

# 宁波市城乡居民基本医疗保险 参保人员就医结算问答

(适用于 2023 年度)

城乡居民基本医疗保险(简称城乡居保)是政府组织的社会保险,实行个人缴费和政府补贴相结合。市区各类城乡居民和学生参保后看病就医请注意以下问题:

## 一、参加城乡居保后可享受哪些医疗待遇?

城乡居保年度为每年1月1日至12月31日。

参保人员每年参保后,可按规定享受城乡居民基本医疗保险待遇,具体包括门诊医疗待遇、住院医疗待遇(急诊留院观察、家庭病床、住院期间院外检查购药视同为住院,下同)、门诊特殊病种治疗医疗待遇、转外地就医待遇,育龄妇女符合国家计划生育政策的生育医疗待遇。

参保人员在享受上述基本医疗保险待遇基础上,符合条件的,可按规定享受城乡居民大病保险待遇(具体待遇详见大病保险政策及宣传

资料)。

## 二、城乡居民参保后可享受什么样的门诊医疗待遇？

参保人员门诊就医发生的医疗费在一个医保年度内累计计算,根据就诊的医院不同,由医保基金和个人按不同比例分担,不设起付线,但设有最高支付限额。最高支付限额以上部分费用,由个人自付。门诊医疗待遇具体见下表:

人 员 类 别	年度内累计发生的门诊医疗费	
	4000元(含)以下	4000元以上
婴幼儿 及各类 学生、成 年居民	社区医院就医个人自付 40%,基金支付 60%; 三级医院就医个人自付 70%,基金支付 30%; 其他医院就医个人自付 55%,基金支付 45%;	个人自付

已纳入医保结算范围的高等院校医务室,可以接待本校参保学生的门诊就医,待遇结算标准按社区医院享受。

## 三、城乡居民参保后可享受什么样的住院医疗待遇？

参保人员住院发生的医疗费在一个医保年度内累计计算,起付线以下部分由个人自付,起

付线以上最高支付限额以下部分由医保基金和个人按不同比例分担，最高支付限额以上由个人自付。住院医疗待遇具体见下表：

人员类别	住院医疗费(年度内累计计算),最高支付限额以上基金不再支付			
	起付标准以下	起付线至4万元(含)	4万元至最高支付限额(含)	最高支付限额
成年居民	医疗费在起付线以下部分由个人自付,起付线额度: 三级医院 1200元;	社区医院就医由医保基金支付80%; 三级及其他医院就医由医保基金支付70%,其余由个人自付	社区医院就医由医保基金支付85%; 三级及其他医院就医由医保基金支付75%,其余由个人自付	30万元
婴幼儿及各类学生	其他医院 600元; 社区医院 300元	社区医院就医由医保基金支付85%; 三级及其他医院就医由医保基金支付80%,其余由个人自付	社区医院就医由医保基金支付90%; 三级及其他医院就医由医保基金支付85%,其余由个人自付	30万元

年度内多次住院的,其起付线按所住最高等级医院标准计算一次(即年度内起付线部分个人自付不超过1200元)。

门诊特殊病种治疗待遇享受人员住院时不设置起付线。自2023年2月起,家庭病床不设起付线,其他待遇同住院待遇。

#### 四、什么叫门诊特殊病种治疗项目治疗,参保人员可享受什么样的门诊特殊病种项目治疗待遇?

门诊特殊病种治疗具体项目有以下9类:  
(1)恶性肿瘤治疗(指门诊就医中发生的化疗、放疗、内分泌特异治疗、细胞免疫治疗、同位素治疗、介入治疗、中医药治疗相关费用,及与恶性肿瘤治疗相关的药品、手术、检查费用);(2)重症尿毒症透析治疗;(3)器官、组织移植术的符合医保支付范围的术后抗排异治疗;(4)双相情感障碍、中重度阿尔茨海默症(老年痴呆症)、精神分裂症、抑郁症(中、重度)、躁狂症、强迫症、精神发育迟缓伴发精神障碍、癫痫伴发精神障碍、偏执性精神病、儿童孤独症专科治疗(这10项精神类特殊病种应在有特殊病种治疗资格的精神病专科医院、三级医疗机构精神病专科、县级或行政区区级综合性医院的精神病专科就医);(5)系统性红斑狼疮治疗;(6)再生障碍性贫血治疗;(7)血友病治疗;(8)肺结核(包括耐多药肺结核)治疗;(9)癫痫治疗。

