

# 泸州市人力资源和社会保障局 泸州市财政局 文件

泸市人社发〔2018〕2号

## 泸州市人力资源和社会保障局 泸州市财政局 关于印发泸州市基本医疗保险实施细则的通知

各县（区）人力资源和社会保障局、财政局，各有关单位：

根据《泸州市基本医疗保险实施办法》（泸市府发〔2017〕46号）等相关规定，结合我市基本医疗保险工作实际，制定了《泸州市基本医疗保险实施细则》，现印发给你们，请遵照执行。

泸州市人力资源和社会保障局



泸州市财政局



# 泸州市基本医疗保险实施细则

为做好我市基本医疗保险工作，根据《泸州市基本医疗保险实施办法》（泸市府发〔2017〕46号，以下简称《办法》）文件精神，制定本实施细则。

## 第一章 统筹层次和覆盖范围

**第一条** 泸州市职工基本医疗保险（以下简称职工医保）、居民基本医疗保险（以下简称居民医保）实行市级统筹。

**第二条** 我市行政区域内的国家机关、社会团体、企业、事业单位、民办非企业单位、其他组织和有雇工的个体工商户（以下简称用人单位）及其在职职工和退休（职）人员，应当依法参加职工医保。未超过法定退休年龄的无雇工的个体工商户、非全日制从业人员及其他灵活就业人员（以下简称个体人员），可以选择参加职工医保或者居民医保。

我市职工医保覆盖范围以外具有本市户籍的城镇居民、农村居民，高校中的大中专学生、中小学、中专、技术学校、职业高中的外地户籍在校学生及居住本市并办理了居住证的外地户籍人员（以下简称居民），均可参加居民医保。

与用人单位解除或终止劳动关系后的人员根据本人自愿，可以个人身份参加职工医保或居民医保。

## 第二章 参保登记

### 第三条 职工医保参保登记。

（一）用人单位参加职工医保，应按照国家、省、市有关规定办理社会保险登记。用人单位应当按月向社会保险费统征窗口（以下简称社保统征窗口）申报应缴纳的职工医保费数额，经社保统征窗口核定后在规定期限内缴纳。

（二）选择参加职工医保的个体人员，凭本人身份证到户籍所在地社保统征窗口办理职工医保参保手续。

（三）参保人员与用人单位终止劳动关系的，凭解除或者终止劳动合同的证明到参保地或者户籍地办理医保接续手续。

### 第四条 居民医保参保登记。

（一）居民以家庭为单位选择统一的缴费档次参保，在户籍所在地（外地户籍人员在居住地）乡镇（街道）、村（社区）劳动保障机构办理参保手续。新参保需填写《泸州市居民基本医疗保险参保缴费登记表》，提供户口簿、身份证复印件，未办理户籍登记的新生婴儿需提供出生医学证明，外地户籍人员还需提供居住证。

（二）高校中的在校大中专学生按《泸州市人力资源和社会保障局 泸州市财政局关于大学生参加城乡居民基本医疗保险有关问题的通知》（泸市人社发〔2014〕50号）文件办理。中小学、中专、技术学校、职业高中的外地户籍在校学生，以学校为单位，统一进行参保登记。

(三)民政、卫计、残联部门对享受政府个人缴费补助的人员进行资格确认、参保及信息变更。

(四)参保居民死亡或因身份证号码、户籍所在地、居住地等基本信息发生变更,本人或家属携带有关证明、材料到乡镇(街道)、村(社区)劳动保障机构及时办理注销或变更。

### 第三章 缴费管理

**第五条** 职工医保基金按《办法》规定的缴费基数和费率由社保统征窗口负责筹集。

(一)职工医保缴费基数按国家统计局规定列入工资总额统计项目的实际收入计算,包括计时工资、计件工资、奖金、津补贴、加班工资以及特殊情况下支付的工资。

(二)用人单位应对参保在职职工工资进行年度申报。用人单位应在每年1月至3月,向社保统征窗口报送《年度职工实际收入情况统计表》、《单位社会保险缴费工资申报汇总表》、《年度社会保险参保缴费公示及个人账户情况反馈表》。职工个人工资按上年度月平均工资收入统计,申报工资保留到元。

