

附件：

# 贵阳贵安城乡居民基本医疗保险管理经办 服务指导手册

## 一、适用对象

本指导手册适用于：

- （一）贵阳贵安参加城乡居民医保的群众；
- （二）贵阳贵安各级城乡居民医保经办机构；
- （三）承接城乡居民医保基本医疗审核业务和大病保险经办服务的第三方商业保险公司；
- （四）贵阳贵安协议管理的定点医疗机构和特殊药品定点药店。

## 二、就诊管理

### （一）城乡居民医保支付类别

贵阳贵安城乡居民医保待遇支付类别包括：

- 1.普通住院类（普通住院、住院分娩、单病种包干等）；
- 2.普通门诊类；
- 3.特殊疾病门诊类（慢性病门诊、省级层面确定的 25 种重大疾病门诊部分、特殊药品门诊、高血压糖尿病两病专项门诊等）；
- 4.重大疾病住院类（省级层面确定的 25 种重大疾病住院部分）；

5.大病保险类。

## (二) 城乡居民医保报销政策

### 1.普通住院类报销政策

**(1) 省内住院就诊。** 贵阳贵安城乡居民医保参保群众选择在贵阳市范围内定点医疗机构就诊无需转诊备案,在贵州省内其他地市范围内定点医疗机构就诊无需转诊,但需进行省内异地就医备案。执行每次收取起付线政策(其中:单次住院周期内,因病情需要须上转的参保患者,只需补足高级别医院起付线差额部分;因病情缓解由上级医院下转的参保患者,不再收取起付线),具体报销比例、起付线及封顶线情况如下表:

医疗机构级别	基本医保 报销比例	个人支付 比例	起付线 (元)	封顶线 (元)
乡(镇)级	80%	20%	100	250000
一级	77%	23%		
二级	75%	25%	400	
县级三级	60%	40%	800	
省、市级三级			1000	
贵州省人民医院 贵州医科大学附属医院 贵州医科大学附属口腔医院 贵州省肿瘤医院			1400	

**(2) 省外住院就诊。** 贵阳贵安城乡居民医保参保群众选择在贵州省范围以外就诊,需选择在纳入国家医保信息系统中包含的异地就医医疗机构(可在国家医保服务平台 APP 中“异地联网定点医疗机构查询”模块查询)或省外公立医疗机构进行就诊,

否则城乡居民医保基金不予报销。对于已开通跨省异地联网即时结报的省外医疗机构，参保群众可在救治医疗机构享受医疗费用现场减免，对于暂未开通跨省异地联网结报的省外公立医疗机构，参保群众需自费结账后携带就诊相关资料返回参保年度内的参保乡（镇、街道）医保经办机构申请手工（零星）报销。

参保群众至省外医疗机构就诊，需进行转诊备案，并执行每次收取起付线政策，具体报销比例、起付线及封顶线情况如下表：

是否转诊	医疗机构级别	基本医保 报销比例	起付线 (元)	封顶线 (元)
经转诊	三级	60%	1400	250000
	二级	75%	400	
	一级	77%	100	
	乡（镇）级	80%		
非转诊	乡（镇）级、一、二、三级	30%	2000	

## 2.普通门诊类报销政策

贵阳贵安城乡居民医保普通门诊限制在参保区（市、县）内的县级及以下定点医疗机构，区（市、县）内的省、市级和区（市、县）外的定点医疗机构普通门诊就诊均不予报销（已明确开通指定区<市、县>城乡居民医保普通门诊结算的定点医疗机构除外），并执行每次收取起付线政策。具体报销比例、起付线及封顶线情况如下表：

医疗机构级别	基本医保 报销比例	个人支付比例	起付线 (元)	封顶线 (元)
县级一、二、三级	50%	50%	50	400
乡（镇）级	60%	40%	0	
村级	70%	30%	0	

门诊部、诊所	50%	50%	40	
--------	-----	-----	----	--

对乡（镇）卫生院（社区卫生服务中心）和承担基本公共卫生服务的村卫生室（社区卫生服务站），继续执行《贵州省物价局、省卫生厅、省人力资源和社会保障厅关于基层医疗卫生机构一般诊疗费项目和标准及有关问题的通知》（黔价医药〔2011〕158号）、《贵州省卫生厅办公室关于将基层医疗卫生机构一般诊疗费纳入新农合基金支付的通知》（黔卫办发〔2011〕220号）和《市医疗保障局 市卫生健康局 市财政局 市市场监督管理局关于全面取消医用耗材加成同步调整医疗服务价格的通知》（筑医保发〔2019〕67号）规定，城乡居民医保基金按8元/次的标准进行结算，每日多次诊疗、3日内同一疾病诊疗按1次计算予以支付。

### 3.特殊疾病门诊类报销政策

#### （1）慢性病门诊

城乡居民医保参保群众中，确诊为贵阳贵安城乡居民医保门诊慢性病明确的慢性病种，原则上可选择贵阳贵安行政区域范围内3家定点医疗机构作为定点救治机构（1所乡镇卫生院或社区卫生服务中心+1所县级定点医疗机构+1所省、市级定点医疗机构，特殊情况也可选择具有较强专科特色的定点医疗机构）作为其定点救治医疗机构享受慢性病门诊政策。

参保群众可自行到参保年度内的参保区（市、县）医保经办机构或就医所在定点医疗机构医保部门（定点医疗机构级别为：二级及以上医疗机构<综合医院或专科医院>）进行申办备案，经

核实后，由医保经办机构（医疗机构医保部门）在城乡居民医保信息系统中进行备案登记。若所选择医疗机构无治疗所用药品，可到参保区（市、县）医保经办机构进行同级定点治疗机构变更。

慢性病门诊参保患者必须到已选定备案的定点救治医疗机构进行治疗。未经参保区（市、县）医保经办机构备案，在非定点治疗机构治疗的门诊慢性病相关费用城乡居民医保基金不予支付。

慢性病门诊纳入病种、办理标准、就医要求、报销规则、申办审核流程等按照《关于规范实施贵阳市贵安新区城乡居民基本医疗保险门诊慢性病补偿服务管理的通知》（筑医保发〔2021〕1号）文件规定执行。

## **（2）高血压糖尿病两病专项门诊**

城乡居民医保参保群众中，确诊为高血压（1级高血压中的高危和很高危、2级高血压、3级高血压）且未发生靶器官损害或确诊为糖尿病（1型、2型）且未发生靶器官损害，需要长期采取门诊药物治疗的，按照就近、方便的原则，自主选择1-3家定点医疗机构，作为其定点救治医疗机构享受两病专项门诊政策。

