

楚雄州人民政府办公室关于印发《楚雄州城镇居民基本医疗保险暂行办法实施细则》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_ti2020/304/2021_2022__E6_A5_9A_E9_9B_84_E5_B7_9E_E4_c80_304347.htm

楚雄州人民政府办公室关于印发《楚雄州城镇居民基本医疗保险暂行办法实施细则》的通知 楚政办通〔2007〕68号 各县、市人民政府，州直各部门，楚雄开发区管委会：现将《楚雄州城镇居民基本医疗保险暂行办法实施细则》印发给你们，请认真贯彻执行。

二〇〇七年八月三十一日楚雄州城镇居民基本医疗保险暂行办法实施细则

第一章 总则 第一条 根据《楚雄州城镇居民基本医疗保险暂行办法》，制定本实施细则。 第二条 劳动和社会保障行政主管部门负责本行政区域内城镇居民基本医疗保险的治理和监督检查工作。其主要职责是：（一）研究拟定城镇居民基本医疗保险政策、制定相关制度并组织实施；（二）监督检查城镇居民基本医疗保险政策及制度的执行情况；（三）负责确定城镇居民基本医疗保险定点医疗机构；（四）审核城镇居民基本医疗保险基金预、决算。（五）会同财政、物价、卫生等部门监督、检查定点医疗服务机构收费标准和医疗服务质量，协调医疗保险运作中发生的有关争议，办理参保人员有关医疗保险的业务；（六）法律、法规、规章赋予和上级安排的其他职责。 第三条 州医疗保险经办机构负责全州城镇居民基本医疗保险业务工作的综合治理。县、市医疗保险经办机构负责行政区域内的城镇居民基本医疗保险业务和指导乡镇、社区劳动保障服务所（站）的业务。其主要职责是：（一）负责经办城镇居民基本医疗保险基金筹集

和治理的具体业务；（二）编制城镇居民基本医疗保险基金预、决算；（三）考核定点医疗服务机构服务质量；（四）负责做好相应的服务工作。

第二章 参保治理

第四条 县、市人民政府负责本行政区域内城镇居民的参保组织工作。各乡镇、社区劳动保障服务所（站）负责本行政区域内城镇居民的参保登记工作。

第五条 参保申请人按户籍所在地就近到登记地点办理登记手续，各登记点不得以任何理由拒绝办理登记手续。参保人员登记时应当携带户口簿、身份证等相关材料，如实填写《云南省城镇居民基本医疗保险个人信息登记表》。

（一）以下人员还应当提供下列有效证件：属重度残疾人员的，需提供残联核发的《中华人民共和国残疾人证》；属低保家庭的，需提供民政部门核发的《城镇居民最低生活保障证》；属低收入家庭60周岁以上的老年人，需提供所在乡镇、社区提供的有效书面证实。

（二）不能提供上述有效证件的，可按一般居民办理参保登记。但在年度缴费截止日前提供补发证件或有效证实的，可按相应人员类别变更登记。

第六条 非凡群体人员参保的，应当留存相关资料的复印件，其信息登记材料应当单列治理。

第七条 乡镇、社区劳动保障服务所（站）负责行政区域内居民参保登记信息的录入工作。信息的录入应当与信息登记工作同步进行，录入和复核工作应当分岗设置，确保录入数据的准确性。第三章 基金筹集和治理第八条 乡镇、社区劳动保障服务所（站）负责行政区域内城镇居民基本医疗保险费的统一收缴。第九条 城镇居民基本医疗保险费按年度收缴，每年10月1日至12月30日为缴费期，次年1月1日起享受相关医疗保险待遇。城镇居民基本医疗年度为1月1日至12月31日。启动当年，同时收缴当年及

次年应缴保费。年度缴费截止日后新出现的符合参保条件的城镇居民，可及时到居住地乡镇、社区劳动保障所（站）办理参保缴费，自缴费次月起享受相关医疗保险待遇。第十条城镇居民基本医疗保险基金实行州级统筹纳入社会保障基金财政专户治理，实行收支两条线，单独列帐，独立核算，专款专用。基金治理办法由州劳动保障、财政部门另行制定。