(三)职工医保缴费以自然年度为准(即从1月1日至12月31日)。用人单位职工个人工资低于我市上年度职工平均工资的,以我市上年度职工平均工资为基数缴费;上年市平均工资公布前,中断或终止职工医保的人员,单位部分由单位进行补差,个人部分不再补差。用人单位职工个人工资高于我市上年度职工

平均工资 300%的，以我市上年度职工平均工资的 300%为基数缴费。

（四）单位新增参保职工，应在办理人员新增申报时一并申报人员起薪当月工资。

**第六条** 用人单位足额缴费的划拨个人账户。参保单位欠缴医疗保险费，从欠费次月起停止医保待遇。欠费在 6 个月以内的，足额缴清所欠保费后，按规定享受待遇。欠费超 6 个月的，用人单位按职工缴费基数的 6%补缴，补计职工缴费年限，不补建个人账户，欠费期间其医保待遇由用人单位支付。

**第七条** 用人单位的人员发生增减变动，应当自用工或起薪之日起 30 日内为其职工办理参保缴费手续。

参保单位申报的新增人员，经社保统征窗口审核确认无误后，用人单位从申报当月起为其缴纳医疗保险费，足额缴费后，其待遇享受时间从用人单位申报之日起计算。参保人员经组织任命调动的，调入单位应当从其调入起薪之月起为其办理职工医保参保手续。

**第八条** 职工在统筹地区内发生医保关系转移的，只办理参保关系转移，不办理个人账户转移手续。参保人员从统筹地区外转入医保关系的，应在 90 日内到参保地社保统征窗口申请办理参保登记手续，超过 90 日办理的，按新参保的规定享受待遇。

参保人员从统筹地区转出医保关系的，到原参保地社保统征窗口办理医疗保险转移手续，其结余的个人账户资金可随同转移。

所在单位欠缴医疗保险基金的，应按规定补足缴费金额后，再办理转移手续。

**第九条** 用人单位因职工死亡、辞职、解除劳动关系等原因人员减少的，用人单位应在劳动关系终止或解除的当月，到社保统征窗口办理停止职工医保的有关手续。

**第十条** 参保职工在与用人单位解除劳动关系 90 日内办理医保关系续保手续并缴费，补缴断保期间的职工医保费可连续享受职工医保待遇。超过 90 日办理的按新参保的规定享受待遇。

参保职工在解除劳动关系 90 日内参加居民医保并缴纳当年居民医保费的，从解除劳动关系当月起按规定享受居民医保待遇。

参加居民医保的人员，以个体身份参加职工医保，应连续缴费满 12 个月（不含折算年限）后，方可按职工医保规定享受待遇。

**第十一条** 职工医保与居民医保不重复享受医保待遇，两种待遇同在有效期的，享受职工医保待遇。参加职工医保的人员在待遇享受期内，不能参加居民医保，被征地农转非人员除外。

**第十二条** 破产改转制及其他原因终止生产经营的参保单位，若有欠费，须优先向经办机构一次性清偿欠缴的医疗保险费；有接收或继续经营单位的，由接收或继续经营单位为职工续缴医疗保险费，并负责缴纳欠费。分流职工可以个体身份办理续保，原单位退休人员职工医保关系按规定移交职工医保经办机构管理。

**第十三条** 已参加职工医保并连续缴费的单位，其 2003 年 5 月以前办理退休，医疗保险关系未办理移交的退休人员，可按每人 5000 元一次性缴纳医疗保险费，由单位办理医疗保险移交手续交医保经办机构管理。

**第十四条** 个体人员参加职工医保的参保缴费和管理。

(一) 个体参保人员，可按本市上上年度职工平均工资的 9% 缴纳医疗保险费，也可单建统筹按 6% 缴费。

(二) 个体人员新参保，足额缴纳医疗保险费满 12 个月后，享受规定的职工医疗保险待遇。

(三) 个体参保人员按自然年度缴费，缴费时间为每年 9 月 1 日至 12 月 31 日一次性缴纳下一年度的医疗保险费。未在规定时间内缴费的视为中断缴费，中断后重新缴费的视为新参保人员。

