**城乡居民医保参保缴费表(享受2021年年度对应城乡居民医保待遇)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 人员类别 | 出生年月区间（含当日） | 年缴费标准（元/人） | 办理时间 | 办理地点 | 个人缴费全额补助人员 |
| 个人缴费 | 财政补助 | 合计 |
| 成年居民A档 | 2001年12月31日前出生 | 750 | 2060 | 2810 | 每年9月15日起，最迟至11月27日（具体安排由各经办机构制定） | 户籍所在地街道（乡镇）社会保障服务机构 | 本市户籍5类群体：1.重点优抚对象；2.一级、二级的重度残疾人；3.最低生活保障人员；4.社会扶助人员；5.国家供养对象（“五保”、“三无”人员及孤儿）。另外，本市户籍低保边缘家庭成员，其个人应缴纳部分由财政按50%的比例给予补助。 |
| 成年居民B档 | 2001年12月31日前出生 | 550 | 1060 | 1610 |
| 6周岁以下婴幼儿 | 2015年1月1日后出生 | 500 | 660 | 1160 |
| 其他未成年人 | 2002年1月1日后，2014年12月31日前出生 | 220 | 260 | 480 |
| 在校中小学生 | ------- | 220 | 260 | 480 | 每年9月1日起，最迟至11月27日（具体安排由各经办机构制定） | 所在学校 |
| 大学生 | ------- | 150 | 210 | 360 |

注：1.城乡居民医保年度为每年1月1日至12月31日。参保人员年龄计算以参保年度起始前一天即12月31日为基准。

2.市区各医保经办机构的参保缴费补办受理时间为每月1日至27日（非工作日除外），28日至月底不受理。

3.由于各种原因漏保的居民，可在城乡居民医保年度中到户籍所在地的区医保经办机构补办参保缴费手续，其人员类别按参保年度起始前一天对应的年龄计算，其缴费标准及医疗费起付标准、最高支付限额等按本年度全年缴费标准执行。对漏保后补办的人员设立3个月的待遇享受等待期，自待遇享受等待期满的次月起至同期医保年度末享受城乡居民医保待遇。有以下两种特殊补办情况：

（1）新生儿在出生次月起3个月内参保的，自出生之日起至当年度末享受城乡居民医疗保险待遇。其中新生儿出生后办理参保缴费手续跨医保年度的，其出生之日所在年度与下一年度分别为两个独立的医保年度，均按全年缴费标准缴纳医疗保险费，方可享受对应年度的医保待遇。

（2）自补办的次月起至当年度末享受城乡居民医疗保险待遇:本市城乡居民基本医疗保险中断1个月内人员；职工医疗保险参保中断次月起3个月内转入人员；部队转业（复员）转入本市户籍（学籍）次月起3个月内人员（需提供户籍学籍从部队转入证明）。

**城乡居民医疗保险待遇表（2020年1月起）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 人员类别 | 门诊医疗费（最高支付限额以上不支付） | 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 | 门诊特殊病种医疗费（年度内累计计算） | 院外检查治疗（单独记账） | 转外地就医 | 大病保险补偿标准 |
| 起付线以下 | 起付线--4万元（含） | 4万元--最高支付限额（含） | 最高支付限额 | 最高支付限额（含）以下 | 最高支付限额 |
| 婴幼儿及各类学生 | 4000元以下部分：1.三级医院：个人承担70%；2.社区医院：个人承担40%；3.其他医院：个人承担55%。 | 全部由个人自负（起付线标准：三甲医院1500元，三乙及三丙医院1200元，其他医院600元，社区医院300元） | 1.社区医院：个人承担15%；2.三级及其他医院：个人承担20％。 | 1.社区医院：个人承担10%；2.三级及其他医院;个人承担15％。 | 30万元 | 个人承担20％ | 25万元 | 个人承担20％ | 见注7 | 住院和门诊特殊病种合规医疗费：1.8万元--10万元（含），补偿60%；10万元--50万元，补偿70%。\*特殊药品医疗费：1.8万元--10万元（含），补偿60%；10万元--50万元，补偿70%。 |
| 成年居民A档 | 1.社区医院：个人承担20%；2.三级及其他医院：个人承担30％。 | 1.社区医院：个人承担15%；2.三级及其他医院：个人承担25％。 | 30万元 | 个人承担30％ | 25万元 | 个人承担30％ |
| 成年居民B档 | 3000元以下部分：1.三级医院：个人承担80%；2.社区医院：个人承担50%；3.其他医院：个人承担65%。 | 1.社区医院：个人承担25%；2.三级及其他医院：个人承担35％。 | 1.社区医院：个人承担20%；2.三级及其他医院：个人承担30％。 | 20万元 | 个人承担30％ | 15万元 | 个人承担30％ |

