

城乡居民基本医疗保险政策问答 (门诊、住院医疗待遇篇)

一、城乡居民基本医疗保险门诊医疗统筹待遇

(一) 参保人员在定点医疗机构发生符合基本医疗保险支付范围的门诊医疗费用由门诊医疗统筹按下表规定支付。

序号	定点医疗机构级别	每日报销限额(元/天, 不含一般诊疗费)	报销比例	一般诊疗费报销
1	二级及以上定点医疗机构	150元	65%	
2	一级定点医疗机构	100元	75%	门诊统筹支付13元/人次, 个人负担2元/人次
3	一体化管理的村卫生室(社区卫生服务站)	70元	85%	门诊统筹支付5元/人次, 个人负担1元/人次
年度最高支付限额		300元/年/人, 含诊疗费报销		

(注: 参加大学生门诊医疗统筹的在校学生门诊医疗统筹待遇适用于校内定点医疗机构, 个人自付比例原则上不低于10%, 具体由学校定点医疗机构确定。)

二、首次享受城乡居民基本医疗保险门诊医疗统筹待遇前的手续和注意事项

(一) 选择门诊医疗服务定点并签约

参保人员自主选择一家定点医疗机构(包括社区卫生服务中心(站)、乡镇卫生院、一体化管理的村级卫生室或二级及以上定点医疗机构)作为门诊医疗服务定点, 并在该定点医疗机构办理门诊医疗统筹签约手续。

参保人员不选定医疗机构的, 由医疗保障经办机构按户籍或学籍所在地代为选择相应的基层定点医疗机构。参保人员在经办机构代为选择的门诊统筹定点就医可以直接享受到门诊统筹待遇, 不需再办理系统签约操作。从2018年起, 我市代为选择的门诊统筹定点为上一年度参保人员个人对应的门诊统筹定点。

参加大学生门诊医疗统筹的在校学生门诊医疗服务定点为学校医疗机构, 不需再办理门诊统筹签约手续。

(二) 注意事项

在非签约的医疗机构发生的门诊费用不能报销。门诊医疗服务定点一年一定, 中途不予变更。

三、城乡居民基本医疗保险住院医疗待遇

参保人员在定点医疗机构发生符合基本医疗保险支付范围的住院医疗费用由统筹基金按下表规定支付。

医疗机构级别	基金起付标准		报销比例	床位费基金支付标准
	年内第一次住院	年内第二次及以上住院		
一级及以下	100	100	90%	20元/床·日
二级	300	200	75%	
三级	600	300	60%	
自治区三级	600	300	55%	

(注: 1. 床位费低于标准的按实际发生数支付, 高于标准的部分由个人支付; 2. 使用基本医疗保险《药品目录》和《医疗服务项目》中的乙、

丙类医药的, 分别先由个人自付15%、30%后, 再按上表规定支付。3. 建档立卡贫困人口参保人员住院治疗的, 取消住院基金起付标准, 在上表规定的基础上提高报销比例5%。4. 基金支付的计算公式: 住院报销费用=(医药总费用-《药品目录》和《医疗服务项目》中的乙、丙类医药个人自付费用-医药自费费用-床位费-基金起付标准)X相应的报销比例+符合基金支付的床位费)

四、南宁市城乡居民基本医疗保险年度基金最高支付限额

参保人员在参保年度内, 基金最高支付限额为每年1月1日前统计部门最新公布的上年度广西城镇居民人均可支配收入的6倍。年度基金最高支付限额按自然年度一年一定, 年中不予调整。2022年度基金最高支付限额为215154元。

五、城乡居民基本医疗保险有关生育及产科并发症的医疗待遇

参保人员符合国家、自治区计划生育政策规定, 在统筹地区门诊发生相关生育的医疗费按门诊医疗统筹规定支付; 在住院发生生育、产科并发症等的医疗费按住院有关规定及比例报销。

参保人员符合国家、自治区计划生育政策规定, 因难免流产、稽留流产等病理性原因导致的流(引)产, 以及经医学鉴定(检查)发现母亲、胎儿疾病需要引(流)产的, 在门诊发生的医疗费用按门诊医疗统筹规定支付; 在住院发生的医疗费用按住院规定比例报销。

六、城乡居民基本医疗保险学生意外伤害医疗待遇

在校学生在本校校园内或学校组织的活动中以及上下学途中发生意外伤害事故的, 年度内发生符合规定的门诊医疗费5000元以下(含5000元), 由基金支付80%; 需住院治疗的, 按住院规定比例