门诊特殊病种治疗项目治疗的医疗待遇仅

限于门诊治疗形式。参保人员在指定医疗机构门诊进行特殊病种治疗项目治疗发生的医疗费,在一个医保年度内累计计算,最高支付限额以下部分由医保基金和个人按不同比例分担,最高支付限额以上部分由个人自付。门诊特殊病种治疗医疗待遇具体见下表:

人员类别	年度内累计发生的门诊特殊病种治疗医疗费	
	25万元(含)以下	25万元以上
婴幼儿及各类学生	个人自付 20%, 基金支付 80%	个人全额自付
成年居民	个人自付 30%, 基金支付 70%	个人全额自付

## 五、哪些医院是三级医院? 什么样的医院叫社区医院?

市区目前按三级医院结算的医院有 17 家: 第一医院、宁波华美医院(第二医院)、李惠利医院、宁大附属医院(第三医院)、宁波大学附属人民医院(鄞州人民医院)、中国人民解放军联勤保障部队第九〇六医院(113 医院)、市中医院、妇儿医院、康宁医院、明州医院、宁波眼科医院、第五医院(肿瘤医院)、第六医院、鄞州第二医院

(宁波泌尿肾病专科医院)、北仑区人民医院(宗瑞医院)、宁波市精神病院、宁波鄞州中医院。其中三级甲等医院有9家:第一医院、宁波华美医院(第二医院)、李惠利医院、宁大附属医院(第三医院)、中国人民解放军联勤保障部队第九〇六医院(113医院)、市中医院、妇儿医院、康宁医院、宁波大学附属人民医院(鄞州人民医院)。

社区医院规范的名称叫社区卫生服务中心,每个街道(乡镇)都有一家,如西门街道社区卫生服务中心、白鹤街道社区卫生服务中心。参保人员在社区卫生服务中心及其下属的社区卫生服务站就医,享受的医保基金支付比例比三级医院高。

既不属于三级医院、又不属于社区医院的医院统称为其他医院。

**六、参保后是否所有的药品和治疗都可以使用?**

参保人员使用药品、使用医疗服务项目执行《浙江省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、《浙江省基本医疗保险医疗服务项

目目录》，分甲、乙两类，部分药品和项目根据疾病种类、疗程限定使用。参保人员使用乙类药品、乙类医疗服务项目需先由个人自付一定比例（乙类药个人自付比例一般为 1%或 3%，乙类医疗服务项目个人自付比例一般为 5%至 10%），再按医保待遇支付。出院时，需带与本次住院治疗相关药品的，不超过 15 天量；出院后尚需进行相关治疗及使用相关医用材料的，不应在住院医疗费中预先列支。

### 七、医疗费累计如何计算？

一个医保年度内每次结算的医疗费累计计算，因使用乙类药和乙类医疗服务项目（医用材料）个人按规定先自付的费用，医保基金支付范围之外的自费费用，不计入年度医疗费累计及住院起付线累计。

参保人员享受医疗待遇的标准按按医疗费就诊结算日期对应的年度确定；。

### 八、是否所有情况下看病都属于医保支付范围？

按《社会保险法》第 31 条规定，下列医疗费

不纳入医保基金支付范围：应当从工伤保险基金中支付的医疗费、应当由第三人负担的医疗费、应当由公共卫生负担的医疗费、在境外就医的医疗费。

### 九、参保后如何看病就医？

参保人员可选择宁波市任何一家医保定点医院进行门诊、住院治疗，或在门诊特殊病种指定治疗医院进行门诊特殊病种治疗。参保人员应持本人医保电子凭证或社保卡在全市范围定点医院直接结算。急诊住院未及时使用医保电子凭证或社保卡的，应在 72 小时内到医院补办登记。参保人员未按规定就医发生的医疗费，医保基金不予支付。