(四) 个体参保人员所缴基本医疗保险费在进入待遇享受期后不予退还。若重新就业，由单位统一缴纳医疗保险费的，可退还个人重复缴纳部分。

**第十五条** 居民医保缴费和管理。

(一) 居民医保实行按年度缴费，每年 9 月 1 日至 12 月 31 日为次年缴费集中办理期。

(二) 办理了本市居住证的外地户籍人员参加我市居民医保的，按本地户籍居民政策缴费。

(三) 缴费方式。

1. 银行缴费：居民在规定的缴费期内，持二代身份证、户口

簿直接到指定银行缴费；大中专院校携带经审定的征缴通知单，到指定银行缴费。

2.银行代缴：居民与指定银行办理代缴协议，指定银行在规定的缴费期内办理代缴。

3.自主缴费：居民自主选择“智慧泸州医保”微信公众号等方式进行缴费。

4.组织缴费：居民以乡镇（街道）为单位统一组织缴费。

**第十六条** 跨统筹地区参加我市居民医保的人员，90日内缴纳当年保费的，不设待遇等待期，连续享受医保待遇，超过90日办理缴费的，视为中断缴费，按新参保居民享受待遇。

新生儿的父母均参加职工医保的，需在新生儿出生之日起90日以内，为新生儿参保并缴纳出生当年居民医保费，方可自出生之日起至当年12月31日按规定享受居民医保待遇。

#### 第四章 缴费年限

**第十七条** 参加职工医保的人员达到法定退休年龄时累计职工医保缴费年限应达到男满30年，女满25年；其中，1996年12月31日以前符合国家计算工龄规定的工作年限视同缴费年限；自1997年1月1日起，职工医保实际缴费年限从参保缴费之月起开始计算，实际缴费年限不少于10年。办理了职工医保缴费清算手续的，享受医保退休人员待遇。

**第十八条** 参加职工医保的人员达到法定退休年龄时，缴费

年限未达到规定的，可按退休审批的参保状态一次性清算医保缴费年限；也可选择继续缴费至达到规定的缴费年限，继续缴费满5年后仍不足缴费年限的，可按上年市平均工资为基数一次性补缴不足年限的职工医保费。

职工医保参保人员退休或办理按月领取职工基本养老金手续时，在90日内办理缴费年限清算手续的，从办理退休或按月领取职工基本养老金手续的次月起享受退休人员医保待遇；超过90日办理的，从清缴次月起享受退休人员医保待遇。

已按月领取职工基本养老金但未曾参加职工医保的人员，可一次性清算职工医保缴费年限，从办理缴费之月起12个月后享受退休人员医保待遇。一次性补缴费用后在待遇等待期内死亡的，可退还一次性补缴费用。

**第十九条** 选择一次性补缴不足年限的职工医保费的，补缴年限不补建个人账户。

（一）用人单位的退休人员，以办理退休时本人职工医保缴费基数为准，按9%的缴费比例，一次性缴纳不足年限的医疗保险费。

（二）以个体参保人员身份办理退休的人员，以当年个体缴费基数，按9%的缴费比例一次性补缴不足年限的医疗保险费。

（三）已办理了按月领取职工基本养老金手续未参加职工医保的退休人员，可以补缴时上年度全市职工平均工资为基数按9%的缴费比例，一次性缴纳医疗保险费后参加职工医保。

**第二十条** 用人单位未按规定参加职工医保，导致职工医保缴费年限不足的，在终止、解除劳动关系时或以单位职工身份退休时，由用人单位按上年度职工工资的6%补缴应参保未参保年限的医疗保险费，补计职工缴费年限，不补建个人账户，补计缴费年限期间的医保待遇由用人单位承担。按6%补缴费的年限不超过10年。

