

绵阳市人力资源和社会保障局文件

绵人社发〔2014〕16号

绵阳市人力资源和社会保障局 关于印发《绵阳市城镇职工基本医疗保险 办法实施细则》的通知

各县市区人力资源和社会保障局，各园区劳动保障中心，市社会保险事业管理局，市医疗保险管理局、市医疗保险管理局、市人力资源和社会保障局信息中心：

现将《绵阳市城镇职工基本医疗保险办法实施细则》印发你们，请遵照执行。

绵阳市人力资源和社会保障局

2014年6月12日



绵阳市城镇职工基本医疗保险办法实施细则

第一章 总 则

第一条 为保证本市城镇职工基本医疗保险制度的实施，根据《绵阳市城镇职工基本医疗保险办法》（市政府2014年1号令，以下简称《医疗保险办法》），制定本细则。

第二条 本市城镇职工基本医疗保险的实施对象为：

- （一）本市行政区域内企业、机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位职工及退休人员；
- （二）个体参保人员；
- （三）法律、法规规定或经省、市政府批准的其他单位和人员。

第二章 参保登记

第三条 基本医疗保险按属地管理。市直属和中央、省驻绵阳城区用人单位及职工，在市社会保险经办机构办理参保手续；县市区、园区的用人单位及职工，在本县市区、园区社会保险经办机构办理参保手续。

个体参保人员在其基本养老保险关系或户籍所在地社会保险经办机构办理参保手续。

第四条 用人单位自成立之日起30日内，持下列资料到社会保险经办机构办理参保手续：

（一）包含单位名称、住所、经营地点、单位类型、法定代表人或负责人、开户银行账号等主要内容的《绵阳市社会保险登记表》；

（二）营业执照或其他批准成立证件；

（三）组织机构代码证；

（四）中国人民银行办理的开户银行许可证；

（五）包含姓名、身份证号等主要内容的《参保单位员工花名册》。

第五条 个体参保人员持《绵阳市个体人员新参保（续保）登记表》到社会保险经办机构办理参保手续。

第六条 社会保险经办机构自受理之日起10个工作日内审核参保资料，符合规定的发放社会保险登记证。

第七条 参保单位和参保人员发生《绵阳市社会保险登记表》、《绵阳市个体新参保（续保）登记表》所载内容变更的，自变更之日起30日内，持变更资料到社会保险经办机构变更社会保险登记信息。

第八条 参保单位依法终止的，自终止之日起30日内，持终止资料到社会保险经办机构注销社会保险登记。

第九条 参保单位社会保险登记满1年后，每年应到社会保险经办机构办理年检。

第三章 缴费

第十条 基本医疗保险基金由下列部分组成：

- （一）参保单位和职工缴纳的基本医疗保险费；
- （二）个体参保人员缴纳的基本医疗保险费；
- （三）基本医疗保险费按政策计算的利息；
- （四）基本医疗保险费按政策计算的滞纳金；
- （五）办理医疗保险退休手续时因未满最低缴费年限缴纳的一次性趸缴费用；
- （六）依法纳入基本医疗保险基金的其他资金。

第十一条 在职职工个人按本人上年工资总额作为缴费基数，工资总额低于上上年全市城镇非私营单位在岗职工年平均工资（以下简称上上年市平工资）的，按上上年市平工资作为缴费基数，超过上上年市平工资300%的部分不计入缴费基数，按上上年市平工资的300%作为缴费基数。职工因工致残被鉴定为一级至四级伤残的，以伤残津贴和上上年市平工资中数额较高项为缴费基数。参保单位缴费以本单位在职职工缴费工资总和为缴费基数。

职工个人工资总额按国家统计局列入工资总额统计的项目执行，依据《关于规范社会保险缴费基数有关问题的通知》（劳社险中心函〔2006〕60号）确定。

第十二条 参保单位办理参保登记后，持下列资料向社会保险经办机构申报单位参保人员、工资和退休费或基本养老金：

(一) 社保登记证;

(二) 《参保单位人员增加申报表》。

第十三条 参保单位首次申报参保人员和工资后, 每年1月31日前向社会保险经办机构申报当年在职职工工资。未及时申报的, 按上上年市平工资作为最低缴费基数。用人单位补办申报手续并经社会保险经办机构核定后, 按核定后的工资总额作为缴费基数。