两病专项门诊在信息系统中的病种信息设置由参保区（市、县）医保经办机构负责设置。报销规则按照《省医保局 省财政厅 省卫健委 省药监局关于完善城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制的实施意见》（黔医保发〔2019〕54号）文件规定执

行。

### **(3) 特殊药品门诊**

针对特殊药品实行定医院、定医师、定患者、定药品、定量用的“五定”管理。参保患者 1 个参保年度内可选择 1 家定点医院和 1 家定点药店作为其定点救治医疗机构，原则上 1 年不变，确需变更的，病种变更设置信息生效后原来的病种设置信息失效。

参保患者使用特殊药品前须进行用药条件认定。由参保患者持疾病诊治资料到省、市明确的特殊药品“五定”管理定点医疗机构向指定医师申请办理，填报《贵州省医疗保险特殊药品用药条件认定表》。资料初审通过后，由定点医疗机构医保部门在信息系统中负责设置病种信息，确认需要使用的特殊药品，实行即审即报。报销规则按照《贵州省医疗保障局关于做好基本医疗保险特殊药品使用管理的通知》（黔医保发〔2019〕79 号）文件规定执行。因特殊原因导致参保群众无法在定点救治医疗机构（特殊药品定点药店）进行即时结报的，可以返回参保地医保经办机构申请手工（零星）报销。

### **(4) 重大疾病**

参保群众罹患省级规定的 25 种重大疾病需门诊进行长周期治疗或住院治疗的，按照省级规定的重大疾病救治相关文件执行。

重大疾病病种信息设置由参保群众就诊时的重大疾病救治定点医疗机构医保部门负责设置，实行即审即报。因特殊原因导

致参保群众无法在定点救治医疗机构进行即时结报(跨省异地联网结报)的,可返回参保地医保经办机构申请手工(零星)报销。

#### 4.大病保险类报销政策

大病保险按照不低于城乡居民医保当年筹资总额的5%标准进行筹资,参保群众个人不再另行缴费,起赔标准为7000元,实行分段赔付。其中,贵阳贵安医保扶贫对象大病保险待遇按《贵阳市医疗保障扶贫行动实施方案》执行。

普通参保群众大病保险赔付标准

起赔段 (元)	赔付比例	最高支付限额 (元)
7000 (不含 7000) —60000	60%	200000
60000 (不含 60000) —90000	65%	
90000 以上	70%	

医保扶贫对象大病保险赔付标准

起赔段 (元)	赔付比例	最高支付限额 (元)
3500 (不含 3500) —60000	65%	无
60000 (不含 60000) —90000	70%	
90000 以上	75%	

#### (三) 贵阳贵安城乡居民医保待遇享受情况

贵阳贵安城乡居民医保参保群众各类就诊,按照不同的救治病种所产生的基本医保结算类型享受不同的待遇,具体待遇享受情况如下表(“◎”代表执行<享受>，“×”代表不执行<享受>,有备注说明的按备注说明执行<享受>):

结算类型	基本医保起付线 (频度：每次；诊 所、门诊部除外)	乙类目录参保 群众先行自付	大病保险	医疗救助
普通住院	◎	◎	◎	◎
普通门诊	◎	◎	×	×
普通门诊 (医疗救助对象)	◎	◎	×	◎
慢性病门诊	×	◎	◎	◎
重大疾病门诊	×	×	◎	◎
特殊药品门诊	×	◎ (执行单独目录)	◎	◎
两病专项门诊	×	◎ (执行单独目录)	◎	◎
重大疾病住院	×	×	◎	◎

#### (四) 特殊疾病门诊类和重大疾病住院类管理经办要求

##### 1. 病种信息设置的有效期

对于特殊疾病门诊类和重大疾病住院类两类特殊疾病，均需按照规定在信息系统中完成病种信息设置，实行审核备案管理。符合特殊疾病政策保障范围的参保群众，正常缴费参加次年城乡居民医保的人员，其病种设置有效期如下：

##### (1) 执行年度审核制的门诊慢性病：

1 个自然年度（如：病种有效期最长到当年 12 月 31 日）

##### (2) 不执行年度审核制的门诊慢性病：

1 个持续周期，并根据参保群众病情发展、生存状态等综合情况及时变更。病种变更设置信息生效后原来的病种设置信息失效（如：病种有效期为 2020 年 5 月 1 日至长期）

##### (3) 高血压糖尿病两病专项门诊：

1 个持续周期，并根据参保群众病情发展、生存状态等综合情况及时变更。病种变更设置信息生效后原来的病种设置信息失效（如：病种有效期为 2020 年 5 月 1 日至长期）

（4）特殊药品门诊：

1 个自然年度（如：病种有效期最长到当年 12 月 31 日）

（5）重大疾病门诊及住院：

原则上为 1 个完整年度。对于部分超过 1 年治疗周期的重大疾病病种，按该重大疾病病种全程治疗周期进行病种信息设置，并根据参保群众病情发展、生存状态等综合情况及时变更，病种变更设置信息生效后原来的病种设置信息失效。（如：高危组儿童急性淋巴细胞白血病<三年期>，病种有效期为 2020 年 5 月 1 日至 2023 年 4 月 30 日）

## **2.病种信息设置的管理**

各级医保经办机构和定点医疗机构需按规定执行两病专项门诊、门诊慢性病、特殊药品门诊、重大疾病相关政策。

原则上对适用非普通类疾病管理的参保患者，按其病情发展程度实行分层管理，各级医保经办机构和定点救治医疗机构应及时根据病人病情情况重新核定其相应待遇，确保参保患者待遇水平不降低，同时避免重复报销、重复享受待遇政策，推动合理诊疗和科学施治。

做好特殊疾病门诊和住院保障政策的衔接。对因病情需要住院就医的特殊疾病门诊类参保患者，住院期间的医疗费用按贵阳

市普通住院或重大疾病住院报销政策执行，期间不能同时发生特殊疾病门诊医疗费用。

### **3.病种年度审核的管理**

执行年度审核制的慢性病门诊，参保区（市、县）医保经办机构 and 定点救治医疗机构在信息系统中设置的病种信息在参保年度12月31日自动失效。符合慢性病政策保障范围的参保群众，正常缴费参加次年城乡居民医保的人员，在次年1月1日后需携带慢性病门诊申办相关资料返回参保区（市、县）医保经办机构进行新一年的慢性病门诊待遇审核。

