



近日,淄博2020年度城乡居民基本医疗保险征缴启动,有大量读者致电本报,询问居民医保缴费的相关问题。对此,淄博市医疗保障局、淄博市医疗保障中心通过本报发布居民医保政策明白纸,对参保人关注的各类问题予以解答。



2020年度 城乡居民基本医疗保险 政策明白纸

基本缴费政策篇

1. 明年居民医保需要缴多少钱?

答:按照淄博市城乡居民基本医疗保险有关规定,2020年城乡居民基本医疗保险缴费时间为2019年10月1日至12月31日,成年居民个人缴费标准为340元,学生儿童为240元;新生儿上半年出生的缴全年个人缴费部分(240元),下半年出生的缴个人缴费的一半。

2. 今年什么时间开始缴费?

答:淄博市城乡居民基本医疗保险缴费期是每年的10月1日到12月31日,参保居民在这个时间里预缴下一年的医保费。刚出生的孩子,要在6个月内办理参保手续并缴费。

3. 我应该到什么地方缴费呢?

答:从2019年4月1起,淄博市城乡居民基本医疗保险由税务部门负责征收,新参保或需要补缴的居民需要先向户籍所在地医保部门办理参保登记和缴费申报,然后到税务部门缴费。广大居民按时将医疗保险费足额存入本人社保卡银行账户,也可通过山东税务电子税务局、微信、支付宝等渠道缴费。

参保续保问题篇

4. 新生儿如何参加居民基本医疗保险?

答:新生儿应先向当地派出所办理落户手续,然后到户籍所在区县乡镇或街道人社所办理参保缴费手续,再到税务部门缴费(大部分区县可在乡镇或街道人社所一起办理)。新生儿出生后6个月内办理参保手续并缴纳个人缴费部分后,自出生之日起享受当年度居民医保待遇。上半年出生的新生儿缴纳全年个人缴费部分,下半年出生的缴纳个人缴费部分的一半。超过六个月未办理参保缴费手续的,按照淄博市补缴政策补缴。

5. 为什么我过了12月31日再缴费就要多缴呢?

答:淄博市城乡居民医疗

保险费由两部分构成,一个是居民个人缴费,一个是财政补助,参保居民只有在缴费期内按时缴费,财政部门才会把财政补助的钱交给医保部门,个人的医疗保险才能正式生效;如果超过缴费期缴费的,财政部门就不再负责这些人的补助了,需要参保居民自己补上才能享受正常的医保待遇。

6. 我以前没有参加医疗保险或者中间断了几年,现在必须补缴吗?

答:医疗保险的本质是大家帮大家,每个人都应该应尽的义务,这个义务就是及时、连续、足额缴费。如果每个人都抱着“不生病不缴费,生病才要医疗保险”的想法,不仅侵犯了那些连续缴费的人的利益,也使医疗保险不能长久发挥作用,最后谁也得不到应有的医疗保障了。因此,为了保护每个参保人的合法权益,促进医疗保险制度可持续发展,城乡居民没有及时参保或中断缴费的,应当按照参保时的缴费标准(包含财政补助部分),补缴以前没缴的医疗保险费。

如果参保人家庭经济负担较重的,可以选择以下方式参保:只补缴当年度的居民医保费(个人缴费加财政补助部分),不补缴未参保或中断缴费年度基本医疗保险费,实行6个月的过渡期,过渡期内发生的医疗费用,居民医疗保险不予报销。按照这种办法补缴的,未参保或中断缴费的年限不再转换为职工基本医疗保险年限。建档立卡贫困人口、特困人员、低保对象、重度残疾人等不实行过渡期。

待遇篇之门诊统筹

7. 什么病可以享受门诊统筹待遇?

答:除慢性病病种之外的普通门诊都可以,比如:发烧、感冒等。

8. 门诊统筹签约后,如果对签约机构不满意,可以改签吗?

答:可以。参保人可以随时与原签约的定点解约,然后到新选择的定点签约就行。

9. 门诊统筹待遇有哪些?

答:50元以上到900元之

间的门诊合规医疗费用报销一半。

待遇篇之门诊慢性病

10. 城乡居民患哪些病可办理门诊慢性病?

答:淄博市城乡居民门诊慢性病种有22个,包括:1.恶性肿瘤(包括白血病);2.尿毒症;3.脏器移植;4.糖尿病(合并感染或有心、肾、眼、神经并发症之一者);5.高血压病Ⅲ期(有心、脑、肾并发症之一者);6.类风湿病(活动期);7.肺源性心脏病(出现右心室衰竭);8.脑出血(包括脑梗塞)恢复期;9.慢性病毒性肝炎;10.冠心病(出现左心室衰竭);11.阻塞性肺气肿;12.结核病;13.再生障碍性贫血;14.精神分裂症;15.分裂情感性障碍;16.偏执性精神病;17.双相(情感)障碍;18.癫痫所致精神障碍;19.精神发育迟滞;20.血友病;21.癫痫;22.苯丙酮尿症。

11. 什么样的城乡居民可以享受慢性病待遇?