参保单位必须如实申报职工工资, 并按社会保险经办机构要求提供工资表、财务报表等资料。因谎报、瞒报致使缴费工资低于职工实际工资或者无法确定的, 按照《社会保险法》、《社会保险费征缴条例》规定严格处理。

第十四条 参保单位人员信息变化的, 于每月10日前向社会保险经办机构申报人员增减及工资变动情况。

第十五条 社会保险经办机构对参保单位缴费申报进行核定, 每月20日前制定当月基金征缴计划。

第十六条 参保单位于每月基金征缴计划下达后至次月征缴计划下达前凭基金征缴计划到指定银行足额缴纳当月单位和职工基本医疗保险费。缴费时间以社会保险经办机构账户到账时间为准, 逾期未足额缴纳当月基本医疗保险费的为欠费。

第十七条 个体参保人员未足额缴纳当年基本医疗保险费前, 基金暂停支付医疗保险待遇。足额缴纳当年基本医疗保险费后, 连续支付当年医疗保险待遇。

第十八条 大中专学生毕业当年以个体参保人员参加城镇职

工基本医疗保险的，缴纳当年剩余月份基本医疗保险费，自接续医疗保险关系之日起6个月后发生的医疗费用由统筹基金按规定支付，个人账户从缴费当月计入。

第十九条 单位职工解除劳动（人事）关系当年以个体参保人员参加城镇职工基本医疗保险的，缴纳当年剩余月份基本医疗保险费。

第二十条 个体参保人员首次参保和中断参保后续保的，缴纳当年剩余月份基本医疗保险费，自在本市缴费之日起，满12个月后发生的医疗费用由统筹基金按规定支付，个人账户从缴费当月计入。

第二十一条 参保单位或参保人员当年在本市重复缴纳城镇职工基本医疗保险费的，持《绵阳市参保人员医疗保险缴费退款审核表》向社会保险经办机构提出退费申请，经审核后退还多缴基本医疗保险费，同时扣减已划入的相应数额个人账户。

第四章 医疗保险关系转移

第二十二条 参保人员原参加城镇职工基本医疗保险，在市内跨区域转移、从市外转入本市城镇职工基本医疗保险，应自原参保地中止缴费之日起3个月内接续医疗保险关系，自在新参保地接续医疗保险关系之日起支付医疗保险待遇。逾期接续医疗保险关系的按《医疗保险办法》参保中断有关规定执行。

第二十三条 参保人员原参加城镇居民基本医疗保险、新型

农村合作医疗保险，转入本市城镇职工基本医疗保险，应自原参保地或险种中止缴费之日起3个月内接续医疗保险关系，自在新险种缴费之日起6个月后发生的医疗费用由统筹基金按规定支付，个人账户从缴费当月计入。逾期接续医疗保险关系的按《医疗保险办法》参保中断有关规定执行。□

参保人员原参加城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗保险，在待遇等待期内转入本市城镇职工基本医疗保险的，自原参保（合）待遇等待期起始时间12个月后发生的医疗费用由统筹基金按规定支付，个人账户从缴费当月计入。

第二十四条 参保人员在本市医疗保险经办机构办理医疗保险关系转移手续，转移程序和所需材料按《四川省流动就业人员基本医疗保障关系转移接续登记管理实施办法（暂行）》（川人社发〔2010〕22号）和《流动就业人员基本医疗保险关系转移接续业务经办规程（试行）》（川人社医中心〔2010〕42号）规定执行。

第二十五条 参保人员住院期间不得转移和中断医疗保险关系。

第五章 医疗保险退休

第二十六条 医疗保险退休是指参保人员达到法定退休年龄，医疗保险缴费年限已满20年。

第二十七条 参保人员达到法定退休年龄，医疗保险累计缴

费年限不足20年的，可一次性趸缴补足20年。

第二十八条 参保人员持下列资料到社会保险经办机构办理医疗保险退休手续，其中单位职工由单位代办：

- （一）身份证原件及复印件；
- （二）退休审批机构达到法定退休年龄证明材料；
- （三）提前退休人员出具提前退休审批手续。

第二十九条 参保人员医疗保险退休手续办理完结后不再缴纳基本医疗保险费，执行退休医疗保险待遇。医疗保险退休手续办理完结前按在职人员继续缴纳基本医疗保险费，执行在职医疗保险待遇，停止缴费的按《医疗保险办法》欠费、参保中断有关规定执行。