第十一条城镇居民基本医疗保险缴费专用票据由财政部门监制、劳动保障部门治理。第十二条乡镇、社区劳动保障服务所（站）应当按规定为参保人员办理参保缴费手续，并为缴费人员出具缴费凭据。每一保险年度，乡镇、社区劳动保障服务所（站）要对行政区域内的参保缴费人员信息进行复核，确保参保缴费信息准确完整。第十三条乡镇、社区劳动保障服务所（站）负责本行政区域城镇居民医疗保险收缴资金的对帐和汇总工作。缴费期内每月25日前，乡镇、社区劳动保障服务所（站）应携带参保人员花名册等相关材料，连同收缴的医疗保险费送县、市医疗保险经办机构审核并办理保险费上解手续。第十四条医疗保险经办机构为参保人员统一制作《中华人民共和国社会保障卡》（以下简称“社会保障卡”）和《楚雄州城镇居民基本医疗保险证》（以下简称“保险证”），由各收费单位统一领购发给参保人。参保人员的社会保障卡和保险证应当妥善保管，如有遗失、损坏本人应当及时到医疗保险经办机构办理挂失和补发手续。第十五条各县、市医疗保险经办机构应当将各类城镇居民的财政应补助资金情况，于每年缴费期截止后1个月内汇总报同级财政部门并报州医疗保险经办机构，由州医疗保险经办机构报州财政局。

第四章 就诊、转诊、转院 第十六条城镇居民基本医

疗保险实行以社区卫生服务机构为主的首诊、转诊制。参保人员按照住址就近的原则，到当地定点医疗服务机构就诊。在非定点医疗服务机构就诊发生的医疗费用，不享受医疗保险待遇。城镇职工基本医疗保险定点医疗服务机构同时作为城镇居民基本医疗保险定点医疗服务机构。符合条件的社区卫生服务机构可向劳动保障部门申报，经审核批准后纳入城镇居民基本医疗保险定点医疗服务机构治理范围。第十七条 城镇居民的住院结算治理，原则上参照现行城镇职工基本医疗保险的有关规定执行。第十八条 参保人员因病情需要住院治疗的，按照住址就近原则到统筹地区医疗保险定点医疗服务机构就诊。入院时，接诊定点医疗服务机构凭参保人社会保障卡和保险证为其办理住院手续，并根据病情收取一定数额的预付款，用于支付住院起付金和应由本人承担部分的医疗费用。医疗终结办理出院时，参保人员住院期间发生的医疗费用中属于参保人员自付和自费的部分，由定点医疗服务机构向本人全额结算；属于城镇居民基本医疗保险统筹基金支付部分的费用，由定点医疗服务机构向医疗保险经办机构按月申报结算。第十九条 异地居住的参保人员因病需要住院治疗的，可就近到居住地定点医疗服务机构就诊，医疗费用先由本人垫付，医疗终结后凭医疗费用单据、出院证、医疗费用清单等材料回保险关系所在医疗保险经办机构审核报销。第二十条 参保人员符合转院条件的应由负责治疗的科室提出意见经医务科或医院领导批准后方可转院。参保人员或家属凭医院出具的转院证实到医疗保险经办机构登记备案后方可转院。转院治疗的，起付标准不重复计算。转出统筹地区外医院就医的自付比例提高5%，州内转诊转院不提高自付比

例。第二十一条 参保人员转诊、转院，不得转往非定点医疗服务机构。转往州外就医，其就医时间控制在3个月以内，超期需办理手续，由就诊医院出具需延期治疗病情证实，其家属应当持证实到医疗保险经办机构办理登记备案手续方可延期。第二十二条 因统筹地区内各医院诊断条件限制，需转外地诊断的，在诊断明确后，统筹地区有治疗条件和治疗技术的应当回统筹地区治疗。第五章 待遇支付治理 第二十三条 楚雄州城镇居民基本医疗保险统筹基金最高支付限额为每人每年为1.6万元。最高支付限额含个人按比例承担部分和统筹基金按比例承担部分，不含起付金、自费费用。第二十四条 参保人员自享受待遇日起所发生的符合云南省规定的城镇居民基本医疗保险用药范围、诊疗项目和医疗服务设施标准的医疗费用由城镇居民医疗保险基金按规定支付。第二十五条 参保人员被明确诊断为恶性肿瘤、慢性肾功能衰竭、肾移植术后抗排异治疗3种非凡疾病之一的，经向医疗保险经办机构申报并经批准后，其治疗批准病种的符合城镇居民医疗保险基金支付范围的门诊医疗费用可以纳入医疗保险基金支付，支付比例与相应的住院报销比例一致。第二十六条 城镇居民基本医疗保险住院床位费报销标准，以物价部门批准的住院病房床位费标准为依据，进入居民医疗保险统筹基金支付的普通住院病房床位费最高标准为每人天天20元；需隔离以及危重病患者的住院床位费，除层流洁净病房、无菌层流床、重症监护病房按实际收费标准提高10%自付比例外，其余的最高支付标准为每人天天30元。第二十七条 参保人员的实际床位费，低于规定支付标准的，以实际床位费按规定比例支付；高于规定支付标准的，在支付标准以内的费用，按规定比例