无需执行年度审核制的慢性病门诊，参保区（市、县）医保经办机构 and 定点救治医疗机构在信息系统中设置的病种信息最大有效期可选择“长期”，参保群众在城乡居民医保待遇享受期内可享受慢性病门诊政策。

经参保区（市、县）医保经办机构审核确认符合高血压糖尿病两病专项门诊保障范围的参保人员，待遇有效期为当年参保年度，正常缴费参加次年城乡居民医保的人员，在病情无变化前提下可不进行年度审核，待遇自动延续。确因进一步检查、诊疗发现病情有变化的参保群众应及时向参保区（市、县）医保经办机构提供有关资料，以便重新核定两病专项门诊待遇。

符合特殊药品门诊保障范围的参保人员，在病种设置有效期内正常享受特殊药品门诊政策。确因进一步检查、诊疗发现病情有变化的参保群众应及时向参保区（市、县）医保经办机构提供

有关资料，以便重新核定特殊药品门诊待遇。

重大疾病中非单次治疗的病种（如：透析治疗、放化疗治疗、药物控制治疗、长周期治疗和协议周期治疗）定点救治医疗机构在信息系统中设置的病种信息最大有效期可选择协议周期完结时间或“长期”，参保群众在城乡居民医保待遇享受期内可享受特殊药品门诊（重大疾病）政策。重大疾病中单次治疗的病种实行即审即报，审核后方可按重大疾病政策享受待遇。

定点救治医疗机构负责设置的慢性病门诊、特殊药品门诊、重大疾病申办资料由医院医保部门留存备查。

#### **4.起付线和就医管理**

基本医疗保险执行的起付线部分，不纳入“三重医疗保障”政策范围内费用参与费用核算。

特殊疾病门诊类（慢性病门诊、省级层面确定的 25 种重大疾病门诊部分、特殊药品门诊、高血压糖尿病两病专项门诊等）和重大疾病住院类（省级层面确定的 25 种重大疾病住院部分）实行定点救治（即：慢性病门诊、特殊药品门诊、两病专项门诊参保患者需在自主选定并审核通过的定点救治医疗机构就诊；重大疾病参保患者需在全省定点医疗机构中选择已明确为重大疾病定点救治医院作为定点救治医疗机构并经审核后就诊），城乡居民医保基金按省、市明确的定（限）额标准和相应报销比例予以报销。对于不按指定用药或不在指定的定点救治医疗机构就医所产生的费用一律按普通住院（门诊）类报销政策予以报销，违

反特殊疾病门诊、重大疾病救治和城乡居民医保相关待遇政策的，不予报销。

上述两类疾病审核后方可享受特殊疾病待遇，城乡居民医保基金对于审核前发生的相关费用不按特殊疾病门诊和重大疾病相关待遇予以支付。

对于长周期治疗和协议周期治疗的参保患者，因参保患者治疗中途死亡、自主终止协议治疗等情况，导致定点救治医疗机构未完成完整周期治疗的，定点救治医疗机构据实录入参保患者医疗费用，城乡居民医保基金据实予以支付。

### **三、按病种付费及医药耗材管理**

#### **（一）单病种付费管理**

对贵阳贵安城乡居民医保参保群众实行定额收费；有合并症的实行再包干，住院费用收费按：单病种费用+（单病种费用×30%）作为手术费治疗费和药品费用再包干；或是合并其他系统疾病影响本次单病种疾病治疗的，住院费用收费按：单病种费用+（单病种费用×20%）作为治疗及药品费用再包干，不得以其他理由增加收费。

单病种合并症和并发症加收的病种信息设置由参保群众选择就诊时的定点医疗机构医保部门负责在医保信息系统中进行申报，并及时联系参保区（市、县）医保经办机构完成本次需加收费用的审核，实行即审即报。

实行按病种付费的疾病，报销不设起付线，城乡居民医保基

金只按定点医疗机构级别对应的报销比例予以支付，超出单病种费用标准的部分，由定点医疗机构承担。

实施按病种付费管理的患者，定点医疗机构需与参保群众签订单病种包干告知书，参保患者住院治疗期间，自愿选择个性化需求的诊疗及其他服务项目须经本人同意，医院与患者双方需签订个性化需求知情告知书，所发生的个性化需求医药费用由本人承担。

定点救治医疗机构负责申报的单病种再包干相关资料由医院医保部门留存备查。

## （二）医疗药品及耗材管理

### 1.特殊医用材料

特殊医用材料是指城乡居民医保定点医疗机构根据参保群众病情需要必须使用的，符合城乡居民医保报销政策规范的人工器官、体内放置材料等。严禁将成套的高值耗材内各组件进行分解计费。

使用医用材料前要充分尊重患者的知情权、选择权。医用材料的使用须符合医学原理和医疗操作常规，定点医疗机构要掌握好临床适应症，不得滥用。临床医师应根据患者的病情需要、患者的家庭经济条件，推荐适当的特殊医用材料供患方选择。在使用前，医师应告知医用材料的性能、价格与用途、所承担的风险及经济负担，不得诱导、暗示、强迫参保患者使用，并在患者或其家属签字同意后使用，未经患者或其家属签字同意使用医用材

料所产生的费用，由定点医疗机构承担。

定点医疗机构使用医用材料后，所用材料的条形码标签须粘贴到患者病历（手术记录单）上备查，对于单个材料无条形码的，须在病历上注明外包装上的条形码；对于多个同类型材料只粘贴1个条形码并注明使用数量。医保经办机构在审核中如发现漏贴、错粘条形码，或粘贴的条形码与病案记录和收费清单不一致等情况，均视同乱收费，城乡居民医保基金不予支付。严禁医用材料重复使用、串换使用，因医用材料质量问题造成的经济损失和医疗风险由定点医疗机构承担。

住院参保患者使用的特殊医用材料应由医院直接提供，发生的所有费用均计入住院费用中，严禁向患者提供院外特殊医用材料发票。定点医疗机构使用的医用材料须是有资质的厂家生产、达到国家相关标准的产品，有正规的进货渠道和发票，采购及定价要符合医保行政主管部门招采的有关规定，对医用材料要进行登记和统一保管。

## **2.低值易耗医用材料**

参保群众在定点医疗机构治疗过程中，定点医疗机构按照医疗服务项目开展的诊疗行为所须使用的一次性医用材料（如：棉签、棉球、医用手套、纱布绷带、一次性使用换药包、一次性使用清创缝合包、一次性检查垫、输液贴等）和贵州省医疗服务项目价格中列为项目内涵的低值易耗医用材料，城乡居民医保基金不予支付。（明确可单独计费的低值易耗医用材料除外）