第三十条 个体参保人员办理医疗保险退休手续当年缴纳全年基本医疗保险费，办理医疗保险退休手续时，社会保险经办机构根据缴费情况对当年参保费用进行结算。

第三十一条 参保人员医疗保险退休手续办理完结时，退休费或基本养老金未确定的，暂停个人账户上账。退休费或基本养老金确定后补计个人账户本金和利息。

第三十二条 参保人员办理医疗保险退休手续时为初次参加城镇职工基本医疗保险或已参保中断的，自医疗保险退休手续办理完结之日起12个月后发生的医疗费用由统筹基金按规定支付，个人账户从医疗保险退休手续办理完结当月计入。

参保人员办理医疗保险退休手续时为待遇等待期内的，自待遇等待期结束后发生的医疗费用由统筹基金按规定支付，个人账

户从医疗保险退休手续办理完结当月计入。

第三十三条 基本医疗保险缴费年限累加计算。

市内缴费年限（含《医疗保险办法》实施前参加城镇职工基本医疗保险的缴费年限）剔除中断时间累加计算。

市外缴费年限可与市内缴费年限累加计算，但在办理医疗保险退休手续时，市内缴费年限必须满10年。

第三十四条 参保人员办理医疗保险退休手续时，其参加城镇居民基本医疗保险每满4年的缴费年限可折算为参加城镇职工基本医疗保险1年的缴费年限。未满4年的缴费年限不予折算。

第六章 个人账户

第三十五条 参保单位和个体参保人员按规定足额缴纳当期基本医疗保险费后，社会保险经办机构按45周岁以下缴费基数3%、45周岁以上（不含45周岁）缴费基数4%的标准，于每月5日前划入缴费同期在职参保人员个人账户。

第三十六条 已办理医疗保险退休手续的参保人员由医疗保险经办机构以本人上年退休费或基本养老金为上帐基数（超过上上年市平工资300%的部分不计入上帐基数，按上上年市平工资的300%作为上帐基数），按80周岁以下（不含80周岁）4%、80周岁以上4.5%的比例，按季度划入个人账户，划入时间为每季度首月10日前。

第三十七条 退休费或基本养老金指退休审批部门核准的

全部费用。

退休工伤职工基本养老保险待遇低于伤残津贴，由工伤保险基金补足差额的，按社会保险经办机构核定补足后的金额作为个人账户上账基数。

第三十八条 参保单位每年12月31日前向社会保险经办机构申报当年退休人员退休费或基本养老金。未及时申报的，按上次个人账户上账基数上账。用人单位申报后，补记个人账户本金，不补记利息。

第三十九条 城镇职工基本医疗保险和养老保险关系未在一地的个体参保退休人员，每年12月31日前向社会保险经办机构申报当年退休费或基本养老金。未及时申报的，按上次个人账户上账基数上账。本人申报后，补记个人账户本金，不补记利息。

第四十条 个人账户利息由医疗保险经办机构每年12月31日一次性支付，市人社信息经办机构同时结转当年个人账户本金和利息。

第四十一条 因历史原因个人账户上账纠错，由医疗保险经办机构补记同期个人账户利息。

第四十二条 参保人员死亡的，个人账户余额由法定继承人依法继承，法定继承人持下列资料到医疗保险经办机构办理个人账户继承手续：

- （一）参保人员死亡证明；
- （二）法定继承人身份证原件及复印件；
- （三）原工作单位或社区出具的法定继承人和参保人员关系

证明；

（四）法定继承人银行账号。

第四十三条 参保人员自愿终止城镇职工基本医疗保险关系的，个人账户资金可一次性支付给本人，同时注销医疗保险关系。

第七章 统筹基金支付范围和标准

第四十四条 统筹基金支付参保人员医疗费用范围和标准按照《四川省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、《四川省基本医疗保险诊疗项目目录》、《四川省基本医疗保险医疗服务设施项目范围》、《医疗保险办法》、《绵阳市医疗服务价格》以及绵阳市特殊医用材料、特殊检查和治疗、医院制剂等相关目录执行。