**第二十一条** 我市被征地农转非人员一次性缴纳的居民医保费按每3个月折算1个月职工医保缴费年限计算。

## 第五章 职工医保个人账户

**第二十二条** 医保经办机构按规定建立个人账户。个人账户由个人缴费全部和单位缴费的30%左右组成。个人账户资金包干使用，主要用于支付门诊医疗费用和住院个人承担的医疗费用。

**第二十三条** 用人单位缴纳的基本医疗保险费分为两部分，一部分用于建立统筹基金，一部分划入个人账户。划入个人账户的比例为用人单位缴费的30%左右。职工医保个人账户分为基础账户和年龄账户两部分：

（一）基础账户。缴费人员按个人缴费基数2%确定；退休人员按与上年全市平均养老金相适应水平的3%确定，具体标准由市人力资源社会保障局公布。

（二）年龄账户。由年龄系数乘以参保人员年龄构成。年龄系数以上年单位缴费的30%以内扣除划入退休人员个人账户

后的剩余额，除以全部参保人员年龄之和。年龄系数由市人力资源社会保障局公布。

**第二十四条** 个人账户利息计算方法：个人账户每年计算利息，利息基数为年度结算时的个人账户余额。在每年年度结算时按照当期3个月定期银行存款利率计算。利息纳入个人账户使用。

**第二十五条** 参保人员死亡后，其职工医保个人账户余额依法继承。

## 第六章 居民医保家庭门诊账户

**第二十六条** 家庭门诊账户为居民医保基金的组成部分，实行总额控制，家庭成员之间可共享，当年未使用的家庭门诊账户可跨年度结转使用。参保家庭未连续参保缴费的，从未连续缴费的当年起，将家庭门诊账户历年累计余额调整为统筹基金，不再结转使用。家庭成员在本地参加居民医保时，因户籍变化等原因需调整家庭门诊账户余额的，按家庭成员平均金额调整。家庭门诊账户主要用于支付符合基本医疗保险政策的普通门诊医疗费用和住院个人承担的费用。

## 第七章 医疗保险待遇

**第二十七条** 医保支付范围按照四川省基本医疗保险《药品目录》、《诊疗项目目录》和《医疗服务设施项目范围》（以下简

称《三个目录》)的规定执行; 医疗保险报销标准按照价格主管部门制定的价格标准或医保谈判价格执行。今后国家、省或市有新规定的, 按新规定执行。

《三个目录》中的甲类项目费用全部纳入政策范围内费用, 乙类项目费用按比例纳入政策范围内费用, 非基本项目费用不纳入政策范围内费用。

### **第二十八条 普通门诊待遇。**

(一) 职工医保: 参保人员到基本医疗保险定点医疗机构(以下简称定点医疗机构)门诊就医或到基本医疗保险定点零售药店(以下简称定点药店)购药, 由个人账户支付, 个人账户不足的由个人承担。

(二) 居民医保: 参保人员到定点医疗机构门诊就医, 符合基本医疗保险政策的普通门诊费用在家庭门诊账户中按规定支付, 不足部分由个人承担。

### **第二十九条 门诊特殊疾病待遇。**

门诊特殊疾病分为 I 类门诊特殊疾病和 II 类门诊特殊疾病。参加职工医保和居民医保并符合享受门诊特殊疾病待遇的人员, 按照门诊特殊疾病相关政策执行, 具体办法另行制定。

### **第三十条 基本医疗住院待遇。**

基本医疗保险参保人员普通住院实行单次住院结算。起付标准和报销比例如下:

## 职工医保

医院级别	在职人员		退休人员	
	起付线	报销比例	起付线	报销比例
在乡镇设置的一级及无等级医院和基层医疗卫生机构（指社区卫生服务中心、乡镇卫生院、中心卫生院）	500	90%	400	96%
在县级以上城镇设置的一级及无等级医院	500	90%	400	96%
二级医院	600	85%	500	92%
三级医院	700	80%	600	88%
统筹地区以外医院	1000	75%（办理了转外手续和急诊住院的参保人员）	1000	75%（办理了转外手续和急诊住院的参保人员）
		70%		70%

## 居民医保

医院级别		起付线	报销比例	
			一档	二档
在乡镇设置的一级及无等级医院和基层医疗卫生机构（指社区卫生服务中心、乡镇卫生院、中心卫生院）		200	85%（其中实施国家基本药物制度的基层医疗卫生机构支付比例为90%）	90%（其中实施国家基本药物制度的基层医疗卫生机构支付比例为95%）
在县级以上城镇设置的一级及无等级医院		300	80%	85%
二级医院		400	75%	80%
三级医院		800	50%	60%
统筹地区以外医院	二级及以下医院	900	50%	55%
	三级医院		45%	50%