注：1.城乡居民医疗保险的基金支付范围、用药范围和医疗服务项目规定、特殊病种核准、家庭病床设立、转外地就医办理、院外检查治疗办理、处方外配、零星报销、法律责任等与城镇职工基本医疗保险一致。

2.门诊医疗费、住院医疗费和门诊特殊病种治疗项目医疗费分别累计计算。进行医疗费结算时，个人自付费用、个人自费费用及院外检查（治疗）费用，不进入年度医疗费累计及住院起付线累计。

3.外配处方购药仅限于门诊（不包括门诊特殊病种治疗项目），待遇与在出具处方的医院就医一致，费用列入门诊医疗费累计。

4.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负不超过1500元）。门诊特殊病种治疗待遇享受人员住院时不设置起付线。

5.按规定与家庭医生团队签约的，服务费个人支付50元/年。已办理家庭医生签约的成年居民经签约社区卫生服务机构首诊，按规定刷社保卡办理转诊手续后，转往本市二级及以上医疗机构住院的，在医保转诊登记有效期（30天）内到该二级及以上医疗机构住院的，本次住院结算的费用医保基金支付比例在原基础上提高3个百分点。

6.城乡居民医保不享受应急记账待遇。住院医疗费已超过最高支付限额的，院外检查（治疗）医疗费由个人100%承担。

7.转外地门诊就医发生的医疗费由个人承担；住院或门诊特殊病种治疗项目治疗发生的医疗费，按照以下标准享受相应待遇：

经备案转外地就医时，转往当地医保定点三级医院，个人承担比例在我市医保待遇基础上，上浮10个百分点；转往当地医保定点二级医疗机构，人承担比例上浮20个百分点；转往当地医保定点其他医疗机构，个人承担比例上浮30个百分点；未办理备案自行去外地就医，经审核情况属实的，在上述基础上再上浮10个百分点。

转外地就医医疗费报销时，先在总医疗费中扣除自费及乙类药、乙类项目个人自付，再按上述分段待遇计算。

8.城乡居民医保参保人员长期异地居住6个月以上的，可申请异地居住定点就医；各类参保在校学生因病需住院治疗的，可申请回原籍医疗保险定点医疗机构就医治疗；各类参保在校学生假期在原籍地、实习期在外地医保定点医疗机构住院或门诊治疗，医疗费按我市定点医疗机构就医同样待遇结算。上述所指假期包含双休日、寒暑假、春假、秋假、其他法定节假日，原籍地包含本人户籍地、父母户籍地、父母暂住地，外地实习期包含实习、见习、短学期、社会实践、交换生、学校临时组织活动等。

参保学生医保年度内因转学、毕业等不再具备本市学籍的，年度内可按规定在本市继续享受医保待遇，市外就医费用的支付标准和办理等按转外就医有关规定处理。

9.住院、零星报销医疗费以结算时点的年度累计、人员类别、待遇标准计算（但中断待遇月份对应的医疗费不纳入支付范围），连续住院满12个月时应结算一次。医疗费结算错误应在30天内重新结算，并按重新结算时点的年度累计、人员类别、待遇标准计算。

10.待遇享受期内的育龄妇女发生的符合计划生育政策的生育费用由基金给予一次性定额补助，正常阴道分娩1200元，阴道助产术1500元，剖宫产术2000元，不足定额或超出定额均按此标准补助，补助标准包含原政策中对农村孕产妇的住院分娩补助等其他各类补助。已享受职工配偶生育保险生育补助金的，医保基金不再补助。参保人员享受生育医疗待遇资格及费用定额支付标准，以《出生医学证明》中新生儿出生日期对应的居民医保年度和对应的参保人员类别确定。

11.参保人员参加城乡居民医疗保险的同时，又参加了城镇职工基本医疗保险，不重复享受待遇。

12.城乡居民大病保险的合规医疗费用指（1）在基本医疗保险基金最高支付限额以下，住院起付标准以内个人自负的医疗费和起付标准以上个人按比例承担的医疗费；（2）在基本医疗保险基金最高支付限额以上，按基本医疗保险政策规定可纳入医保支付范围（剔除自费和自付）的医疗费用。