### 3.药品管理

贵阳贵安城乡居民医保的用药范围执行全省统一的《基本医疗保险药品目录》。药品目录实行分类管理，除特殊药品规定以外的全部待遇支付类别中的药品报销待遇均执行分类报销政策，其中甲类药品个人先行支付比例为 0，乙类药品个人先行自付比例为 15%，全自费类药品个人先行自付比例为 100%。

特殊药品的个人先行自付比例，按《贵州省医疗保障局关于做好基本医疗保险特殊药品使用管理的通知》（黔医保发〔2019〕79号）文件规定执行。

### 四、中医适宜技术规范

支持定点医疗机构发展中医适宜技术，促进中医药传承创新发展。贵阳贵安城乡居民医保基金提高定点医疗机构使用中药的报销比例。对于定点医疗机构使用中药配方治疗相关疾病，疾病诊断与用药相符的中药饮片（颗粒剂除外）相应提高 10% 予以报销。

定点医疗机构开展的中医治疗方案，原则上控制在 5-7 天内，并应在病历中进行疗效分析、评估。根据病情发展情况确需调整治疗方案，需报医保经办机构备案。

定点医疗机构开展的中医治疗项目应有大致的疗程规定，如 7-15 天为 1 疗程。特殊的病种和患者可有特殊的处理，如神经系统受损患者可持续处理，病历要有详细说明延迟疗程的原因。中医治疗项目需双方签字，经治医务人员必须要有相应资质。

对于参保群众开展的中医治疗项目，频度、适应症、禁忌症以及治疗方案应具有个体差异，定点医疗机构需择优选择最佳方案开展诊治。同一天内治疗方法不超过4种，特例处理不超过5种，治疗5-7天后，可随参保患者病情变化更换治疗方法。超出上述的特殊处理，定点医疗机构需向医保经办机构备案，且在参保患者病历中体现具体原因。

## 五、转诊备案制度

贵阳贵安城乡居民医保参保群众选择在贵州省范围以外就诊，执行转诊备案制度，并严格实行转诊与非转诊差异化补偿政策。经由参保区（市、县）医保经办机构在信息系统内完成转诊备案登记或参保群众通过医保部门公布的网站、手机APP、公众号等网上办理方式进行电子备案后，参保患者医疗费用使用医保结算时方可按照“经转诊”的报销比例予以计算报销费用。

（一）跨省异地就诊执行转诊备案适用以下3类情形：

**1.跨省异地转诊。**参保人员参保年度内因省内医疗条件限制和疾病诊疗需要，需转往省外医疗机构住院治疗的。

**2.跨省异地急诊。**参保人员参保年度内离开贵州省域范围，因患急症，依照就近就医原则，选择在省外医疗机构住院治疗的。

**3.跨省异地居住。**参保人员参保年度内在省外务工、经商或随父母（子女、亲属等）在省外长期居住，选择在居住所在省或临近省医疗机构住院治疗的。

（二）跨省异地就诊转诊备案办理流程如下：

**1.跨省异地转诊。**参保患者因病情需要到省外医疗机构救治的，首先应在贵州省三级医疗机构出具转诊（转院）医院意见，再到各参保年度内参保区（市、县）医保经办机构办理转诊备案登记。区（市、县）医保经办机构应按照分级诊疗的有关要求，对申请转诊参保群众进行严格审查，经审查同意转诊至省外医疗机构的，在城乡居民医保信息系统中完成转诊备案登记并告知参保群众。

如因同一疾病（术后处理、二次手术等）反复至同一家省外医疗机构住院的，可不再重新转诊备案。

**2.跨省异地急诊。**参保患者因危急症疾病住院等特殊情况下，一律实行入院后5个工作日内电话报备，参保群众（委托人）需向参保区（市、县）医保经办机构进行转诊备案登记。

**3.跨省异地居住。**参保群众在省外务工、经商或随父母（子女、亲属等）在省外长期居住的，可向参保区（市、县）医保经办机构通过现场送达、网上申报等方式提供本人居民身份证、参保凭证（社会保障卡、就诊证）和异地居住（务工、经商）等证明材料办理转诊备案登记。

### （三）跨省异地就诊转诊备案经办咨询

贵安新区、各区（市、县）医保部门应及时向贵阳贵安社会公众公布所辖乡（镇、街道）受理转诊备案业务咨询渠道。

## 六、意外伤害类医保费用结算

参保群众发生意外伤害后产生的住院费用，适用基金支出公

示相关规定。参保群众参保年度内的参保区（市、县）医保经办机构依申请受理发生意外伤害的参保群众的意外伤害申办事宜。经区（市、县）医保经办机构调查公示无异议的意外伤害申办事宜，及时为参保群众出具意外伤害调查证明（附件1）。

为进一步推进“放管服”改革，简化城乡居民医保参保患者因意外伤害住院医疗费用报销程序，在贵阳贵安试行意外伤害报销承诺制，适用于参保群众发生的意外伤害无法由具体单位（组织）及证明人给予其证明的情况。县、乡医保经办机构和参保群众就诊定点医疗机构向参保群众提供意外伤害申报表（附件2），参保群众如实填报交由县、乡医保经办机构确认后，可先行为参保群众出具意外伤害审核表（附件2）用于医保费用结算，但县、乡医保经办机构需开展事后核查公示。

对于参保群众在住院结算前已办理完成意外伤害调查证明（意外伤害审核表）并提供给定点医疗机构的，可在定点医疗机构享受即时结报，定点医疗机构不得以任何理由拒绝为参保群众提供城乡居民医保即时结报服务。参保群众提供的意外伤害证明（意外伤害审核表）作为其本次就诊病历资料装档。

医保经办机构开展的意外伤害调查（核查）可要求乡（镇、街道）、村两级相关部门、承接大病保险第三方商业保险公司配合参与调查（核查），调查（核查）结果适用于城乡居民医保“三重医疗保障”范畴。意外伤害参保患者选择救治的定点医疗机构要积极协助参保区（市、县）经办机构或第三方（商业保险公司）

调查（核查），提供参保患者医学伤情相关资料。

参保群众因意外伤害产生的医疗费用依法应当由第三方负担，但第三方暂无支付能力、无支付能力或者无法确定第三方的，经医保行政主管部门研究同意后，可先由城乡居民医保基金先行支付。城乡居民医保基金先行支付后，有权向责任患者及其家属追偿。