**第三十一条** 危重、急病的参保人员可到就近的非基本医疗保险定点医疗机构抢救，一旦病情稳定，应转入定点医疗机构治

疗。因病情危重急诊抢救死亡或急诊 3 天内（含 3 天）转住院的医疗费用，可纳入住院医疗费用报销。在住院期间，因病情需要，在院外检查发生的费用，由医疗机构医保办核准，可纳入住院医疗费用报销。

**第三十二条** 职工医保个体参保人员（含领取失业保险金人员）在职工医保待遇享受期内发生的符合人口与计划生育政策规定的住院医疗费用按职工医保住院待遇报销。

居民医保参保人员，符合人口与计划生育政策规定，因分娩、流产、引产发生的住院医疗费用，纳入居民医保统筹基金支付范围，实行限额结算：顺产 1000 元、剖宫产（难产）1500 元、流产 100 元、引产 200 元。多胞胎生育的，每多生育一个婴儿，增加 200 元。住院医疗费用金额低于限额结算标准的，按实支付。住院分娩和计划生育手术中出现“并发症”和“合并症”的住院医疗费用不实行限额结算，按居民医保住院待遇报销。

**第三十三条** 完全性瘫痪并发症治疗、恶性肿瘤临终关怀以及慢性心肺、肝肾功能重度损害姑息治疗患者，经定点医疗机构审核同意并报患者参保地医保经办机构备案可设置家庭病床，具体办法另行制定。

**第三十四条** 医保项目管理。

依据价格主管部门制定的价格标准，单项检查费（检验费）200 元及以上，治疗费 500 元及以上、手术费 1000 元及以上的项目、《诊疗项目目录》和《医疗服务设施项目范围》中支付部分费用的诊疗项目属于乙类项目；药品依据《基本医疗保险药品

目录》规定执行。

(一) 乙类项目纳入政策范围内费用的比例。

1. 职工医保：乙类项目的 90% 纳入医保合规费用。

2. 居民医保：按第一档标准缴费的居民，乙类项目的 70% 纳入医保合规费用；按第二档标准缴费的居民，乙类项目的 80% 纳入医保合规费用。

(二) 医用材料。

属于基本医疗保险支付范围的医用材料实施限价管理，超出限价的金额属于非基本费用，由个人自行承担，基本医疗保险不予报销。

(三) 诊疗项目。

新增诊疗项目实行准入管理，由定点医疗机构向属地医保局提出申请，经市医保局审核后，报市人力资源社会保障局批复后予以执行。

**第三十五条** 参加职工医保以统账结合费率缴费的人员和参加居民医保人员，享受个人普通门诊待遇、门诊特殊疾病待遇、住院医疗保险待遇；个体人员以单建统筹费率标准缴费参加职工医保的只享受住院医疗保险待遇和 II 类门诊特殊疾病待遇。

## 第八章 就医和费用管理

**第三十六条** 转诊转院管理。

参保人员在统筹地区内因病情需要，经就医医疗机构同意，办理转诊转院手续后，3 天内到转院医疗机构继续住院治疗，按

高级别医疗机构住院起付线标准支付一次起付线。

参保职工因病情需要从统筹地区内转往统筹地区外就医，经二级甲等及以上公立医疗机构同意，办理转诊转院手续，由参保地医保经办机构审核备案后，7天内到转院医疗机构继续住院治疗，按办理了转外手续的就医政策予以报销。

异地安置人员在居住地转外就医，参照上述规定执行。

### **第三十七条** 职工异地安置管理。

长期居住在统筹地区外的退休人员、驻外机构或单位长期外派的职工，可选择居住地市州的定点医疗机构作为日常就医医疗机构，并向参保地医保经办机构申请备案。在备案市州就医的医保待遇按统筹地区政策执行，在未备案市州就医的医保待遇按统筹地区外政策执行。备案1年以内，不得变更备案市州。单位外派职工确因工作调动等，需要变更备案市州，应提供单位调动文件（加盖鲜章）。