支付。

七、异地就医备案

（一）符合异地就医备案、转诊转院备案条件的人员范围

1. 异地居住：异地居住时间在3个月以上；
2. 异地工作：常驻异地工作、学习等，时间在3个月以上；
3. 异地急诊：异地居住、探亲、旅游等时间不超过3个月，因急诊住院；
4. 转诊转院备案：限于技术等原因难以确诊和治疗，需转往统筹地区外就医。

（二）办理异地就医备案、转诊转院备案所需材料有哪些？

异地就医备案：

1. 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡，原件1份；
2. 《广西基本医疗保险异地就医备案登记表》，原件1份；
3. 按不同情形提供相应材料：
 - ①异地安置退休：提供“户口簿首页”和本人“常住人口登记卡”；
 - ②异地居住：提供居住证明（本人或所投靠亲属的异地户籍证明、居住证、房产证明、租房合同任选其一）；
 - ③异地工作：提供参保地工作单位派出证明、异地工作单位证明、工作合同任选其一；
 - ④异地急诊：在入院5个工作日内提供急诊住院材料（急诊诊断证明、门诊病历或入院记录）；
 - ⑤参保单位集中办理常驻异地工作备案的，登录网上服务大厅自助办理；

转诊转院备案：

- ①具有转诊资质的定点医疗机构开具的《广西基本医疗保险统筹地区外住院证明》；

②医保电子凭证或有效身份证件或社保卡（委托他人办理的，还需提供代办人身份证）。

转诊转院备案原则上由转出医院直接办理（不需要参保人员到前台办理）。如转院治疗超过3个月，凭医疗机构继续治疗材料（如入院记录、疾病诊断证明），到医保经办机构办理延期手续。

（三）办理途径

1. “广西医保服务”网站办理

灵活就业人员参保：

登录广西医疗保障网上服务大厅 <https://ybwt.ybj.gxzf.gov.cn>>>>注册认证后，点击“个人登录”>>>录入相关信息，点击“登录”>>>点击“我要办”>>>点击“异地备案”>>>根据需要，点击“异地就医备案登记”或“异地转诊转院登记”录入带*的选项，上传相关材料，点击“提交”，即申报完成。

2. “南宁医保”微信公众号或者“爱南宁”APP办理

①关注“南宁医保”微信公众号>>>点击“办事大厅”>>>进行“实名认证”成功后方可办理相关业务>>>点击“我要办”>>>>>点击“经办服务”中的“异地就医备案登记”>>>录入带*的选项，点击“下一步”>>>上传相关材料，点“提交”>>>确认信息正确后，点“提交”，即申报完成。

②登录“爱南宁”APP>>>点击“更多”>>>点击“智慧医保”>>>登录“医保服务平台”>>>点击“我要办”>>>>>点击“经办服务”中的“异地就医备案登记”>>>录入带*的选项，点击“下一步”>>>上传相关材料，点“提交”>>>确认信息正确后，点“提交”，即申报完成。

八、参保人员就医注意事项

（一）应当在定点医疗机构就医，在非定点医疗机构就医发生的医疗费用，基本医疗保险基金不

予支付（因突发疾病就医的除外）。

（二）不得将本人的医疗保障凭证（如医保电子凭证、社会保障卡等）交由他人冒名使用，不得使用他人医疗保障凭证冒名就医，购药。

（三）符合住院指征的参保人员应当入住定点医疗机构接受系统治疗，禁止挂空床住院。

九、参保人员违法违规情形的处理

根据《医疗保障基金使用监督管理条例》有关规定：个人有下列情形之一的，由医疗保障行政部门责令改正；造成医疗保障基金损失的，责令退回；属于参保人员的，暂停其医疗费用联网结算3个月至12个月：

（一）将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用；

（二）重复享受医疗保障待遇；

（三）利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益。

此外，个人以骗取医疗保障基金为目的，实施了前款规定行为之一，造成医疗保障基金损失的；或者使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药的；或者通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料或者虚构医药服务项目等方式，骗取医疗保障基金支出的，除依照前款规定处理外，还应当由医疗保障行政部门处骗取金额2倍以上5倍以下的罚款。构成犯罪的，依法追究刑事责任。

十、举报奖励

个人可通过南宁市医保局欺诈骗保举报投诉电话0771-5846905向南宁市医保部门提供欺诈骗保线索，按照南宁市举报奖励办法，经查证属实的，最高可获10万元举报奖励金。