第四十五条 统筹基金支付参保人员住院床位费按照《绵阳市医疗服务价格》C级病房标准执行，专科医院或专科病房可在此基础上按照《绵阳市医疗服务价格》上浮比例相应提高。实际住院床位费未达到支付标准的，按实际发生费用支付。

第四十六条 参保人员发生的下列医疗费用不属于基金支付范围：

- （一）除急救、抢救外在非定点医疗机构发生的医疗费用；
- （二）因本人吸毒、打架斗殴、违法犯罪等造成伤害发生的医疗费用及后续治疗费用；

（三）因自伤、自残、酗酒、戒毒、性传播疾病（不含艾滋病）等进行治疗发生的医疗费用及后续治疗费用；

（四）因美容、矫形、生理缺陷及不孕不育等进行治疗发生的医疗费用及后续治疗费用；

（五）应当由第三人负担的医疗费用及后续治疗费用；

（六）在港澳台地区和境外发生的医疗费用；

（七）由工伤保险和生育保险支付的医疗费用；

（八）未按《医疗保险办法》和本细则规定审批或备案发生的医疗费用；

（九）法律、法规规定的其他不属于医疗保险基金支付费用。

第四十七条 女性个体参保人员取得生育指标后因生育发生的住院医疗费用由统筹基金按规定支付。

第四十八条 参保人员在定点医疗机构发生的一次性住院医疗费，统筹基金支付计算方法为：统筹基金支付金额=【（一次性住院医疗费-个人自付费用-不属于支付范围的费用）-起付标准】×统筹基金支付比例。

第四十九条 在一个自然年度内，统筹基金为参保人员支付的医疗费用累计不得超过统筹基金最高支付限额。

第八章 市内住院支付

第五十条 参保人员在市内定点医疗机构住院，持下列资料在定点医疗机构办理医保住院手续，并按定点医疗机构要求预交

个人负担部分的医疗费，未按规定办理医保住院手续发生的医疗费用统筹基金不予支付：

- （一）身份证原件及复印件；
- （二）医疗保险卡或社会保障卡；
- （三）定点医疗机构入院证；

（四）外伤患者出具单位、公安机关或所在居委会受伤经过证明。

第五十一条 参保人员在市内定点医疗机构住院，于出院时与定点医疗机构即时结算个人支付费用。

第五十二条 参保人员在市内定点医疗机构当年住院3个月以上、一个自然年度结束不能出院的，当年12月31日必须办理出院结算并计一次起付标准；住院3个月以内、一个自然年度结束不能出院的，可不办理出院结算，但当年医疗费用已超过统筹基金最高支付限额的和连续住院满3个月后必须办理出院结算并计一个起付标准。

第五十三条 参保人员因精神分裂症，恶性肿瘤手术及放化疗，肾功能衰竭透析治疗及移植手术，肝、肾、骨髓移植术后的抗排斥治疗，重型再生障碍性贫血，骨髓增生异常综合症及骨髓增生性疾病，系统性红斑狼疮，血友病在市内定点医疗机构住院，经具备认定资格的市内定点医疗机构和医生审核后，持下列资料到医疗保险经办机构办理审批手续，经审批后当年内计算一次起付标准，按当年所住定点医疗机构最高级别确定：

- （一）身份证原件及复印件；

（二）《绵阳市基本医疗保险特殊病种住院起付标准减免申报表》；

（三）病情摘要。

第五十四条 参保人员因门诊抢救无效死亡的，在抢救结束后3个月内，家属持下列资料到医疗保险经办机构办理抢救医疗费用支付手续。逾期未办理支付手续的，抢救医疗费用统筹基金不再支付：

（一）身份证原件及复印件；

（二）财政或税务监制的门诊收费专用票据（报销联）；

（三）经患者或家属签字认可的住院费用明细清单；

（四）死亡证明。

第五十五条 参保人员在住院期间因所在定点医疗机构条件限制须在其他定点医疗机构检查 and 治疗的，由住院医疗机构所在科室主治医师以上医生和科主任会诊后，持下列资料到医疗保险经办机构办理审批手续。经审批后，发生在其他定点医疗机构的检查 and 手术费可并入当次住院医疗费用，未按规定办理审批手续的统筹基金不予支付。

