

绵阳市人力资源和社会保障局文件

绵人社发〔2014〕25号

绵阳市人力资源和社会保障局 关于印发《绵阳市城镇职工补充医疗保险实施细则》的通知

各县市区人力资源和社会保障局，各园区劳动保障服务中心，市社会保险事业管理局，市医疗保险管理局，市人力资源社会保障信息中心：

现将《绵阳市城镇职工补充医疗保险实施细则》印发你们，请遵照执行。

绵阳市人力资源和社会保障局

2014年12月1日



信息公开选项：主动公开

抄送：市政府办公室。

绵阳市人力资源和社会保障局办公室

2014 年 12 月 1 日印发

绵阳市城镇职工补充医疗保险实施细则

为确保本市城镇职工补充医疗保险的顺利实施，根据《绵阳市城镇职工补充医疗保险办法》（绵府发〔2013〕12号，以下简称《办法》），制定本细则。

第一章 参保缴费

第一条 市本级、县市区医疗保险经办机构负责辖区内城镇职工补充医疗保险费的征缴工作。

第二条 城镇职工补充医疗保险费由参保人员基本医疗保险关系所在地医疗保险经办机构按计划从参保人员城镇职工基本医疗保险个人账户中一次性扣缴。

初次参加本市城镇职工基本医疗保险、从市外转入或中断一年以上接续参保关系的，由基本医疗保险关系所在地医疗保险经办机构于参保缴费当月从参保人员个人账户中代扣当年城镇职工补充医疗保险费。

第三条 市人力资源和社会保障行政部门根据经济发展和基金运行情况，于每年11月30日前发布下一年的筹资标准。

第四条 市人力资源和社会保障行政部门就城镇职工补充医疗保险代扣事项，于每年11月30日前向社会公告。凡自愿放弃参加城镇职工补充医疗保险的人员，应于每年12月30日前向医保关系所在地医疗保险经办机构提出书面申请，逾期没有申请即视为同意代扣，已扣缴的补充医疗保险费不予退还。

第二章 参保待遇

第五条 城镇职工补充医疗保险支付范围为职工基本医疗

保险统筹基金支付后的合规医疗费用。

合规医疗费用是指：在市内定点医疗机构，以及在市外医疗机构（按《绵阳市基本医疗保险异地就医管理暂行办法》履行了申报备案手续）发生的符合《四川省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、《四川省基本医疗保险诊疗项目目录》、《四川省基本医疗保险医疗服务设施项目范围》的医疗费用；实施按病种付费的，在物价部门核定病种收费价格范围内的实际医疗费用；对部分重特大疾病，经省卫生和计划生育委员会、省人力资源和社会保障厅等部门确定的病种及其临床治疗必需的医疗费用。

具体支付范围：

（一）普通住院补充报销。在一个有效保险年度内，参保人员单次住院需要个人负担的合规医疗费用达到规定起付标准后，按照规定比例对超过起付标准部分分段给予报销。

城镇职工基本医疗保险住院的起付线费用、政策内按比例自付和特种（乙类药品、特殊医用材料、特殊检查和特殊治疗）自付费用三项合计，单次住院超过1500元的部分，其中超过部分为5000元以内（含5000元）报销50%、5000元以上报销60%，在一个投保年度内累计报销金额不超过10000元。

（二）大额补充报销。在一个有效保险年度内，参保人员当年累计住院基本医疗保险支付超过最高支付限额的合规医疗费用，按照90%给予报销。

履行异地就医备案手续的短期在外和市外转诊转院人员在市外定点医疗机构，当年累计住院基本医疗保险支付超过最高支

付限额的合规医疗费用，按照85%给予报销。

（三）门诊特殊重症疾病报销。门诊特殊重症疾病指：各种恶性肿瘤，慢性肾功能衰竭，肝、肾、骨髓移植，血友病，重型再生障碍性贫血。参保人员患以上5类疾病的，在一个有效保险年度内，基本医疗保险按规定报销后剩余合规医疗费用部分，按50%给予报销，报销内容为：

