

2024 年度泰州市市区城乡居民基本医疗保险宣传单

一、参保范围

具有市区户籍的城乡居民或持有市区居住证的非市区户籍人员（包括农村居民、城镇非从业居民、在校学生及未成年人）应参加泰州市市区城乡居民基本医疗保险。各类学校（含托幼机构）就读的在校学生参加城乡居民基本医疗保险，不受户籍限制。

城乡居民基本医疗保险 2024 结算年度为 2024 年 1 月 1 日至 12 月 31 日。首次参加本市城乡居民医保的新入学学生，在集中缴费期内足额缴纳 2024 年度城乡居民基本医疗保险费，自 2023 年 9 月 1 日开始享受相应待遇。

二、参保程序

市区城乡居民（不含在校学生）持身份证、户口簿或居住证（外籍人员需持有《外国人永久居留身份证》），到街道（乡镇）为民服务中心、社区（村）便民服务中心等基层服务平台办理参保手续。市区在校学生由所在学校在集中缴费期内集中登记参保缴费；市区户籍 18 周岁以下不在校就读的少年儿童，由其家长或法定监护人持户口簿等资料到基层服务平台办理参保缴费手续。

三、缴费标准

2024 年，市区城乡居民个人缴纳 480 元（其中 20 元为长期护理保险费）；一、二级重残人员缴纳 190 元；未成年人和在校学生个人缴纳 220 元。低保边缘家庭成员、支出型困难家庭中的大重病患者、具有当地户籍的临时救助对象中的大重病患者、市和市（区）人民政府规定的其他特殊困难人员中，成年人个人缴纳 92 元/人、学生儿童 44 元/人，个人缴费剩余部分由医疗救助资金资助。市区持有《中华人民共和国残疾人证》的一、二级残疾成年人个人缴纳 190 元/人，剩余部分由财政部门资助。其他符合条件的困难群体按规定予以资助参保。

四、医保缴费

市区城乡居民基本医疗保险费按年缴纳，集中缴费期是 2023 年 10 月 1 日至 12 月 31 日，城乡居民（不含在校学生）可通过“江苏税务社保缴纳”微信小程序、“江苏税务”APP 或泰州通 APP 线上缴费，也可到邮储银行、建行、农商行、工行、农行各网点和村（社区）便民服务中心线下缴费。城乡居民未在集中缴费期参保缴费的，将从缴费到账 2 个月后享受待遇。当年度大中专毕业生、外市户口迁入人员、退役人员、刑满释放人员参保，自参保缴费到账次日起享受待遇。当年出生的婴儿在出生后三个月内参保并足额缴纳相关年度费用，自其出生之日起发生的医疗费用按城乡居民基本医疗保险政策报销。

已参加城乡居民医保的人员，就业后由单位缴纳职工医保的，在缴费到账次日起享受职工医保待遇；转为以灵活就业人员身份参加职工医保的，自办理转换手续时向前计算连续参加基本医疗保险 2 年（含 2 年）以上的，且距末次待遇享受期结束不超过 3 个月，缴费次日起享受职工医保待遇。已参加职工医保的人员，因生活困难等原因转为参加城乡居民医保的，在其停缴职工医保后三个月内足额缴纳城乡居民医保参保费用的，自缴费到账次月起

开始享受城乡居民医保待遇；超过三个月的，自参保人员足额缴费到账当月起计算，2个月后享受城乡居民医保待遇。灵活就业人员在居民医保和职工医保间转换的，原则上一个医保年度内只可转换一次。

五、就医程序

（一）基层首诊

参保居民（不含在校学生和未成年人）应到门诊统筹定点医疗机构门诊就医，在定点社区卫生服务中心或卫生院住院就医，在院端实时结算。

（二）分级诊疗

参保人员就医实行基层首诊、分级诊疗、转诊备案、双向转诊的制度。参保人员（不含在校学生和未成年人）到泰州市内二级及以上定点医疗机构住院需经一级医疗机构转诊，已转诊到二级医疗机构需要转三级医疗机构的，可直接在二级医疗机构办理转诊。