（一）身份证原件及复印件；

（二）《绵阳市基本医疗保险在住院医疗机构外特殊检查 and 治疗申报表》；

（三）病情摘要。

第五十六条 参保人员在市内转院治疗的，应于转出定点医疗机构出院后24小时内因同一病情在转入定点医疗机构住院。

由转出定点医疗机构相关科室主治医师以上医生和科主任会诊后，转院后3个工作日内持下列资料到医疗保险经办机构办理审批手续。经医疗保险机构审批后，在本市由低级别定点医疗机构转往高级别定点医疗机构，只补计起付标准差额；由高级别定点医疗机构转往同级别或低级别定点医疗机构，不再另计起付标准：

- （一）身份证原件及复印件；
- （二）《绵阳市基本医疗保险转诊转院申报审批表》；
- （三）病情摘要。

第五十七条 参保人员因突发疾病在市内非定点医疗机构住院的，入院后3个工作日内由所在单位或委托他人向医疗保险经办机构备案，医疗费用由参保人员全额垫付。出院之日起3个月内，持下列资料到医疗保险经办机构办理支付手续。病情稳定后，应及时到定点医疗机构治疗。未按规定备案发生的医疗费用统筹基金不予支付：

- （一）身份证原件及复印件；
- （二）出院证明或死亡证明；
- （三）住院费用明细清单；
- （四）加盖医疗机构公章或病历管理专用章的病历复印件。
- （五）财政或税务监制的住院收费专用票据（报销联）；
- （六）外伤患者出具单位、公安机关或所在居委会盖章的受伤经过证明；
- （七）个体参保人员生育出具准生证和出生证明；

(八)《绵阳市基本医疗住院现金垫支报销申报表》;

(九)受托人办理的出具委托证明和受托人身份证原件及复印件;

(十)医疗保险经办机构规定的其它材料。

第九章 市外就医管理

第五十八条 市外就医包括以下情形:

(一)退休在市外安置和长期市外居住的;

(二)因工长期驻外的;

(三)经市内医疗机构诊断不能确诊或因条件限制需要转至市外就医的;

(四)因出差、探亲、旅游等在市外发生疾病确需就地急诊、抢救的。

第五十九条 市外就医实行事前申报备案制,未按规定备案发生的医疗费用基金不予支付。

第六十条 市外就医管理办法由市人力资源和社会保障行政部门另行制定。

第十章 门诊慢性病管理

第六十一条 门诊慢性病病种范围由市人力资源和社会保障行政部门适时确定。目前病种范围为:

- (一) 原发性甲状腺功能亢进症;
- (二) 结核病;
- (三) 1 型和 2 型糖尿病;
- (四) 脑血管意外后遗症;
- (五) 高血压 II 期以上合并有心、脑、肾损害;
- (六) 冠状动脉粥样硬化性心脏病;
- (七) 慢性肺源性心脏病;
- (八) 帕金森病;
- (九) 银屑病;
- (十) 系统性红斑狼疮;
- (十一) 肝硬化 (不含各类慢性肝炎及酒精性肝硬化);
- (十二) 原发性甲状腺功能减退症;
- (十三) 精神分裂症;
- (十四) 慢性白血病 (非放化疗);
- (十五) 各种恶性肿瘤 (非放化疗);
- (十六) 慢性肾功能衰竭 (非血液透析治疗);
- (十七) 心脏换瓣术后;
- (十八) 心脏安置永久性起搏器术后;
- (十九) 风湿性心脏瓣膜病。

第六十二条 门诊慢性病实行认定制度,其中原发性甲状腺功能亢进症、结核病、原发性甲状腺功能减退症每满两年须重新认定。其余病种只须一次认定。参保人员每年规定期限内经具备门诊慢性病认定资格的医疗机构和医生审核后,持下列资料办理

认定手续:

- (一) 身份证原件及复印件;
- (二) 《绵阳市基本医疗保险门诊慢性病申报表》;
- (三) 一年以上五年以内诊治的检查单、化验单、门诊病历、出院证明等病史资料;
- (四) 门诊慢性病诊断书。

