**成都市人民政府办公厅关于印发**

**《成都市住院补充医疗保险办法一》的通知**

成办发[2005]121号

各区(市)县政府，市政府各部门：

   《成都市住院补充医疗保险办法一》已经2005年9月13日市政府第54次常务会议讨论通过，现予公布，自2005年11月1日起施行。

                         成都市人民政府办公厅

                         二OO五年九月二十二日

**成都市住院补充医疗保险办法一**

第一条  (目的依据)

为减轻参保人员在享受基本医疗保险待遇之后的住院医疗费负担，根据《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》和医疗保险的有关规定，结合成都市实际，制定本办法。

第二条  (参保范围)

凡基本医疗保险关系在成都市社保局或区(市)县社保经办机构的人员和参加成都市非城镇户籍从业人员综合社会保险的人员可以参加本补充医疗保险。

第三条  (缴费标准)

本补充医疗保险可以一次或多次办理一份或多份，其缴费标准为：

(一)每份保险为缴费时上一年全市职工平均工资的5％。计算缴费的最小单位为元。

(二)年满55周岁以上者，在本条第(一)项缴费标准的基础上，每超过1周岁增加10元。

第四条  (保险原则)

参加本补充医疗保险所缴保险费不予退还。本补充医疗保险只限本人使用。

第五条  (办理机构)

参加本补充医疗保险的人员，凭本人身份证和成都市社会保险卡到市或区(市)县社会保险经办机构缴费并办理有关手续。

第六条  (报销条件及待遇)

参加本补充医疗保险的人员符合下列条件的，所发生的属于基本医疗保险报销范围的住院医疗费总额超过出院时上一年全市职工平均工资以上的部分可报销30％：

(一)办理本补充医疗保险手续之日起12个月以后住院的；

(二)在本市与社会保险经办机构签订了服务协议的基本医疗保险定点医疗机构住院治疗的；

(三)属于一次性住院医疗费用。

第七条  (不予报销的情形)

下列情形不属于本补充医疗保险报销范围：

(一)异地安置人员以及因探亲、休假、因公出差等原因在本市行政区域以外的医疗机构(指未与本市社会保险经办机构签订服务协议的外地医疗机构)发生的住院医疗费；

(二)康复疗养、康复治疗期间发生的住院医疗费用；

(三)不属于基本医疗报销范围的医疗费用；

(四)本补充医疗保险未生效时限内发生的住院医疗费用。

第八条  (单病种、单项治疗定额结算报销)

实行单病种、单项治疗定额结算管理的住医疗费报销的具体办法另行制定。

第九条  (报销程序)

参保人员应于一次性住院治疗出院之日起60日内凭本补充医疗保险单、身份证、社会保险卡原件和复印件，以及出院证、住院费用收据、住院医疗费统筹支付结算表(参加省和区(市)县的基本医疗保险的人员，还须持省和所属区(市)县社会保险经办机构出据的基本医疗保险报销后的情况证明和住院医疗费用清单)等相关资料到市社会保险经办机构办理申报手续，逾期则不予报销。市社会保险经办机构在基本医疗保险报销后的20个工作日内予以审核报销

第十条  (报销限制)

本补充医疗保险终身有效，但每份只能使用一次。报销一次性住院医疗费时，一次只能使用一份，报销金额不超过50000元。

本补充医疗保险与基本医疗保险、其他住院补充医疗保险的报销金额之和大于一次性住院医疗费总额时，超出部分不予支付。

第十一条  (平均工资依据)

本办法所涉及的全市职工平均工资，以成都市统计局发布的全市职工平均工资为依据。

第十二条  (特别说明)

本办法实施前已按原办法参加本保险的人员，在保险有效期内可享受原办法规定的待遇。

第十三条  (解释机关)

本办法具体应用中的问题由成都市劳动和社会保障局负责解释。

第十四条  (施行日期)

本办法自2005年11月1日起施行。1999年9月6日成都市人民政府办公厅转发的《成都市职工补充医疗保险实施办法之一》同时废止。