参保群众在住院结算时不能向定点医疗机构提供意外伤害证明或定点医疗机构诊治时发现明显属于不予报销范围内的意外伤害医疗费用（如存在第三方责任、服毒自杀等），一律不实行即时结报。

定点医疗机构在收治“类似意外伤害”（如术后内固定材料取出、术后材料再次植入等）参保患者，本次城乡居民医保结算不适用于意外伤害范畴，不得向参保群众索取意外伤害调查证明并拒绝为参保群众提供城乡居民医保即时结报服务。参保地医保经办机构通过手工（零星）报销方式受理类似情形的城乡居民医保费用申办参照执行。

## **七、其他规定**

### **（一）院外检查费用报销**

参保群众在定点医疗机构就医时，住院期间因定点医疗机构缺乏检查设备需要到其他公立医疗机构检查的，所发生的检查费用纳入当次住院费用，定点医疗机构需将院外检查相关费用如实计入参保群众本次医保就诊费用中，一并按政策规定予以报销。

本次产生的院外检查费用的基本医保、大病保险和医疗救助部分由定点医疗机构先行垫付，按政策规定向相应医保经办机构进行费用申报。院外检查的相关资料，定点医疗机构需按照城乡居民医保垫付费申报资料归档要求，同本次参保群众住院病历一并归档整理后留存备查。

## （二）大学生医保费用报销

参加城乡居民医保的大学生，其医保待遇同参加城乡居民医保参保群众一致。为其提供医保服务的定点医疗机构所垫付的医保费用按规定向所在地的区（市、县）医保经办机构进行费用申报，其发生的医保行为受所在地的区（市、县）医保行政主管部门监管。

## （三）门诊部及诊所医保费用报销及管理

门诊部及诊所按照县级及以下级别的定点医疗机构进行管理，开通的医保支付类别为普通门诊类。门诊部及诊所原则上开展医保结算的对象为其所在地的区（市、县）的参保群众，跨区（市、县）参保群众普通门诊就诊均不予报销（已明确开通指定区<市、县>城乡居民医保普通门诊结算的除外）。

门诊部及诊所需为参保患者开展即时结报服务，其垫付的医保费用按规定向所在地的区（市、县）医保经办机构进行费用申报，其发生的医保行为受所在地的区（市、县）医保行政主管部门监管。

## （四）肺结核患者费用报销

参保群众患肺结核（肺外结核例外），在结核病定点医疗机构治疗的，按《贵州省卫生厅办公室关于印发〈贵州省新农合肺结核实施按病种付费试点工作实施方案（试行）〉的通知》（黔卫办发〔2012〕130号）执行，公共卫生服务项目经费补偿救治费用标准的15%，城乡居民医保基金补助资金补偿救治费用标准的85%，患者在规定的治疗范围内不再缴纳费用。在非结核病定点医疗机构治疗的（除危重病人抢救费用），城乡居民医保基金不予报销。

#### （五）指纹识别管理

在贵阳贵安城乡居民医保管理经办过程中使用指纹识别进行管控。参保群众在发生普通门诊类城乡居民医保费用结算时需进行参保群众指纹信息验证，指纹信息验证通过后予以医保费用结算。7岁以下儿童、70岁以上老年人、长期劳作导致指纹磨损、行动不变和无民事行为能力人等特殊人群可到乡（镇、街道）医保经办机构备案后取消指纹识别。参保群众取消指纹识别、更改指纹信息医保经办机构必须做好登记台账并注明原因。

### 八、城乡居民医保不予报销情形

除省级医保行政主管部门统一的基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施三目录以外和国家、省级规定的不予报销项目外，还包括以下不予报销项目：

（一）就诊行为类：1.因交通事故、医疗事故、职业病（除尘肺矽肺）、工伤、车祸等应由工伤保险、生育保险基金、商业

保险和第三方承担的医疗费用；2.因司法鉴定、劳动鉴定、打架斗殴、自杀自残（无民事行为能力人除外）、戒毒、违反法律法规、冒名顶替住院、至国外和港澳台地区就诊、计划生育手术（非医学指征引产、人工流产、上环、取环、结扎手术、人工受孕、输卵管再通术等）、不孕不育症、性功能障碍、性病（淋病、梅毒、尖锐湿疣等，先天性除外）等治疗的医疗费。

（二）超出政策范围以外类：1.未经医保经办部门备案，在非定点医疗机构就诊（急诊除外）；2.超过省、市医疗服务价格部门规定的医疗服务价格收费标准部分和明确规定不允许单独收费项目；3.不遵医嘱拒不出院以及挂床住院发生的费用；4.医疗费用发票原件遗失又不能提供有效依据的；5.未经卫生健康行政主管部门批准备案而引进的新技术、新疗法、新增高端医疗设备；6.参加其他医疗保险已享受报销或享受其他优惠政策（社会捐助）后，合计获得金额超过其实际支出费用的；7.零售药店外购药品；8.定点医疗机构执业登记注册的诊疗服务项目以外发生的医疗费用；9.由政府另行安排资金的公共卫生服务项目。

（三）服务项目类。1.就（转）诊交通费、救护车费、取暖（降温）费、电视电话费、损坏公物赔偿费、生活服务费等；2.病历工本费、疾病证明费、诊断建议书费等；3.出诊费、检查治疗加急费、点名手术附加费、优质优价费、上门服务费、自请特别护理费、医疗废弃物处置费等；4.特需医疗服务项目；5.挂号费，院外会诊费，家庭病床、干部床位费等；6.微机查询与管理