（三）转诊转院

因医疗条件限制需要转诊泰州市外定点医疗机构就诊的，需经我市二级及以上具有转诊资质的定点医疗机构诊断后，参保人在医院填写《泰州市基本医疗保险转外就医备案表》，由定点医疗机构或联系医保经办机构直接办理。因病情危急未办理转诊手续外出就诊的，应及时补办相应手续。未按规定办理转诊手续的，参保人员发生的医疗费用按照未转诊政策报销。

未按规定实行分级诊疗办理转诊手续直接到泰州市内二、三级及市外定点医疗机构就诊的，除部分定额、限额结算的项目外城乡居民基本医疗保险报销比例在转诊待遇的基础上降低10个百分点。

（四）异地安置、长住人员的备案

参保人本人（或代办人）携带身份证、省社保卡、异地居住地的居住证，可以选择到各参保所属医保经办机构服务柜台、手机下载“江苏医保云”APP、国家异地就医备案微信小程序上进行备案手续，选择异地备案的地级市即可。

六、享受待遇

（一）普通门诊

参保人员在实施城市公立医院医药价格改革的医疗机构发生的门诊诊察费，城乡居民基本医疗保险基金按最高不超过6元/次的标准（不足6元的按实）报销。超标准的部分不纳入门诊慢性病、门诊特殊病统筹报销范围。参保人员在门诊统筹定点医疗机构及其社区卫生服务站（村卫生室）门诊就医，享受一般诊疗费待遇，门诊统筹基金支付8元/次和4元/次，一日内多次门诊统筹基金仅支付一次一般诊疗费。

（二）门诊统筹待遇

参保人员在门诊统筹定点医疗机构（包括在异地就医备案的就医地定点基层医疗机构）门诊就医，可享受门诊统筹待遇，在校学生和未成年人可在全市任一定点医疗机构就医。城乡居民（不含在校学生和未成年人）参保地的社区卫生服务中心（乡镇卫生院）为参保人员门诊统筹定点医疗机构。参保人员如因迁居或其他特殊原因，需变更门诊统筹定点医疗机构的，须凭有关手续在每年12月底前向原所属街道社区申请，经同意后到新街道社区选择定点医疗机构，原则上一个年度内不可变更。

一个结算年度内，参保人员连续合理治疗至痊愈（未有间断为一次，一般不超过7天），在门诊统筹定点医疗机构发生的政策范围内的门诊医疗费用，每次起付标准为30元，起付标准以上部分报销50%，年内累计最高报销500元。其中对实行乡镇一体化管理的村卫生室、社区卫生服务站不设起付标准，年内累计最高报销150元。

（三）意外伤害门诊待遇

在校学生和未成年人参保后因意外伤害发生的政策范围内的门诊医疗费用在100元（含100元）以内的不予支付，100元以上部分按90%的比例予以报销，报销总额最高不超过8000元。

（四）门诊慢性病

居民医保门诊慢性病共44种，分为两类：

一类门诊慢性病：阿尔茨海默症、白塞氏病、癫痫、多发性肌炎/多发性皮肤炎、风湿性心脏病、干燥综合征、肝功能衰竭、高血压（高危、极高危）合并靶器官损害或临床并发症、慢性心力衰竭、骨结核、冠心病（限冠状动脉旁路移植术后抗凝治疗和支架手术后抗凝治疗）、克罗恩病、溃疡性结肠炎、扩张型心肌病、淋巴结核、慢性肾脏病2期、慢性肾炎、慢性萎缩性胃炎、慢性阻塞性肺病、脑血管意外后遗症、脑梗死、帕金森氏病、视网膜黄斑变性、糖尿病出现并发症、银屑病、原发性血小板增多症、原发性血小板减少症、真性红细胞增多症、自身免疫性肝炎、自身免疫性溶血性贫血、脑性瘫痪、心脏瓣膜置换术后、肺纤维化等共33种。

二类门诊慢性病：风湿性关节炎/类风湿性关节炎、肝硬化（失代偿期）、慢性病毒性肝炎、强直性脊柱炎、系统性血管炎、系统性硬化症、运动神经元病、重症肌无力、骨髓纤维化、骨髓增生异常综合症、颅内良性肿瘤等共11种。