支付，超出部分由个人自费。第二十八条 参保人员住院期间使用属云南省规定的城镇居民基本医疗保险用药范围中标注“乙类药品”的，个人自付比例提高10%。第二十九条 非凡抢救病人因病情需要使用“血液制品”，须主治医师提出意见，科主任签字同意，经医院领导审批后，报经医疗保险经办机构批准后方可使用（危重病人可先使用，3日内补办审批手续），否则费用医疗保险基金不予支付。“血液制品”经批准后按照“乙类药品”执行。第三十条 参保人员住院期间发生属《云南省基本医疗保险诊疗项目医疗服务设施范围和支付标准》标注的“部分支付项目”费用个人自付比例提高10%。第三十一条 参保人员在住院期间使用一次性收费单价在200元以上国产材料的，个人自付比例提高10%；使用一次性收费单价在200元以上进口或合资材料的，个人自付比例提高20%。第三十二条 城镇居民医疗保险不予支付的范围：

（一）未纳入云南省规定的城镇居民基本医疗保险用药范围的药品费。（二）未纳入云南省规定的城镇居民基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施标准的项目费用。（三）有第三者或其他赔付责任的医疗费用。（四）参保人员在境外（含港澳台地区）发生的医疗费用。（五）生育和实施计划生育所发生的医疗费用。（六）住院病人不遵医嘱拒不出院者，自医院通知出院第2天起的医疗费用；挂名住院或不符合条件住院的费用；治疗期间与病情无关的费用；处方与病情不符的药品费用；超过规定处方用药量和带药量的费用。（七）违法犯罪、酗酒、自杀、自残发生的医疗费用。（八）不符合转诊、转院规定及未按规定办理批准手续的医疗费用；擅自到非定点医疗机构就医的医疗费用。（九）未经物价、卫

生行政部门和劳动保障部门批准的医院自定项目、新开展的检查、治疗项目和自制药剂，以及擅自提高收费标准所发生的一切费用；国家定价的药品，超出规定零售价格收取的费用。（十）其他不属于医疗保险支付范围的费用。

第六章 费用结算

第三十三条 医疗保险经办机构与定点医疗机构按年度签订服务协议，并按协议履行双方的责任和义务。城镇居民医疗保险定点医疗机构按服务协议向医疗保险经办机构缴纳一定数额的服务质量保证金。

第三十四条 医疗保险经办机构根据实际发生的住院费用按规定标准进行结算。

第三十五条 医疗费用结算每月进行一次。即每月25日为结算截止日，各定点医疗机构每月30日前将所发生的医疗费用及时向医疗保险经办机构申报结算，医疗保险经办机构于次月支付上月应付医疗费。

第七章 法律责任

第三十六条 各级医疗保险经办机构、乡镇社区劳动保障服务所（站）工作人员应认真履行职责，接受监督。凡工作人员有下列行为的，参保人员可向劳动保障行政部门投诉，并由有关部门批评教育，情节严重的根据有关规定追究其相应责任；构成犯罪的，依法追究刑事责任。（一）违反基本医疗保险基金治理规定，造成基金损失的。（二）贪污、挪用基本医疗保险基金的。（三）玩忽职守、以权谋私的。（四）其他违反有关规定的。

第三十七条 参保人员有下列行为的，由劳动保障行政部门取消参保资格；造成医保基金损失的，追回损失；构成犯罪的，依法追究刑事责任。（一）不具备参加楚雄州城镇居民医疗保险条件的人员，通过提供虚假材料办理参保登记的。（二）不符合财政补助条件的人员，通过提供虚假材料骗取补助资金的。（三）其他违反城镇居民医疗保险参保登记

规定的。第三十八条 定点医疗机构存在下列行为的，由相关部门根据有关规定进行处罚。（一）擅自提高收费标准，任意增加收费项目、分解收费等违反物价收费规定，增加医疗保险基金支出或者参保居民个人负担的。（二）定点医疗机构将门诊病人挂名住院或冒名住院，将非医疗保险的病种、药品、项目列入医疗保险支付范围，弄虚作假，套取医疗保险基金的。（三）定点医疗机构为参保人员提供虚假证实材料，造成医疗保险基金损失的。（四）其他违反医疗保险规定和侵害参保人利益的。第八章 附则 第三十九条 本实施细则自2007年9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