参保人员门诊（含部分门诊特殊病种治疗药品）就医中需要到药店进行处方外配的，可要求医院出具外配处方并加盖外配处方专用章，然后参保人持外配处方到医保定点药店进行药品外配（处方为开具当日有效，特殊情况下需延长有效期的，由开具处方的医师注明有效期限，但有效期最长不得超过 3 天），按出具处方的定

定点医院类别享受相应的门诊医疗待遇，处方外配发生的医疗费列入参保人员医疗费用累计。参保人员不能直接到药店购买处方药。

## 十、一些特殊情况如何办手续？

参保人员因病需进行下列治疗的，应事先备案手续。

程序 项目	医院提出意见	办理备案
门诊特殊 病种治疗	指定医院副主任及以上职称医师（精神科特病治疗由专科医师）提出诊疗意见，填写《享受规定（特殊慢性）病种备案表》	由定点医院职能部门通过医保系统，为参保人员代办备案手续
设立家庭 病床	临床诊断明确、病情稳定的非危重症且后续仍需要由医务人员进行连续观察治疗的疾病：（1）脑血管意外瘫痪康复期；（2）肿瘤术后或放、化疗后需支持治疗；（3）高血压、糖尿病合并慢性严重并发症；（4）骨折、关节置换术后及外伤需换药、拆线、康复等；（5）晚期肿瘤、偏瘫患者合并褥疮感染、尿滞留、吞咽困难的需定期换药、定期更换尿管、胃管；（6）慢性阻塞性肺疾病等严重肺部疾病。可在基层医疗卫生机构申请。	由定点基层医疗卫生机构职能部门通过医保系统，为参保人员代办备案手续
住院期间院 外检查购药	在本市就医住院期间，确因病情需要到其他医疗机构检查治疗或定点零售药店购药的，可凭《住院期间院外检查治疗或定点零售药店购药单》直接结算，相关费用按对应的住院待遇政策执行。	

## 十一、参保后可以在外地看病吗？

参保人员到外地(宁波市外)就医,分以下几种情况:

1. 浙江省内临时就医:参保人员在浙江省内其它城市医保定点医疗机构临时就医的,无需办理备案,可直接刷卡就医结算,医保基金支付比例在我市医保待遇基础上,下浮 10 个百分点。

2. 因病需转浙江省外就医:由就医的宁波市医保指定医院副主任及以上职称医师提出诊疗意见,填写《基本医疗保险参保人员转外就医备案表》,由定点医院职能部门通过医保系统,为参保人员代办备案手续。转外地就医可转往浙江省外中国境内当地医疗保险定点医疗机构,一次备案有效期为 12 个月,期间参保人员可多次到转外就医地就医。若转往医院无条件治疗,参保人员可转往当地其他定点医院治疗,就医地区域范围指当地地级市的区域范围,上海、北京、天津、重庆、海南、西藏为直辖市的区域范围或省域范围。有效期满若需继续去原转往就医

的医疗机构复诊的，可凭原转往就医的医疗机构出具的复诊意见，到宁波全大市内就近的参保关系所在地的医保经办机构直接办理转外地就医手续，也可通过手机浙里办 APP 办理转外地就医手续，不需重新开转外就医备案表。

转浙江省外普通门诊（住院）发生的医疗费，符合医保基金支付范围的，按以下两种情况在我市医保待遇基础上下浮医保基金支付比例。

一是跨省异地转诊人员按规定办理转外就医备案，或出院结算前按规定申请补办本次住院备案登记手续的，基金支付比例下浮 10 个百分点；

二是跨省其他临时外出就医人员或未在出院结算前办理备案登记手续的人员，基金支付下浮 20 个百分点。

3. 长期异地居住备案手续办理：参保人员长期异地居住（3 个月以上）的，可以申请办理异地长期居住人员备案。

办理长期异地居住备案时，参保人员可应持社保卡到宁波全大市内就近的医保经办机构

办理备案手续(,现场填写《基本医疗保险参保人员异地就医备案表》,),也可通过手机浙里办 APP 办理备案手续。办理备案手续后,可在备案居住地的医保定点医院范围内自行选择就医。办理备案时可自行确定备案起效时间(起效时间不早于备案时间),起效后可享受异地定点就医待遇。长期异地居住备案起效后3个月内不可撤销。有效期满后,参保人员由异地返回时,可持《基本医疗保险参保人员异地就医备案回执单》、社保卡到医保经办机构办理异地定点就医备案撤销手续,也可通过手机浙里办 APP 办理备案撤销。