参保人员按照规定经备案后，享受门诊慢性病待遇。一个结算年度内，在定点医疗机构发生的政策范围内符合规定的门诊医疗费用，起付标准为200元。超出200元的费用市内一级及以下定点医疗机构报销60%、二级及以上定点医疗机构报销50%；在市外定点医疗机构发生的符合规定的门诊慢性病医疗费用，按规定办理异地就医备案的按照本地政策执行，办理转诊备案的报销比例为45%。未按规定办理异地就医、转诊备案的报销比例为35%。

门诊慢性病不设置药品目录限制，设立门诊慢性病居民医保统筹基金支付年度限额标准，一个结算年度内超出限额标准的费用由参保人员个人负担。年度限额标准为：一类慢性病2500元，二类慢性病5000元。参保人员患有两种及以上慢性病的限额标准为5000元。

门诊特殊病的辅助性治疗用药费用不设起付标准，报销比例和限额标准按照一类门诊慢性病标准执行。

符合高血压、糖尿病（以下简称“两病”）诊断标准且需采取药物治疗的患者，但不符合上述慢性病条件的“两病”患者按规定办理备案手续后，在泰州市内二级及以下定点医疗机构门诊就医，对门诊发生的符合规定的降血压或降血糖药品费用，一个医保结算年度内，起付标准为200元，一级及以下定点医疗机构（含实行乡镇一体化管理的村卫生室、社区卫生服务站）报

销 60%、二级定点医疗机构报销 50%，患有“两病”之一的，医保基金最高支付限额为 800 元，同时患有“两病”的，医保基金最高支付限额为 1000 元。“两病”患者按规定办理异地就医备案后，在泰州市外二级及以下定点医疗机构门诊就医的，待遇标准与市内一致；按规定办理转外就医的，报销比例降低 5 个百分点；未按规定要求直接到市外定点医疗机构门诊就医的，报销比例降低 10 个百分点。

（五）门诊特殊病报销

已办理门诊特殊病备案的参保人员在门诊进行恶性肿瘤放疗、化疗、介入治疗、生物靶向药物治疗、内分泌治疗，慢性肾功能衰竭（慢性肾脏病 3 期及以上）血液透析、腹膜透析、非透析治疗，血友病，器官移植术后抗排斥治疗，再生障碍性贫血，系统性红斑狼疮，肺结核，儿童 I 型糖尿病、儿童孤独症、儿童生长激素缺乏症等疾病治疗时，按照规定备案后，一个结算年度内发生的符合规定的门诊费用参照住院费用管理规定结算，起付标准为 400 元，报销比例为 75%。患精神分裂症、分裂情感性障碍、偏执性精神病、双向情感障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍、抑郁症等精神病种的参保人员，在专科医院门诊治疗发生的符合基本医疗保险范围的门诊费用，不设起付线，12000 元以内按实报销，12000 元以上的城乡居民基本医疗保险参保人员报销比例为 75%。未按规定办理转诊和异地就医备案到市外定点医疗机构门诊就医的，报销比例降低 10 个百分点。

（六）门慢、门特备案

参保人员携带病历资料（门诊病历或出院小结、病理报告等）到二级及以上定点医疗机构，填写《泰州市基本医疗保险门诊慢性病、特殊病申请表》，经副主任以上医师签字，由定点医疗机构或联系医保经办机构直接办理。参保人员凭相关出院小结等病历资料在泰州市内二级及以上具有特病门诊资质的定点医疗机构经副主任及以上医保医师诊断后办理特病门诊备案手续，也可凭相关材料直接到参保地医保经办机构办理。

（七）住院待遇

1、起付标准

参保人员在市内一级定点医疗机构住院起付标准 400 元，市内二级定点医疗机构住院起付标准 600 元，市内三级定点医疗机构住院起付标准 800 元，市外转诊定点医疗机构 1100 元。年度内第二次及以上住院起付标准减半，但不低于 400 元；15 日内因同一病种再次入院视同一次住院，如在不同级别医院住院，起付标准按就高原则收取，普通住院同一年度内连续住院时间每超过 90 天，视同另一次住院，需再次收取起付标准。