第六十三条 单位职工和退休人员将申报资料交单位或社区, 参保单位或社区集中报医疗保险经办机构审批。

第六十四条 具备门诊慢性病认定资格的医疗机构和医生由医疗保险经办机构统一从本地二级甲等以上定点医疗机构中确定、公布。

在市外居住、工作或学习六个月以上的长期驻外人员, 由居住地二级甲等以上定点医疗机构审核。

第六十五条 参保人员门诊慢性病经医疗保险经办机构认定后, 在门诊慢性病定点医疗机构和定点零售药店门诊治疗费用先使用个人账户, 当年个人账户金额使用完后, 再由统筹基金支付 70%, 一年最高支付限额为 700 元 (患有两个以上慢性病病种的为 1000 元)。

第六十六条 参保人员在市内门诊慢性病定点医疗机构和定点零售药店就医、购药实行即时结算。

第六十七条 长期驻外参保人员在选定的居住地医保定点医疗机构就医, 全额垫付门诊慢性病医疗费用, 将下列资料交所在单位或社区, 单位或社区于每年 11 月统一报医疗保险经办机

构审核。

- (一)《绵阳市基本医疗保险门诊慢性病申报审批表》;
- (二)医疗机构门诊医疗费用发票(报销联);
- (三)复式处方;
- (四)个人银行账号;
- (五)身份证复印件。

第六十八条 门诊慢性病定点医疗机构和定点零售药店在本市医疗保险定点医疗机构和定点零售药店中择优确认。参保人员在非门诊慢性病定点医疗机构和定点零售药店发生的门诊慢性病医疗费用,统筹基金不予支付。

第六十九条 门诊慢性病具体认定标准由市人力资源和社会保障行政部门另行制定。

第十一章 门诊特殊重症疾病管理

第七十条 门诊特殊重症疾病病种范围由市人力资源和社会保障行政部门适时确定。目前病种范围为:

- (一)各种恶性肿瘤的放化疗;
- (二)慢性肾功能衰竭透析治疗;
- (三)肝、肾、骨髓移植术后的抗排异治疗;
- (四)血友病;
- (五)重型再生障碍性贫血。

第七十一条 门诊特殊重症疾病实行认定制度,参保人员经

具备门诊特殊重症疾病认定资格的医疗机构和医生(参照本细则第六十四条规定执行)审核后,持下列资料到医疗保险经办机构办理认定手续:

(一)身份证原件及复印件;

(二)《绵阳市基本医疗保险门诊特殊重症疾病申报审批表》;

(三)长期驻外人员还应出具二级甲等以上定点医疗机构二名副主任医师以上医生审核的门诊特殊重症疾病诊断书。

第七十二条 门诊特殊重症疾病定点医疗机构和定点零售药店在本市医疗保险定点医疗机构和定点零售药店中择优确认。参保人员在非门诊特殊重症疾病定点医疗机构和定点零售药店发生的门诊慢性病医疗费用,统筹基金不予支付。

第七十三条 参保人员门诊特殊重症疾病经医疗保险经办机构认定后,在门诊特殊重症疾病定点医疗机构发生的门诊治疗费用由统筹基金按照住院医疗费用政策支付,在门诊特殊重症疾病定点零售药店发生的门诊治疗费用由统筹基金参照二级甲等医院住院医疗费用政策支付。

第十二章 费用结算

第七十四条 参保人员在市内定点医疗机构和定点零售药店发生的符合基本医疗保险支付范围内的住院医疗费用、门诊医疗费用实行单次住院即时结算和划卡结算。

第七十五条 参保人员在市内定点医疗机构和定点零售药店就医、购药，基金支付费用由医疗保险经办机构按月与定点医疗机构和定点零售药店审核、结算，个人自付费用由参保人员与定点医疗机构和定点零售药店直接结算。

第七十六条 定点医疗机构持《绵阳市基本医疗保险定点医疗机构住院费用结算申请表》、《绵阳市城镇职工基本医疗保险住院费用结算表》、《个人住院费用结算票据》（报销联）、《出院证明书》、《个人医保结算单》和《绵阳市基本医疗保险定点医疗机构门诊费用结算申请表》向医疗保险经办机构申报费用审核和拨付。