### **第三十八条** 居民分级诊疗管理。

参加居民医保的人员按照“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的就医原则，看病时就近选择居住地或发病所在地县级及以下医疗机构就医。因病情需要转诊转院治疗的，由定点医疗机构按“双向转诊”的规定办理转诊转院，其住院医疗费用按规定报销（急诊、0-6岁儿童、65岁以上的老年人、重度残疾人、孕产妇等特殊情况下，可自行选择就近医疗机构就诊，不受转诊转院规定限制，就医费用按照相应等级医疗机构报销标准报销）。

### **第三十九条** 高校中的大中专在校学生在寒、暑假和符合高

校管理规定的实习、因病休学等法定不在校期间，在统筹地区外定点医疗机构发生的住院医疗费用按统筹地区内住院标准报销。

#### **第四十条** 职工医保和居民医保就医管理和费用结算。

##### **（一）统筹地区内。**

参保人员在统筹地区内就医实行实名制管理，即参保人员持本人社会保障卡和身份证到定点医疗机构就医；新生儿提供出生医学证明；16周岁以下的参保人员可提供户口簿。参保人员出院后未即时与定点医疗机构结算医疗费用（医疗事故和医疗纠纷除外），经定点医疗机构报请医保经办机构审核同意，符合医疗保险报销范围内的医疗费用，定点医疗机构可与医保经办机构进行结算。

参保人员在定点医疗机构发生的医疗费用实行“一站式”、“一单制”结算，个人负担的费用先从个人账户（家庭门诊账户）中支付，不足部分由现金支付，其余部分由定点医疗机构与相关部门按月结算。

##### **（二）统筹地区外。**

1.参保人员在统筹地区外接入异地就医即时结算平台的定点医疗机构就医，应持身份证和社会保障卡实行联网结算（省外就医的需向参保地医保经办机构备案），个人负担部分金额可从个人账户（家庭门诊账户）或现金支付。医保报销部分由就医地医保经办机构与医疗机构结算。

2.参保人员在统筹地区外未接入异地就医即时结算平台的定点医疗机构就医或因特殊原因未即时联网结算的，其医疗费用先

由个人垫付后，出院证、医疗费用票据原件、住院医疗费用明细清单（盖有医院鲜章）、本人身份证复印件、银行开户行账号复印件或社会保障卡复印件、以及住院医疗机构医保定点和等级的证明等相关资料，外伤人员和住院医疗费用 3 万元以上的，还需提供持住院病历资料复印件（盖有医院鲜章）。到参保人所属单位或乡镇（街道）、村（社区）劳动保障机构申报，由参保地医保经办机构审核报销。

**第四十一条** 住院医疗费用报销年度结算时间为自然年度，统筹地区内联网结算的按自然年度进行分割，分段报销。其他情形以出院时间所在年度进行结算。

参保人员在住院期间参保险种、参保身份（在职、退休）、统筹地区内参保地、缴费档次发生变化，以出院时的参保状态享受相应的基本医疗保险待遇。

参保人当年发生的医疗费用申报截止时间为次年 3 月 31 日。

## 第九章 定点医药机构管理

**第四十二条** 人力资源社会保障部门会同卫生计生、食品药品监督管理等行政主管部门按照市场竞争、公开公平、方便就医的原则，完善定点医药机构条件及签约流程、规则，并建立健全退出机制，鼓励和引导各种所有制性质、级别和类别的医药机构公平参与竞争。

**第四十三条** 市医保局根据《人力资源社会保障部关于完善基本医疗保险定点医药机构协议管理的指导意见》（人社部发

〔2015〕98号)等有关规定,制定《泸州市基本医疗保险定点医药机构服务协议》(以下简称《服务协议》),并负责监督实施。各级医保经办机构和定点医药机构要严格遵循服务协议的约定,认真履行协议;各级医保经办机构要加强对定点医药机构的监管,规范定点医药机构服务行为,促进医疗服务质量的提高,控制医疗费用不合理增长,确保参保人员得到合理的医疗服务。

**第四十四条** 定点医疗机构要严格按照《服务协议》规定提供医疗服务,坚持因病施治、合理检查、合理治疗。加强内部管理,严格执行参保人员就医身份核验、出入院及转院指征、非基本医疗告知等医疗保险政策规定,为参保人员即时结算医疗费用并提供出院证、医疗费用票据、住院费用医保结算单等资料。

