

市政府办公室关于印发连云港市市区城镇居民基本医疗保险就医管理暂行办法的通知 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/303/2021\\_2022\\_\\_E5\\_B8\\_82\\_E6\\_94\\_BF\\_E5\\_BA\\_9C\\_E5\\_c80\\_303712.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/303/2021_2022__E5_B8_82_E6_94_BF_E5_BA_9C_E5_c80_303712.htm) 连云港市人民政府办公室文件连政办发〔2007〕150号 市政府办公室关于印发连云港市市区城镇居民基本医疗保险就医治理暂行办法的通知 各县、区人民政府，市各委、办、局，市各直属单位：《连云港市市区城镇居民基本医疗保险就医治理暂行办法》已经市政府同意，现印发给你们，请认真遵照执行。二〇〇七年八月七日 连云港市市区城镇居民基本医疗保险就医治理暂行办法 第一条 为规范参保城镇居民就医治理，维护参保人员权益，确保基金合理使用，根据市政府印发的《连云港市市区城镇居民基本医疗保险暂行办法》（连政发〔2007〕99号），制定本暂行办法（以下简称本办法）。第二条 城镇居民基本医疗保险实行社区首诊、定点就医、双向转诊方式。首诊定点医疗机构由劳动保障部门会同卫生部门确定，并向社会公布，供参保城镇居民选择。参保城镇居民可在规定范围内自主选择一所首诊定点医疗机构，一年选择一次，年度内不予变动。参保城镇居民应持本人医疗保险病历、医疗保险卡（以下简称历卡）就医。第三条 参保城镇居民的普通门诊费用由个人负担，在首诊定点医疗机构的普通门诊费用可从个人账户中支付。第四条 参保城镇居民因恶性肿瘤放化疗、慢性肾功能不全透析、肾移植术后抗排斥药物治疗及因再生障碍性贫血、脑血管意外后遗症、重症肝炎在门诊治疗的，可申请办理门诊非凡病种。第五条 申请办理门诊非凡病种，需提

供门诊病历、出院小结（出院诊断、出院记录）、相关检查化验单等病史资料，由首诊定点医疗机构审核并填写《连云港市城镇居民基本医疗保险门诊非凡病种审批表》，于每季度第一个月15日前向市医疗保险经办机构提出申请，市医疗保险经办机构在15个工作日内组织复审并予以审批。第六条 参保城镇居民经审批符合门诊非凡病种条件方可享受有关待遇。患者须持本人医疗保险历卡和门诊非凡病种就诊登记卡到指定医院就医，患者就诊时现金支付个人负担部分，定点医疗机构应建立完整的门诊非凡病种患者就医用药台帐。第七条 门诊非凡病种患者一个年度内符合规定的累计医疗费用，1000元以内部分不报销，1000元以上部分按70%报销。再生障碍性贫血、脑血管意外后遗症、重症肝炎患者一个年度内符合规定的医疗费用3000元以上部分不再报销；恶性肿瘤放化疗、慢性肾功能不全透析、肾移植术后抗排斥药物治疗患者一个年度内符合规定的医疗费用30000元以上部分不再报销。参保人员全年符合规定的累计医疗费用超30000元的（含住院医疗费用和家庭病床费用），不再报销门诊非凡病种费用。第八条 参保城镇居民需要住院治疗的，由首诊定点医疗机构填写《连云港市城镇居民基本医疗保险首诊住院登记表》，持本人城镇居民基本医疗保险历卡，在首诊定点医疗机构住院治疗。第九条 参保城镇居民因病情需要在市内转院治疗的，经首诊定点医疗机构同意，办理转诊登记手续，并出具《连云港市城镇居民基本医疗保险市内转院登记表》，方可转至市内其他城镇居民基本医疗保险定点医疗机构住院治疗。参保城镇居民未出具《连云港市城镇居民基本医疗保险市内转院登记表》住院的，所发生的费用由个人负担，城镇居

民基本医疗保险基金不予支付。第十条 参保城镇居民住院医疗费用，在一个年度内，实行分段计算、累加支付、确定最高支付标准的报销办法，符合城镇居民基本医疗保险规定30000元以内的费用（含门诊非凡病种医疗费用及家庭病床费用），按定点医院等级确定不同起付线和报销比例。未成年人（18周岁以下未从事劳动的）的医疗费用不封顶。（一）参保城镇居民在一级定点医疗机构（或定点社区卫生服务机构）住院的医疗费，按以下标准报销：1．起付线300元（含300元）以下由个人自负；2．300元以上至5000元(含5000元)，报销50%；3．5000元以上至10000元(含10000元)，报销60%；4．10000元以上至30000元(含30000元)，报销70%。（二）参保城镇居民在二级定点医疗机构住院的医疗费，按以下标准报销：1．起付线500元（含500元）以下由个人自负；2．500元以上至5000元(含5000元)，报销45%；3．5000元以上至10000元(含10000元)，报销55%；4．10000元以上至30000元(含30000元)，报销65%。（三）参保城镇居民在三级定点医疗机构住院的医疗费，按以下标准报销：1．起付线800元（含800元）以下由个人自负；2．800元以上至5000元(含5000元)，报销30%；3．5000元以上至10000元(含10000元)，报销40%；4．10000元以上至30000元(含30000元)，报销50%。未成年人（18周岁以下未从事劳动的）报销比例在上述各费用段报销比例的基础上再增报10个百分点，起付线不变；30000元以上符合城镇居民基本医疗保险规定的医疗费用报销90%。第十一条 参保城镇居民连续缴费且未报销过住院及门诊非凡病种费用，满3年不满5年的，符合规定的医疗总费用年支付标准为40000元；满5年及以上的，符合规定的医疗

