城乡居民医疗救助服务指南

一、事项名称

城乡居民医疗救助

二、办理依据

《关于进一步加强医疗救助工作的实施意见》乐医保字〔2020〕14 号。

三、办理条件

特困供养人员、城乡低保对象、政府供养的孤儿、建档立卡贫困人口（包括脱贫享受政策和即时帮扶人员）、生活困难的上世纪六十年代精减退职老职工。

（一）资助参保。对重点救助对象参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费部分由县财政或者医疗救助资金等给予补贴。其中，特困供养人员按个人选择标准和实际缴费给予全额资助；城乡低保对象、政府供养的孤儿、建档立卡贫困人口（包括脱贫享受政策和即时帮扶人员）、生活困难的上世纪六十年代精减退职老职工等困难群体参加居民基本医疗保险个人缴纳的费用，给予低档缴费标准的定额资助。

（二）门诊救助。对重点救助对象在定点医疗机构发生的符合规定的政策范围内门诊慢性病医疗费用以及糖尿病、高血压门诊用药费用个人负担部分，按照20%的比例给予救助，年救助金额最高不超过2000元。

（三）住院救助。重点救助对象在定点医疗机构发生的政策范围内住院费用中，对经各种保险报销后的个人负担费用，在年度救助限额内按70%的比例给予救助。重点救助对象不设医疗救助起付线。特困供养人员每人每年住院医疗救助金额累计不超过20000元，对经各种保险报销、医疗救助后剩余医疗费用，按照供养政策规定处理；城乡最低生活保障对象、政府供养的孤儿、建档立卡贫困人口（包括脱贫享受政策和即时帮扶人员）和生活困难的上世纪六十年代精减退职老职工每人每年住院医疗救助金额累计不超过15000元。

（四）重特大疾病医疗救助。全面开展重特大疾病医疗救助。救助对象在定点医疗机构一个年度内发生的政策范围内的住院医疗费用，经各种保险报销、医疗救助后个人累计自付费用，重点救助对象不设起付线，按照40％的比例给予救助。每人每年累计救助金额不超过30000元。

（五）重大疾病再救助。对重点救助对象因住院发生的政策范围内医疗费用支出，经基本医保、大病保险、医疗救助、医疗机构减免、医疗商业保险补偿等各项报销救助后，个人负担超过5000元以上（含5000元）的部分，按照70%的比例给予再救助。年度累计救助最高限额不超过20000元。

四、申请材料

1、《昌乐县城乡居民医疗救助申请暨审批表》；

2、住院收费票据原件、统筹结算单原件（若无原件，需提供复印件及其他部门报销或救助后的材料原件）；

3、申请人及家庭成员的身份证复印件；

4、家庭属性证明材料：有低保证、优抚证、残疾证等证件的还需提供证件复印件，没有的可不提供；

5、申请人农商行存折（卡）复印件（特殊原因需提供申请人亲属账户的，需说明与申请人家庭关系，并加盖村委或主管单位公章）。

五、办理流程

重点救助对象在定点医疗机构发生的门诊和住院救助、重特大疾病救助、再救助费用，实行医疗救助“一站式”即时结算。非因个人原因未联网结算的重点救助对象，到县医保经办机构办理手工结算。

六、收费依据及标准

不收费

七、办理时限

即时办结

八、事项办理流程

配合责任（镇、街） 主体责任（县医保局）

申请人提交材料

社区受理、初审 初审未通过 申请人完善材料

 初

 审

 通

过

 审核通过

镇（街、区）政府（办事处） 县医保局审核

审核

 审核不通过

反馈办理结果 县医保局审批

资金发放