**第四十五条** 定点医药机构应当按照医疗保险联网结算和实时监控的要求,配备必要的信息管理软件和硬件,遵守医疗保险信息技术规范和信息安全相关规定,确保传输的医疗费用数据真实、准确、完整,承担因提供不实资料、传输虚假数据、错误数据产生的经济 and 法律责任。

## 第十章 监督考核及奖惩管理

**第四十六条** 人力资源社会保障部门向社会公布统一的社会保险监督电话和投诉信箱,负责举报的受理,并依法及时调查和处理。

举报内容核实后,人力资源社会保障部门对实名举报人予以奖励,具体办法按《四川省社会保险基金监督举报奖励办法》执

行。

**第四十七条** 人力资源社会保障部门会同发改、财政、卫生计生、审计、食品药品监督管理等部门对定点医药机构进行审查和监督，并有权调阅、复制定点医药机构的医疗文书、会计核算资料及药品进销存凭据等有关材料。定点医药机构、参保人及有关单位和个人应当及时、如实提供，不得拒绝检查，伪造、变造、隐匿资料。

**第四十八条** 引入商业保险机制，创新医疗保险公共服务。在确保基金和信息安全的前提下，探索推进具有资质的商业保险机构参与医疗保险经办服务，提高医疗保险监管和经办服务水平。

**第四十九条** 定点医药机构违反《服务协议》的，医保经办机构有权拒绝支付相关医疗费用，已经支付的，予以追回，并按《服务协议》追究违约责任。凡以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的，按照《中华人民共和国社会保险法》有关规定，由人力资源社会保障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，构成犯罪的依法移送公安机关立案查处。

## 第十一章 附则

**第五十条** 城镇职工补充医疗保险（以下简称职工补充医保）、城乡居民大病医疗保险（以下简称居民大病保险）实行市级统筹。

参加了职工医保的单位职工，均可以单位团体参加职工补充

医保。个体人员以个体身份参加职工补充医保，由医保经办机构为其代理团体投保。

参加了居民医保的人员，由医保经办机构为其代理团体投保居民大病保险。

**第五十一条** 职工补充医保通过招投标确定承办的商业保险公司，缴费标准和待遇水平以合同约定为准。职工补充医保保费随基本医疗保险费同时缴纳。属于统账结合的个体参保人员保费在个人账户中扣缴；属于单建统筹的个体参保人员保费在当年3月1日前缴纳，从当年1月1日起享受相应待遇，在3月1日（含）后缴纳的从缴纳的次月起享受相应待遇。

**第五十二条** 居民大病保险通过招投标确定承办的商业保险公司，缴费标准和待遇水平以合同约定为准。居民大病保险资金从居民医保基金中列支，参保居民个人不缴费，享受相应待遇。

**第五十三条** 离休人员、老红军不参加基本医疗保险，其医疗费用按原资金渠道解决。

一至六级革命伤残军人按《泸州市一至六级残疾军人医疗保障实施办法》（泸市民发〔2007〕168号）规定参加职工医保，并享受职工医保和医疗补助待遇。

享受建国前老工人职工医保待遇的人员，其住院医疗费用先由基本医疗保险基金按基本医疗保险政策规定支付，基本医疗保险封顶线以内自付部分（除起付线），先由职工补充医保报销后，再由医保基金按余额的80%报销。

**第五十四条** 本实施细则从2018年1月1日起执行。《泸州

市人力资源社会保障局关于印发泸州市医疗保险市级统筹办法实施细则的通知》(泸市人社发〔2012〕66号)、《泸州市人力资源社会保障局泸州市财政局关于印发泸州市城乡居民基本医疗保险实施细则的通知》(泸市人社发〔2014〕48号)文件同时废止。我市原相关规定与本实施细则不一致的,以本实施细则为准。

**第五十五条** 本实施细则未尽事宜,由市人力资源社会保障行政部门在执行中修订完善。

**第五十六条** 本实施细则由市人力资源社会保障行政部门负责解释。

**信息公开选项：主动公开**

---

泸州市人力资源和社会保障局办公室

2018年1月2日印发

---