2、分段报销比例

一个结算年度内，发生政策范围内规定的起付线以上 6 万元以下的住院费用：市内一级定点医疗机构报销 88%，二级报销 72%，三级报销 66%，参保人员发生政策范围内 6 万元以上、20 万元以下的住院费用，由统筹基金报销 66%。按转诊规定到泰州市外定点医疗机构报销 61%，未按规定要求直接到市外定点医疗机构就医的，报销比例在转诊基础上降低 10 个百分点。

3、其他规定

(1) 患精神分裂症、分裂情感性障碍、偏执性精神病、双向情感障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍、抑郁症的基本医疗保险参保人员，在本市医保定点的精神专科医疗机构和设置精神科且签订协议的医疗机构住院治疗，发生的政策范围内费用实行按床日付费限额结算。一级及以下定点专科医院为 160 元/天，二级定点专科医院为 220 元/天，三级定点专科医院为 350 元/天。在在外定点医疗机构住院治疗发生的政策范围内费用，异地联网实时结算的按普通住院待遇结算，未联网实时结算的可选择按普通住院待遇结算或按床日付费限额结算。超出限额标准的，在本市定点精神医疗机构治疗的由医院承担，在在外定点医疗机构治疗的纳入大病保险报销范围按规定报销。

(2) 参保人员住院当日及前一日的门诊医疗费用按规定参照住院待遇报销。

(3) 政策范围内门（急）诊医疗费用按规定参照住院待遇报销的情形：经定点医疗机构急诊处置为 1 级的濒危病人和 2 级的危重病人，在门（急）诊紧急抢救的；经定点医疗机构急诊处置为 3 级的急症病人，在门（急）诊明确需要留院观察，并且在留院观察后直接转住院的。

（八）城乡居民大病保险待遇

城乡居民大病保险主要保障参保人员经城乡居民基本医疗保险报销后，个人负担超过一定水平的住院和门诊特殊病种的政策范围内医疗费用。起付标准为 1.5 万元，个人自付的合规费用超过 1.5 万元以上部分的费用实行分段补偿。具体补偿标准为：1.5 万元以上至 10 万元的部分，按 60% 的比例补偿；10 万元以上部分的费用，按 70% 的比例补偿。医疗救助人员大病保险起付线标准为 5000 元，个人自付的合规费用超过 5000 元部分的费用实行分段补偿。具体补偿标准为：5000 元以上至 10 万元的部分，按照 70% 的比例补偿；10 万元以上部分的费用，按 80% 的比例补偿。结算年度从当年 1 月 1 日至 12 月 31 日。

（九）生育待遇

符合国家、省人口和计划生育法规规定的情况下，参保人员在医疗保险定点医院分娩发生的符合规定的生育的医疗费用，实行限额补助支付 2000 元。政策范围内住院分娩医疗费用低于限额补助标准的，按实补助；高于限额补助标准的，按限额标准补助。在定点医疗机构发生的因生育而引起的流产、引产住院费用，统筹基金支付最高限额 1200 元，低于最高限额标准的按实支付，高于最高限额标准的按最高限额标准支付。在门诊统筹定点医疗机构发生的政策范围内产前检查、因生育而引起的流产、引产门诊费用，纳入城乡居民医保门诊统筹基金支付范围，享受门诊统筹待遇。

不符合《江苏省人口与计划生育条例》规定分娩的，但按时足额缴纳基本医疗保险费的，可按规定享受产前检查和住院分娩医疗费用待遇。

七、医疗费用报销办法

参保人员在已实现联网结算的定点医疗机构就医的，应优先使用本人医保电子凭证或社会保障卡在定点医疗机构实时结算；在未实现实时结算的定点医疗机构就医的，医疗费用先由本人垫付，后凭住院发票原件、费用明细

清单、出院小结（或出院记录）、社会保障卡和转诊（或异地就医）审批表等材料到医疗保险经办机构按规定报销。参保人员发生外伤的应在3个工作日内向当地医保经办机构履行告知义务。

泰州市医疗保险管理中心

2023.9



扫一扫下载“泰州通”APP



微信扫一扫
领取医保码



支付宝扫一扫
快速领取医保码



扫一扫下载安装江苏医保云APP



“江苏税务社保缴纳”微信小程序