参保人员办理异地长期居住人员备案转外地就医(含长期异地居住就医)备案的,就医地区域范围为当地地级市的区域范围,上海、北京、天津、重庆、海南、西藏为直辖市的区域范围或省域范围。

参加城乡居民医保的大学生在浙江省内其他城市医保定点医疗机构就医的,无需办理备案,可直接刷卡就医结算,其医疗费按在宁波市

相同级别医院就医的待遇结算。

## 十二、医疗费如何结算？

参保人员就医发生的医疗费，定点医院将属于医保基金支付的费用按规定记账后与医保经办机构结算；属于参保人员个人负担的由个人用现金支付。住院时个人按规定先预付一定金额的预付金，出院结算时多退少补。

参保人员在办理转省外就医或长期异地居住就医备案手续后，在省内异地联网结算定点医院就医凭本人社保卡直接就医结算住院及普通门诊、门诊特殊病种医疗费，在省外异地联网结算定点医院就医凭本人社保卡直接就医结算住院及普通门诊医疗费（门诊医疗费能否直接结算，根据就医地医疗机构实际开通情况）。其他各种情况无法直接结算医疗费的，先由个人垫付再到参保所在地的医保经办机构申请零星报销。

## 十三、医疗费如何零星报销？

参保人员因转外地就医、长住外地定点就医、本地急诊等原因，在定点医疗机构未能直接结算

而由个人全额垫付医疗费用的，在结算票据出具的 12 个月内，按规定到就近区（县、市）医保经办机构或通过浙里办 APP 申请零星报销。申请零星报销时，参保人应携带：

1. 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；委托他人办理的提供双方身份证件原件；

2. 医疗费用发票原件（含电子票据）；

3. 报销门诊费用时：门诊病历及医疗费用清单原件或复印件。报销住院时：住院费用汇总明细清单原件或复印件（加盖医院收费章）；出院记录原件或复印件；

4. 申请外伤医疗费报销的提供外伤经过情况说明原件一份；

5. 申请因交通事故或其他事故伤害兼有民事赔偿的医疗费报销的提供交警事故认定书、法院判决书、调解协议书等公检法部门出具的相关证明原件及复印件各一份。

#### **十四、医疗费中哪些需要个人负担？**

医疗费个人负担包括个人自费和个人自付。

个人自费是指不列入基本医疗保险支付范

围，按规定需由参保人员个人支付的医疗费用及其他费用。

个人自付是指列入基本医疗保险支付范围，按规定需由参保人员个人支付的医疗费用，包括乙类医疗费个人按比例先行自付的费用、起付标准内由个人自付的费用、进入统筹基金支付后个人按比例自付的费用，以及最高支付限额以上医保基金不予支付的部分。

#### 十五、育龄妇女参保后，生育医疗费能报销吗？

待遇享受期内的育龄妇女发生的符合国家计划生育政策的生育医疗费(含住院分娩医疗费及妊娠期间产前检查费)，按城乡居民医保待遇享受。已享受城乡居民医保生育医疗待遇的，不重复享受职工未就业配偶的生育定额补偿待遇。

参保人员享受生育医疗待遇以《出生医学证明》中新生儿出生日期对应的城乡居保年度和对应的参保人员类别确定。

#### 十六、社保卡、医保电子凭证能给其他人就医使用吗？

参保人员有不按政策规定将本人社保卡、

医保电子凭证供他人使用或冒用他人社保卡、医保电子凭证等行为,及以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的,由社会保险行政部门责令退回骗取的社会保险金,处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款。构成犯罪的,依法追究刑事责任。

市区医保政策咨询电话:12345(工作时间)

医保投诉、举报电话:87320240(工作时间)

★ 本资料供参考,具体以正式文件为准 ★