费、各种账单工本费、磁卡费等。

(四) 非疾病治疗项目类。1. 新型昂贵的非必需的特殊检查项目；2. 各种非功能性生理缺陷治疗，美容、健美项目及非功能性整容、矫形手术等非疾病治疗项目。如：单眼皮改双眼皮、验光配镜、装配义眼、厚唇变薄唇、矫治口吃、斜视、O形腿、X形腿、视力矫正、镶牙、种植牙、洁牙、牙列不整矫治、黄黑牙、牙缺损、色斑牙、烤瓷牙、假牙、正颌、隆鼻、鼻畸形矫正、酒窝再造、除皱、脱毛、隆乳、脂肪抽吸、变性、雀斑、粉刺、痤疮、疤痕、色素沉着、腋臭、脱发、白发、脱痣、穿耳、平疣、副乳、减肥、增高、按摩等；3. 人体信息诊断、电脑选择最佳妊娠期、胎儿性别与胎儿发育检查等诊疗项目；4. 各种戒烟的诊疗项目；5. 各种健康体检、养生、预防保健性的诊疗项目等项目，如各种疫苗(突发重大公共卫生事件需要接种的疫苗按国家相关政策执行)、预防接种、疾病普查普治、婚前检查、产前筛查、新生儿疾病筛查、新生儿听力筛查、体检项目等；6. 各种预测、评定、咨询及鉴定等(包括中风预测、健康预测、疾病预测，日常生活能力评定、引导式教育训练，非精神病或神经系统疾病所需的记忆力评定、认知知觉功能检查、言语能力评定、医疗咨询、医疗鉴定等)；7. 临时羁押人员 5 项检查(B超、心电图、临床检查、生化、放射)。

(五) 诊疗设备及医用材料类。1. 应用正电子发射断层装置 PET、电子束 CT、眼科准分子激光治疗仪等大型医疗设备进行

的检查治疗项目；2.健脑器、皮（钢）背心、钢围腰、钢头颈、胃托、肾托、阴囊托、子宫托、拐杖、轮椅（残疾车）、畸形鞋垫、药枕、药垫、热敷袋、压脉带、输液网、提睾带、疝气带、护膝带、人工肛袋、弹力绷带、弹力袜等器具；3.各种检查检测仪（器）、治疗仪（器）、理疗仪（器）、按摩器和电（磁）疗用品等治疗器械；4.眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具。

（四）治疗项目类。1.前列腺增生微波（射频消融术除外）治疗、内镜逆行阑尾造影术、超声体外碎石等诊疗项目；2.音乐疗法（精神病人除外）、心理疗法（精神病人除外）、暗示疗法与诱导疗法（精神病人除外）、磁疗法、水吧疗法、氧吧疗法、体位疗法、营养疗法、电子生物反馈疗法、气压疗法、气功疗法、保健疗法、借助仪器设备开展的中医康复理疗项目（不含电针）等辅助治疗项目；3.体外受精联合胚胎移植；4.各类科研、教学、临床验证性的诊疗项目；5.阴道紧缩术、阴茎整形术；6.光疗（新生儿蓝光治疗除外）、红外线治疗、微波治疗、脉冲治疗、冷疗、热疗、泥疗、电按摩、静电膜治疗、电针功能检查评定；7.除肾脏、心脏瓣膜、角膜、皮肤、血管、骨、骨髓移植外的其他器官或组织移植费用；8.各类器官或组织移植的器官源或组织源及器官或组织供体手术产生医疗费用；9.非急救抢救使用血液制品及用血互助金。

（五）不予支付费用的医疗服务设施范围。1.食品保温箱费

和损坏公物赔偿以及水、电、气等费；2.护工费、洗澡费、药浴费、理发费、洗涤费等；3.门诊煎药费、中药加工费、新生儿配方奶粉劳务费；4.文娱活动费、报刊杂志费、健身活动费；5.膳食费；6.鲜花与插花费；7.尸体存放费、冷藏尸体费，各种科研性、临床实验性诊疗项目。

（六）超过报销申办时限。参保群众通过手工（零星）报销方式返回参保地申办城乡居民医保报销费用事宜的，参保群众应在医疗费用结算当日起6个月内到参保乡（镇、街道）医保经办机构申办手工（零星）报销，因个人原因超过1年未办理的（例如：2021年1月20日携出院时间为2020年1月20日前的医疗费用资料进行申办，国家和各级政府为应对突发事件进行人员流动管控期间除外）作自动放弃待遇享受处理，城乡居民医保基金不予支付，时间以该次申报发票（结算单）上的出院时间起算。

## 九、报销所需资料、时限及资金拨付

### （一）现场即时结报

参保群众至贵阳贵安已开通“三重医疗保障”“一站式”即时结报的定点医疗机构就诊时，享受“三重医疗保障”“一站式”即时结报服务，统一在就诊定点医疗机构医保窗口办理报销事宜，仅需支付应由个人自负部分的费用，应由基本医保、大病保险和医疗救助等支付费用，由医保经办机构、大病保险承办机构及医疗救助管理机构与定点医疗机构直接结算，无需参保人员先垫付再报销。定点医疗机构需向参保群众提供“三重医疗保障”结算相关

单据。同时，根据国家“放管服”工作要求，进一步简化定点医疗机构申报资料，具体需提供申报资料如下：

### **1. 开通电子发票定点医疗机构需向各级医保经办机构提供费用申报资料：**

(1) 普通门诊、普通住院、慢性病门诊、两病专项门诊、特药门诊、重大疾病门诊及住院**基本医保部分**需提供以下资料：  
①申报费用汇总表（附件3）；②申报费用明细表（附件4）；③定点医疗机构医保部门自审报告。

(2) 普通门诊、普通住院、慢性病门诊、两病专项门诊、特药门诊、重大疾病门诊及住院**医疗救助部分**需提供以下资料：  
①申报费用汇总表（附件5）；②申报费用明细表（附件6）。

### **2. 未开通电子发票定点医疗机构需向各级医保经办机构提供费用申报资料：**

在已开通电子发票定点医疗机构提供资料的基础上增加1项，即：门诊（住院）发票（只有基本医保或医疗救助的提供原件；同时有基本医保和医疗救助的，基本医保提供原件，医疗救助提供复印件）。

### **3. 资料收集相关要求：**

(1) 定点医疗机构提供的各类申报费用汇总表可汇总至1张表格中，但需注明结算类别（普通门诊、普通住院、慢性病门诊、两病专项门诊、特药门诊、重大疾病门诊及住院等），基本医保申报资料按参保地归集，提供1份即可；医疗救助申报资料

