**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二》的通知**

成办发（2005）122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二》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二**

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，其缴费标准为每份1000元，缴费时年满55周岁以上者，每超过1周岁，增加20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)

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3个月平均工资以上的部分，可按第八条的规定报销：

(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  (待遇标准)

符合本办法第六条规定的，每份本补充医疗保险每年可以按下列标准报销一次住院医疗费：

(一)缴费满1年不满3年的报销300元；

(二)缴费满3年不满6年的报销400元；

(三)缴费满6年不满9年的报销500元；

(四)缴费满9年不满12年的报销600元；

(五)缴费满12年不满15年的报销700元；

(六)缴费满15年以上的报销2000元。

持有多份本补充医疗保险并符合报销条件的，可以同时按上述标准合并计算报销医疗费，但一次合并计算报销的金额不超过10000元。

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。每份本补充医疗保险每报销一次医疗费，下一次报销医疗费时减少应报销额的5%，减少的比例最多不超过40%。

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二》同时废止。