1. 因患各种恶性肿瘤而进行门诊放疗、化疗的相关药品费用、检查费用。

2. 因患慢性肾功能衰竭透析治疗的相关门诊治疗费用，包括：透析费、治疗性用药的费用、检查费用。

3. 因肝、肾、骨髓移植术后的抗排异治疗的相关门诊治疗费用，包括：用于抗排异治疗的药品费用、检查费用。

4. 因患血友病而进行治疗的相关门诊治疗费用，包括：输注血液制品的费用、治疗性用药的费用、检查费用。

5. 因患重型再生障碍性贫血而进行治疗的相关门诊费用。

市内就医和履行了异地备案手续的重症患者应在定点医疗机构治疗，或在特殊重症疾病定点零售药店购药。因转诊转院需市外就医的重症患者按规定办理审批手续。特殊重症疾病的治疗方案由绵阳市医疗保险专家评审委员会确认，报销项目由医保经办机构 and 承办商业保险公司负责审核并向社会公示。

（四）连续参保奖励待遇。参保人员从2015年起，连续缴费且当年没有发生补充医疗保险费用报销的，从次年起，连续缴费每满一年增加0.5个百分点的报销比例，最高比例为100%。享受待遇后，其连续缴费奖励时间重新计算。

第六条 城镇职工补充医疗保险参保待遇，每人每年最高支付限额为40万元。

第七条 城镇职工补充医疗保险年度与城镇职工基本医疗保险年度一致。

2015年以后初次参保的，或中断参保后又续保的，其参保后一年内发生的住院医疗费用不纳入城镇职工补充医疗保险支付范围。

第三章 报销流程

第八条 城镇职工补充医疗保险与城镇职工基本医疗保险实行同步结算。费用报销实行“一站式”服务。

在市内定点医疗机构和市外开通即时结算信息系统的定点医疗机构发生的医疗费用，应由职工补充医疗保险支付的，由定点医疗机构先行垫付，参保人员在出院时与定点医疗机构实行“一单式”即时结算。

在其他定点医疗机构发生的由参保人员现金全额垫付的医疗费用，参保人员出院后到参保地医疗保险经办机构补充医疗保险服务窗口办理费用报销手续。

第九条 城镇职工补充医疗保险按以下流程进行报销：

（一）定点医疗机构垫付的：由定点医疗机构持职工补充医疗保险相关资料，到参保地医疗保险经办机构补充医疗保险服务窗口，由承办商业保险公司审核并支付到定点医疗机构账户。

（二）个人现金全额垫付的：参保人持相关资料，到参保地医疗保险经办机构补充医疗保险服务窗口办理费用报销手续，由承办商业保险公司审核后赔付到个人银行账户。

第四章 结算管理

第十条 城镇职工补充医疗保险基金由医疗保险经办机构全额征缴后，按本细则第五章第十六条规定向承办商业保险公司拨付费用。

第十一条 参保人员在市内定点医疗机构发生的应由职工补充医疗保险支付的医疗费用，参保人员和定点医疗机构即时结算后，由承办商业保险公司在每月医保结算日后20日内，向定点医疗机构及时拨付其垫付的补充医疗保险费用。定点医疗机构需提交以下资料：

1. 定点医疗机构加盖公章的医疗机构在线结算单；
2. 参保患者个人身份证复印件；
3. 定点医疗机构银行账户信息。

第十二条 参保人员在市外开通即时结算信息系统的定点医疗机构发生的应由职工补充医疗保险支付的医疗费用，按照异地就医管理办法有关规定执行。即由异地结算市级账户支付后，再由商业保险公司与异地结算市级账户清算。

第十三条 由参保人员现金全额垫付的，到参保地医疗保险经办机构补充医疗保险服务窗口办理费用报销手续，由医疗保险经办机构进行审核和基本医疗保险费用报销，承办商业保险公司自收到审核结果20日内，向参保人员支付费用。参保人员需提交以下资料：