按救助对象认定地归集，提供 3 份。

(2) 申报资料必须加盖定点医疗机构公章或财务专用章，未盖章的申报资料一律视为无效申报，各级医保经办机构拒收并当场退回。

(3) 较《关于在全市范围内实施“三重医疗保障”“一站式”结算的通知》（筑医保发〔2020〕18号）精简的申报资料由定点医疗机构留存随时备查。

(4) 由县级负责审核的定点医疗机构申报资料可参照以上标准自行确定。

## (二) 手工（零星）报销

参保群众因各种原因导致适用城乡居民医保政策报销的医疗费用未享受即时结报的，可携带就诊相关资料返回参保乡（镇、街道）医保经办机构进行手工（零星）报销申办。

### 1. 参保群众返回参保地报销所需提供资料：

**(1) 普通门诊基本医保报销：**① 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡或就诊证；② 门诊发票原件；③ 费用明细清单；④ 参保人员银行账号。

**(2) 普通住院基本医保报销：**① 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡或就诊证；② 住院发票原件；③ 费用明细清单；④ 出院小结；⑤ 参保人员银行账号。

**(3) 特殊疾病门诊和重大疾病基本医保报销：**① 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡或就诊证；② 门诊（住院）发票原

件；③门诊慢性病医疗证（特殊药品用药条件认定表、重大疾病确诊表）；④出院小结（门诊治疗终末期肾病、妇女“两癌”放化疗、耐多药性肺结核患者需门诊治疗小结）；⑤参保人员银行账号。

## 2.资料收集相关要求：

（1）各种手工（零星）报销委托代理人办理的，需同时提供代理人身份证件和患者授权书；

（2）属于特殊困难人群但未在医保信息系统内标识的，应由对象认定部门进行核实；属于经转诊的，需同时核实转诊备案信息；属于意外伤害的，需同时提供意外伤害调查证明（意外伤害审核表）。

### （三）申报资料出现相应问题的处理

1.发票原件丢失的，需提供医疗机构发票存根联复印件并加盖医疗机构鲜章经参保区（市、县）医保经办机构（医疗救助管理经办机构）核实报经区（市、县）医保行政主管部门同意后方可纳入报销。

2.定点医疗机构与参保群众（委托人）向医保经办机构申报的资料需与城乡居民医保信息系统中的情况一致，申报资料与信息系统情况不一致的，一律不予拨付。

3.对于参保群众的治疗周期跨待遇期和非待遇期，但各级医保经办机构通过参保群众提供的申报资料无法准确剔除非待遇期费用的，原则上可将其本次医疗发生总费用以日为单位，平均

到治疗周期每天，非待遇期天数×平均日费用的总额作为参保群众本次就诊自费费用处理，剩余部分按照参保群众待遇期内相应的城乡居民医保政策标准予以报销。

#### （四）报销时限

**1.现场即时结报：**定点医疗机构费用按月向市、县、乡级医保经办机构报送申报资料。向市级申报资料原则上在次月 15 日前报送（节假日顺延）；向县、乡级申报资料按县级医保经办机构规定时间报送，无正当理由及特殊原因迟报的不予审核报销。

**2.手工（零星）报销：**县、乡医保经办机构自收到参保群众申办资料之日起，不超过 20 个工作日完成报销费用审核及费用申报（调查期、公示期除外），市级完成申报费用审核并下拨后，县、乡医保经办机构不超过 5 个工作日完成费用拨付。

市级已通过预拨资金方式将医保费用提前下拨至各区（市、县）的，县、乡医保经办机构自收到参保群众申办资料之日起，不超过 25 个工作日完成报销费用审核拨付（调查期、公示期除外）。

对于不符合申办条件的资料，当场退回参保群众，并一次性告知其退回原因。

#### （五）资金拨付

城乡居民医保基金拨付方式为：按规定审核通过后据实拨付；拨付层级为：1.省、市级定点医疗机构垫付的医疗费用，由其向市级医保经办机构申报；2.区（市、县）级和乡（镇）级定

点医疗机构垫付的医疗费用，由其向各区（市、县）医保经办机构申报；3.村级定点医疗机垫付的医疗费用，由其向各乡（镇、街道）医保经办机构申报；4.参保群众个人垫付的医疗费用，由其向参保乡（镇、街道）医保经办机构申报。各级医保经办机构对申报资金审核后，按照报销时限要求及时进行拨付。

## 十、相关说明

（一）本文件自 2021 年起执行，贵阳贵安城乡居民医保经办管理相关规定与本文不一致处，以本文规定为准；本文较以往政策规定未提及处，仍按照以往政策规定执行。

（二）省、市医保行政主管部门今后关于城乡居民医保待遇政策、管理经办、办事程序等有新要求、新规定的，从其规定。

- 附：
- 1.贵阳贵安城乡居民医保意外伤害调查证明
  - 2.贵阳贵安城乡居民医保意外伤害申报（审核）表
  - 3.贵阳贵安城乡居民医保定点医疗机构申报费用汇总表
  - 4.贵阳贵安城乡居民医保定点医疗机构申报费用明细表
  - 5.贵阳贵安城乡医疗救助定点医疗机构申报费用汇总表
  - 6.贵阳贵安城乡医疗救助定点医疗机构申报费用明细表

附 1:

### 贵阳贵安城乡居民医保意外伤害调查证明（存根联）

患者姓名	身份证号	户主（或家长）姓名	住址			
			_____区（市、县）_____乡（镇、街道）_____村			
受伤地点及具体时间		于_____年_____月_____日_____时_____分在_____受伤				
受伤详细原因						
证明人		身份证号		联系电话		住址
证明人		身份证号		联系电话		住址

.....骑.....缝.....章.....

### 贵阳贵安城乡居民医保意外伤害调查证明

患者姓名	身份证号	户主（或家长）姓名	住址					
			_____区（市、县）_____乡（镇、街道）_____村					
受伤地点及具体时间		于_____年_____月_____日_____时_____分在_____受伤						
受伤详细原因	<p>陈述人手写：本人（代理人）保证以上陈述的真实性，并愿意对以上陈述及申明承担所有经济、法律责任。</p> <p style="text-align: right;">申请人签字（手印）： _____年_____月_____日</p>							
现场证人保证	<p>我是患者受伤时现场见证人，证明上述受伤原因完全属实。如作假证，愿意承担一切责任，赔偿因此造成的城乡居民医保基金损失。</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">证明人： 身份证号： 联系电话： 住 址：</td> <td style="width: 50%; border: none;">证明人： 身份证号： 联系电话： 住 址：</td> </tr> </table>						证明人： 身份证号： 联系电话： 住 址：	证明人： 身份证号： 联系电话： 住 址：
证明人： 身份证号： 联系电话： 住 址：	证明人： 身份证号： 联系电话： 住 址：							
乡（镇、街道）医保经办机构意见	<p><b>初审意见：</b></p> <p><input type="checkbox"/>经调查公示无异议、无举报，同意呈报区（市、县）医保经办机构审核。</p> <p><input type="checkbox"/>经调查公示有举报，存有异议，该患者不符合纳入城乡居民医保意外伤害类条件，理由是：</p> <p style="text-align: right;">经办人员： _____乡（镇、街道）医保经办机构（公章） _____年_____月_____日</p>							
区（市、县）医保经办机构审核意见	<p>经办人员：_____ 负责人：_____</p> <p style="text-align: right;">_____区（市、县）医保经办机构（公章） _____年_____月_____日</p>							