答:正常参保,所患疾病在以上病种范围,且通过鉴定的城乡居民就可以享受慢性病待遇。

待遇篇之住院报销

12. 我生病需要住院,怎么办理住院手续?

答:参保人住院后需要在3天内由家属带病人社保卡到医院住院处办理医保住院登记,如果超过3天还没有办理住院登记手续的,必须由医院申请经过医保处审核后,才能正常报销。

13. 我住院花费的医疗费怎么报销?

答:1)参保人的住院医疗费用按照医保“三个目录”(药品目录、诊疗项目目录、服务设施标准)及相关规定进行审核,扣除自费项目、部分自付项目及超过医保限价上限自行负担的费用后,进入报销程序。

2)参保人住院医疗费有起付线。城乡居民本年内第一次住院起付线是三级医院700元,二级医院300元,一级医院100元,学生儿童统一为

100元;第二次住院起线对应减半,第三次取消起付线。城乡低保居民、农村五保对象在指定优惠医院住院的,取消起付线。

3)参保人住院医疗费经过扣除自费项目、部分自付项目及超过医保限价上限自行负担的费用后,在起付线以上的部分,按比例进行报销。

基本医疗保险住院报销比例,实行基本药物制度一级医院为85%,其他一级医院75%,二级医院70%,三级医院55%。

待遇篇之居民大病

14. 城乡居民大病保险有哪些待遇?

答:一年内,参保居民发生的住院医疗费用和门诊慢性病费用,经城乡居民基本医疗保险报销后,个人累计负担的合规医疗费用超过居民大病保险起付标准的部分,由居民大病保险给予补偿。2019年城乡居民大病保险起付标准为1.8万元,个人负担的合规医疗费用1.8万元以下的部分不予补偿。个人负担的合规医疗费用1.8万元以上(含1.8万元)、10万元以下部分给予60%的补偿;10万元以上(含10万元)、20万元以下部分给予65%的补偿;20万元(含20万元)以上、30万元以下部分给予70%的补偿;30万元(含30万元)以上部分给予75%的补偿,每人最高给予40万元的补偿。

如果您是扶贫部门认定的我市农村建档立卡贫困人员,大病保险起付标准降为5000元,个人负担的合规医疗费用5000元以下的部分不予补偿。个人负担的合规医疗费用5000元以上(含5000元)、10万元以下部分给予65%的补偿;10万元以上(含10万元)、30万元以下部分给予75%的补偿;30万元(含30万元)以上部分给予85%的补偿,取消年度最高支付限额。

※住院转诊问题

15. 我得了重病要到外地看病,怎么办理医保转诊

手续?

答:目前,参保人到外地住院前需要到淄博市指定的转诊医院办理转诊手续,这些医院有:1.淄博市中心医院;2.淄博市第一医院;3.淄博市妇幼保健院;4.淄博市中医医院;5.淄博市精神卫生中心;6.淄博市中西医结合医院;7.北大医疗鲁中医院;8.中国人民解放军第九六〇医院(淄博院区);9.淄矿集团有限责任公司中心医院;10.北大医疗淄博医院;11.临淄区人民医院;12.桓台县人民医院;13.张店区人民医院;14.淄川区医院;15.博山区医院;16.周村区人民医院;17.沂源县人民医院;18.沂源县中医医院;19.高青县人民医院;20.高青县妇幼保健院

患恶性肿瘤、尿毒症、脏器移植、法定传染病的患者实行备案制转诊,可提供二级以上医院诊断证明和身份证直接到各转诊定点医院、医保大厅或通过手机APP上传相关材料照片办理,无需再找转诊定点医院医师开具转诊证明。

参保人办理转诊手续后一个医疗年度内有效,下次住院时不需要再次办理转诊手续。

16. 办理转诊手续和不办理转诊手续住院报销比例有什么区别?

答:参保居民转诊到市外协议医疗机构发生的符合规定的住院医疗费用,个人先负担15%;未办理转诊手续的,先负担40%。个人负担后符合政策规定其余部分,按基本医疗保险有关规定予以支付。

17. 到市外转诊住院的医疗费用怎么报销?

答:转往异地联网医院住院的(包括省内和跨省联网医院),办理外转诊手续后,持社保卡、身份证到异地医院医保窗口办理联网确认,出院时当场报销,只需支付个人负担的部分费用。转往未联网医院住院的,出院时提供:医院收费有效票据、住院费用清单、出院记录(诊断证明),到市内任一医保服务大厅报销。