1. 医疗保险经办机构加盖公章的在线结算单；
2. 参保患者个人身份证复印件和银行账户复印件；
3. 委托他人办理的出具参保患者委托证明和受托人身份证

复印件；

第五章 基金管理

第十四条 城镇职工补充医疗保险基金坚持专款专用，独立运行，以收定支，保本微利的管理原则。

第十五条 城镇职工补充医疗保险基金实行预拨付制度。

每年2月20日前、5月20日前和8月20日前，按照当年预计职工补充医保参保人数计算，各参保地医保经办机构分别向承办商业保险公司预拨当年基金总额的20%、30%和30%。当年未拨付的20%剩余基金，各县市区医疗保险经办机构于当年12月20日之前全部转入市本级医疗保险经办机构专户作为市级调剂金。根据基金运行情况和考核结果，年终决算由人力资源和社会保障部门确认后，再予以拨付。

第十六条 职工补充医疗保险基金于次年1月30日前进行年终决算和年度运行分析。

（一）城镇职工补充医疗保险基金年度结算后，扣除净赔付总额、运营成本和合理利润后仍有结余的，结转下一年度使用；基金产生的利息滚存计入城镇职工补充医疗保险基金。

（二）城镇职工补充医疗保险基金年度结算后，净赔付总额合计超过当年职工补充医疗保险基金征缴总额90%的，超出部分由历年城镇职工补充医疗保险结余基金分担50%，其余部分由承办商业保险公司承担。因政策性调整造成的亏损，由历年结余基金承担。

第十七条 由市人力资源和社会保障行政部门制定考核办法，对城镇职工补充医疗保险经营水平和服务质量进行考核，考

核情况将及时通报并与运营成本核算挂钩。

第六章 服务协议

第十八条 市人力资源和社会保障行政部门与招标确定的商业保险公司根据招标内容和实施细则签订全市职工补充医疗保险的承办服务协议，明确各自的权利和义务，协议有效期为三年。由市本级和各县市区医疗保险经办机构按标准文本与招标确定的商业保险公司签订所属辖区的经办合作协议，协议按年度签订。

承办服务协议内容包括：明确保费范围、期限、标准，保险责任，保险赔付，双方信息交换的范围、内容和程序，基金管理方式、盈亏结算，信息系统建设、宣传推广方式，人员配备和队伍建设，监管办法，统计工作制度，考核指标及违约情形的处理等。

经办合作协议内容：补充医疗保险经办流程、数据管理、人员管理、日常监管、宣传配合、违约责任等。

第十九条 各医疗保险经办机构与承办商业保险公司就经办合作协议发生争议时，由市人力资源和社会保障行政部门调解，对调解结果不服的，交由绵阳市仲裁委员会仲裁。

第二十条 市人力资源和社会保障行政部门与承办商业保险公司就服务协议发生纠纷时，由争议双方共同协商解决；协商不成的，可通过法律途径解决。

第七章 信息系统

第二十一条 承办商业保险公司和市人力资源和社会保障信息中心共同负责城镇职工补充医疗保险信息系统的建设和维

护。

第二十二条 信息系统建设和维护费用纳入职工补充医疗保险运营成本。

第二十三条 城镇职工补充医疗保险信息系统应基于城镇职工基本医疗保险信息系统和承办商业保险公司信息系统进行开发，以双方信息系统子集的形式存在，系统数据双方共享。

第二十四条 城镇职工补充医疗保险信息系统应实现城镇职工补充医疗保险报销费用“一单式”结算，即在基本医疗保险结算的同时进行职工补充医疗保险的结算。

第八章 监督管理

第二十五条 市人力资源和社会保障行政部门对医疗保险经办机构 and 承办商业保险公司经办城镇职工补充医疗保险业务履行服务协议和职责职能情况进行监督检查。

第二十六条 医疗保险经办机构、承办商业保险公司、定点医疗机构和参保人员存在以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取城镇职工补充医疗保险基金支出的，按照相关法律法规处理。

第二十七条 人力资源和社会保障行政部门、财政部门对基金进行监督管理；审计行政部门定期对补充医疗保险基金收支和管理情况进行审计。

第九章 附则

第二十八条 本实施细则自2015年1月1日起执行。有效期三年。

第二十九条 本实施细则由市人力资源和社会保障局负责解释。