贵阳市新型农村合作医疗管理中心制

附 2:

## 贵阳贵安城乡居民医保意外伤害申报（审核）表

<b>一、基本情况（以下情况由患者或委托代理人填写）</b>							
<b>1. 参保患者基本信息</b>							
患者姓名		性别		年龄		联系电话	
家庭住址						身份证号	
就诊医院				疾病			
<b>2. 申请人基本信息（申请人为患者本人以下不用填写）</b>							
患者姓名		性别		年龄		联系电话	
家庭住址						身份证号	
与患者关系							
<b>3. 意外伤害产生原因</b>							
<p>受伤原因：</p> <p>受伤地点：</p> <p>受伤部位/伤势情况：</p> <p>具体受伤原因及经过：</p>							
<b>4. 告知及申报人承诺</b>							
<p><b>告知事项：</b></p> <p>1. 按照《中华人民共和国刑法》、《中华人民共和国社会保险法》和《人力资源和社会保障部 公安部关于加强社会保险欺诈案件查处和移送工作的通知》（人社部发〔2015〕14号）等有关法律法规、规章及政策规定：参保人员符合规定范围的意外伤害住院医疗费，纳入医疗保险统筹基金支付范围；属于工伤保险范围的意外伤害住院发生的医疗费用、因自杀、自残发生的医疗费用（精神病患者除外）、因斗殴、吸毒等违法犯罪行为发生的医疗费用、交通事故、医疗事故等明确由第三方负责的医疗费用，不属于医疗保险基金支付范围。参保人员或代理人如未如实说明事实，采取欺诈手段或者提供虚假材料骗取医保基金的，由医疗保障行政部门追回，并移交司法机关依法追究法律责任。</p> <p>2. 此证明可先行用于参保患者进行意外伤害即时结报，但医保部门仍然保留参保患者本次意外伤害调查、公示及发现违反城乡居民医保报销政策进行追偿的权利。</p> <p><b>承诺：</b></p> <p>根据以上事实，本人（代理人）郑重声明：本次所属意外伤害<b>并非</b>相关法律法规、规章及政策规定中意外伤害不属于医疗保险基金支付范围的类型。</p> <p>本人（代理人）保证以上陈述的真实性，并愿意对以上陈述及申明承担所有经济、法律责任。</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;"><b>申请人签字（手印）：</b></p> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">年      月      日</p>							

二、核实审核情况	
乡（镇、街道）医保经办机构初步核实情况	<p>XX患者系_____区（市、县）_____乡（镇、街道）_____村（居）参保群众，我单位通过患者（申请人）口述（提供的印证资料）本次意外伤害情况，经初步判断，形成如下核实情况：</p> <p><input type="checkbox"/>经初步判断，该参保患者本次意外伤害情形适用于承诺制形式办理，同意呈报区（市、县）医保经办部门审核。</p> <p><input type="checkbox"/>经初步判断，该参保患者本次意外伤害情形不适用于承诺制形式办理，理由是：</p> <p style="text-align: right;">经办人员： 乡（镇、街道）医保经办机构（公章） 年 月 日</p>
区（市、县）医保经办机构审核意见	<p style="text-align: right;">经办人员：_____ 负责人： _____区（市、县）医保经办机构（公章） 年 月 日</p>

贵阳市新型农村合作医疗管理中心制

**说明：**本申报（审核）表双面打印，一式两份，一份交由参保患者用于在定点医疗机构开展即时结报，一份由区（市、县）医保经办机构保存，用于各级医保经办机构开展意外伤害调查、公示及发现违反城乡居民医保报销政策进行追偿的凭证。

附 3:

## 贵阳贵安城乡居民医保定点医疗机构申报费用汇总表

申报单位（盖章）：

申报时间：2020年12月1日-2020年12月31日

单位：元

序号	单位名称	普通门诊				普通住院				重大疾病				特殊疾病				人次总计	发生费用总计	政策范围内费用总计	申报费用总计	
		人次	发生费用	政策范围内费用	申报费用																	
合计																						

经办人

审核人

领导签字

附 4:

贵阳贵安城乡居民基本医疗保险定点医疗机构申报费用明细表

申报单位:

申报时间: 2020年12月1日-2020年12月31日

单位: 元

序号	姓名	性别	身份证号	参保区县	特殊人员 属性认定 区县	地址	特殊人员属性	疾病名称	入院时间	出院时间	结算时间	结算类型	是否定 额结算 病种	发生费 用	政策范 围内费 用	基本医 保报销 金额	大病保 险报销 金额	医疗救 助报销 金额	计生扶 助金额	自费金 额	医院承 担金额	备注					
							建档立卡 特困供养人员 最低生活保障人员 .....	国家医保局 发布ICD-10 名称	YYYY-MM-DD	YYYY-MM-DD	YYYY-MM-DD	普通门诊 普通住院 重大疾病 特殊疾病	是否														
合计																											

附 5:

贵阳贵安城乡医疗救助定点医疗机构申报费用汇总表

申报单位（盖章）：

申报结算时间段：2020年12月1日-2020年12月31日

医疗机构名称	人员类别	人次	发生费用	政策范围内费用	基本医保报销金额	大病保险报销金额	医疗救助申报金额	备注
	建档立卡小计							
	九类民政对象小计							
	其中：特困供养人员							
	二十世纪六十年代初精简退职老职工							
	家庭经济困难的精神障碍患者、肇事肇祸的精神障碍患者							
	城乡居民最低生活保障对象（一般保障户）							
	城乡居民最低生活保障对象（长期保障户）							
	城乡居民最低生活保障对象（80岁<含>以上老年人）							
	艾滋病人和艾滋病机会性感染者							
	享受抚恤补助的优抚对象（不含一至六级残疾军人）							
	低收入家庭中的60岁（含）以上老年人							
	低收入家庭中的低收入家庭中的未成年人							
	低收入家庭中的重度残疾人（一、二级）							
	低收入家庭中的重病患者							
	因医疗自付费用过高导致家庭无力承担的患者							
	县级以上人民政府医保部门认定的其他特殊困难群众							
	合计							

申报人：

申报单位负责人签字：

