案手续在全国范围内的定点医疗机构（接通国家跨省异地结算平台）均可实现异地住院、门诊即时结算。

1. 异地就医备案如何办理？

我市参保人员异地就医可通过以下方式进行备案。（1）通过国家医疗保障服务平台APP、西藏医疗保障微信公众号小程序填报资料进行网上自主备案；（2）通过拨打全市各级医疗保障经办机构服务电话进行备案。（3）参保人员至康巴商贸大厦B栋一楼医保服务大厅服务窗口办理异地就医备案。须提供资料：本人身份证及社会保障卡、医保电子凭证，如委托他人代办的提供代办人身份证。

2. 办理异地就医手续后医疗费如何报销？

参保人员办理异地就医备案手续后，根据病情、居住地、交通等情况，可自主选择在就医地已开通联网结算的定点医疗机构就医，持社会保障卡、医保电子凭证任一凭证在定点医疗机构直接刷卡、扫码结算医疗费用。在就医地定点医疗机构就医时未能刷卡结算的医疗费用，可至参保地医保经办机构申请手工报销。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%。

请于工作日至参保地医保经办机构服务窗口报销医疗费，报销须提供的资料：医院收费票据、费用清单、门诊病历(或门诊诊断证明)、出院记录(或住院诊断证明)，身份证复印件。如委托他人代办，还需出示被委托人身份证。

3. 异地就医什么时候开始生效？

异地就医自办理之日起生效。

4. 异地就医联网结算有哪几种？

自治区内联网结算和跨省联网结算两种。办理自治区内或跨省异地就医备案后，门诊、住院待遇均可联网结算。

5. 异地就医联网结算有哪些注意事项？

（1）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。

（2）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。（3）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规定，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。

如您想进一步了解我市城乡居民医保参保相关流程及激活医保电子凭证、异地就医备案等，可以登录国家医疗保障服务平台APP和西藏医疗保障微信公众号小程序等查询，也可以关注“昌都市医疗保障局”微信公众号和“昌都医保”抖音号。

如您想进一步了解城镇职工医保相关政策，可拨打全市各级医疗保障经办部门的服务热线。



昌都市医疗保障局

微信扫描二维码，关注我的公众号

全市各级医疗保障经办机构服务热线

昌都市：0895—4980183

卡若区：0895—4822778

江达县：0895—4517879

贡觉县：0895—4533312

类乌齐县：0895—4504568

丁青县：0895—4593756

察雅县：0895—4603211

八宿县：0895—4562524

左贡县：0895—4551453

芒康县：0895—4548829

洛隆县：0895—4572451

边坝县：0895—4585302