第七十七条 定点零售药店持《绵阳市基本医疗保险定点零售药店费用结算申请表》向医疗保险经办机构申报费用审核和拨付。

第七十八条 医疗保险经办机构与定点医疗机构和定点零售药店每月结算一次。定点医疗机构和定点零售药店每月5日前向医疗保险经办机构申报上月费用审核和拨付。医疗保险经办机构受理之日起15个工作日内完成审核、结算工作并在财政下达计划内拨付费用。

第七十九条 已在按项目付费基础上实行总额控制、综合考核相结合支付的，根据总额控制计划或考核结果拨付费用。

第八十条 定点医疗机构和定点零售药店应及时上传门诊、住院费用明细，医疗保险经办机构负责审核，因不符合支付条件扣减费用由定点医疗机构和定点零售药店承担，不得转嫁给参保

人员。

第八十一条 定点医疗机构和定点零售药店应严格按照《基层医疗卫生机构会计制度》（财会〔2010〕26号）和《医院会计制度》（财会〔2010〕27号）规定，建立财务会计制度和台账，准确反映参保人员自付费用、起付标准、应收医疗款和医疗收入等各项费用及对应关系。

第十三章 监督管理

第八十二条 人力资源和社会保障行政部门对医疗保险经办机构履行职能情况进行监督，适时监督检查参保单位、参保人员、定点医疗机构和定点零售药店遵守社会保险法律法规情况。

第八十三条 医疗保险经办机构与定点医疗机构和定点零售药店按年度签订医疗保险服务协议，确定双方的权利和义务。服务协议的内容包括：服务对象、服务范围、服务规范、费用控制指标、结算办法、支付标准及违约责任等。

第八十四条 医疗保险经办机构检查和审核定点医疗机构和定点零售药店履行服务协议以及参保人员遵守社会保险法律法规情况，按照协议处理定点医疗机构和定点零售药店违规行为并连同参保人员违法行为报人力资源和社会保障行政部门备案。

第八十五条 医疗保险经办机构每年按照履行服务协议情况对定点医疗机构、定点零售药店进行综合考核，对排名靠后的定点医疗机构和定点零售药店实行约谈。需取消定点资格的，报

人力资源和社会保障行政部门处理。

第八十六条 定点医疗机构、定点零售药店和参保单位、参保人员涉及欺诈骗保等违法行为的，由人力资源和社会保障行政部门依法作出处理。

第八十七条 城镇职工基本医疗保险监管办法由人力资源和社会保障行政部门制定。

第十四章 其他

第八十八条 基本医疗保险基金计息按下列规定执行：

（一）基本医疗保险基金当年筹集部分，按活期存款利率计息。上年结转的基金本息，按3个月期整存整取银行存款利率计息；

（二）市人力资源和社会保障行政部门每年12月20日按照同期银行利率公布当年基本医疗保险基金计息利率；

（三）参保人员年内转移或一次性支付个人账户，参保单位和参保人员欠费的，按上次公布的基本医疗保险基金利率计息。

第八十九条 市人社信息经办机构按照部省建设规范做好本市医疗保险经办业务系统技术支持和安全保障服务。

第九十条 在未实行基金市级统收统支之前，建立市级风险调剂金。各县市区、园区每年从筹集的基本医疗保险统筹基金中提取5%的金额建立全市风险调剂金，当风险调剂金滚存达到一定金额时，不再继续提取。具体管理办法由市人力资源和社会保障

行政部门、财政行政部门另行制定。

第九十一条 本细则所列各项表格由市社会保险经办机构和医疗保险经办机构制定,同时在全省人力资源和社会保障行政部门政务网站公布。

第九十二条 本细则规定办理各项手续所需材料除特别注明外均要求提供原件。

第九十三条 本细则由市人力资源和社会保障行政部门负责解释。

第九十四条 本细则自印发之日起施行,《绵阳市城镇职工基本医疗保险办法实施细则》(绵人社发〔2011〕18号)、《关于门诊特殊重症疾病和门诊特殊慢性病病种及待遇标准调整的通知》(绵人社办〔2012〕221号)和以前发布的其他不符合本办法规定文件同时废止。