总费用年支付标准为50000元。30000元以上符合规定的费用，执行各等级医院10000元至30000元的费用段报销比例。参保城镇居民连续缴费且未报销过住院及门诊非凡病种费用的，每满4年安排一次免费体检。

**第十二条** 参保城镇居民住院自负的费用，由个人现金支付，城镇居民基本医疗保险基金报销部分，由首诊定点医疗机构按月与市医疗保险经办机构结算，对符合结付范围的医疗费用，按结算办法结付90%；其余10%待年度考核后，根据考核情况予以拨付。对不符合规定的医疗费用，不予结付；已结付的应予以扣回。

**第十三条** 参保城镇居民因病情需要转至外地住院治疗的，需要本市三级综合医院或二级以上专科医院专家会同首诊医疗机构会诊后，填写《连云港市城镇居民基本医疗保险市外转诊审批表》，由首诊定点医疗机构办理市外转诊手续。未办理转诊手续的，所发生费用由个人负担，城镇居民基本医疗保险基金不予支付。

**第十四条** 经审核批准市外转诊治疗的，由个人垫付医疗费用，待出院后持本人城镇居民基本医疗保险历卡、出院小结（出院诊断、出院记录）原件及复印件、原始票据、费用明细清单等相关资料，于30日内到首诊定点医疗机构办理报销手续。

**第十五条** 参保城镇居民市外转诊所发生的符合规定的住院医疗费用，起付线1000元，起付线以上部分按照本市城镇居民基本医疗保险规定报销比例的90%给予报销。

**第十六条** 首诊定点医疗机构应建立转院登记制度，做好跟踪服务，主动做好双向转诊预备工作。

**第十七条** 长期居住外地的参保城镇居民应到首诊定点医疗机构办理居外就医审批手续，填写《连云港市城镇居民基本医疗保险居外就诊审批表》，居外期间的住院费用由个人垫付，待出院后持本人城

城镇居民基本医疗保险历卡、出院小结（出院诊断、出院记录）原件及复印件、原始票据、费用明细清单等相关资料，于30日内到首诊定点医疗机构办理报销手续。住院起付线按照本市同等级医院水平执行，起付线以上部分按照本市城镇居民基本医疗保险规定报销比例的90%给予报销。

**第十八条** 急诊急救病人未能到首诊定点医疗机构治疗而就近在其他医疗机构住院的，须在住院后的5个工作日内，由患者或其亲属凭有关急诊证实，到首诊定点医疗机构补办转院登记手续，逾期未补办的，所发生医疗费用由个人自负。按规定办理转诊手续的，所发生医疗费用由个人垫付，于出院后30日内持本人城镇居民基本医疗保险历卡、出院小结（出院诊断、出院记录）原件及复印件、原始票据、费用明细清单等相关资料，到首诊定点医疗机构办理报销手续。

**第十九条** 城镇居民基本医疗保险予以报销的范围：（一）符合《连云港市城镇居民基本医疗保险药品目录》、《连云港市城镇居民基本医疗诊疗服务项目目录》的费用；（二）不可抗拒或不可避免的意外伤害（非工伤、无明确第二责任人），指摔伤、烫伤、烧伤、溺水、电击、中毒抢救的费用；（三）肾脏、心脏瓣膜、角膜、皮肤、血管、骨、骨髓移植的费用（器官源除外）。

**第二十条** 城镇居民基本医疗保险不予报销的范围：（一）《连云港市城镇居民基本医疗保险药品目录》范围外的药品费用；（二）《连云港市城镇居民基本医疗诊疗服务项目目录》范围外的医疗费用；（三）工伤、生育医疗费用；（四）未办理转诊手续自行外出就医、在市内非定点医疗机构诊治的医疗费用；（五）因犯罪、打架、斗殴、酗酒、吸毒、自杀、自伤自残、交通事故、医疗事故和其他违反法律、法规规定情形

所发生的医疗费用；(六) 境外发生的费用；(七) 其他按规定不予报销的医疗费用。第二十一条 符合家庭病床办理条件的参保城镇居民可办理家庭病床，享受家庭病床的有关待遇。家庭病床治理办法另行制定。第二十二条 城镇居民基本医疗保险定点医疗机构应当认真执行医疗保险有关政策规定，自觉规范医疗服务行为，严格执行处方限量与出院带药治理规定，在保证基本医疗的前提下，做到合理检查、合理用药、合理治疗，防止浪费，保证城镇居民基本医疗保险基金的合理使用。收治患者时，应认真核对人、卡，准确记录门诊病历，严格把握住院标准，杜绝挂床住院与冒名住院。应尊重患者或其家属的知情权。在使用自费药品、医用耗材、诊疗项目时，应事先书面告知并征得患者或其家属的同意，主动向患者或其家属提供天天医疗费用明细清单。第二十三条 市医疗保险经办机构每年与各首诊定点医疗机构签订协议，明确双方的责任、权利和义务。第二十四条 建立城镇居民个人信用失信治理机制，培育参保城镇居民个人诚信意识。参保城镇居民的历卡只限本人使用，不得转借他人，凡弄虚作假骗取医保基金的，除追回已报销的费用外，并按相关规定给予处罚。情节严重，触犯刑律构成犯罪的，依法追究当事人的刑事责任。第二十五条 本办法自2007年10月1日起施行。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问  
[www.100test.com](http://www.100test.com)