成都市医疗保险管理局关于生育保险经办工作有关问题的通知

成医发〔2015〕26号

各区（市）县医保局，高新区人社局社保处，天府新区成都管委会社事局就业社保处：

为贯彻落实《成都市人民政府关于调整生育保险缴费费率等规定的通知》（成府函〔2015〕121号，以下简称《通知》）、《成都市生育保险办法》（市政府令第126号）、《成都市城镇职工基本医疗保险办法》（市政府令第154号）、《医疗保险工作会议纪要》（成人社阅〔2015〕7号）等文件精神，进一步做好我市生育保险业务经办工作，现就有关问题通知如下：

一、参保接续

2015年7月1日至10月28日期间，按《成都市生育保险办法》（市政府令第126号）已参加成都市生育保险并缴纳生育保险费的个体参保人员，在《通知》下发后，可自愿选择终止或接续生育保险关系。选择接续生育保险的个体人员，在申请办理生育保险待遇拨付前，应到参保关系所在地社会保险经办机构确认并补缴中断的生育保险费，补缴中断生育保险费应从欠费之月起补缴至生育、施行计划生育手术当月。补缴中断的生育保险欠费后，仍未达到连续不间断缴费满12个月后生育、施行计划生育手术的，不享受生育保险待遇。

在《通知》下发后，以下情形不再以个体身份参加成都市生育保险：

（一）2015年10月28日以前从未参加过成都市生育保险的人员；

（二）2015年7月31日以前中断缴纳生育保险费且未在2015年8月1日至10月28日申请办理补缴手续的个体人员；

（三）职工与用人单位解除劳动关系，用人单位已办理生育保险中止缴费的；

（四）《通知》下发后自愿选择接续我市生育保险的个体人员，接续参保缴费以后又发生中断生育保险缴费2个月以上（不含2个月）的。

二、待遇支付

生育保险基金支付情形及有关规定：

（一）参加我市生育保险的人员，其生育保险待遇项目和标准（包括生育津贴、生育医疗费、计划生育手术费和男职工配偶生育医疗补贴），按照《成都市生育保险办法》（市政府令第126号）、《成都市生育保险办法实施细则》（成劳社发〔2006〕91号）和《成都市人民政府关于调整生育津贴计发标准的通知》（成府发〔2012〕29号）的有关规定由生育保险基金支付。

（二）参加我市生育保险的人员，连续不间断缴纳生育保险费满12个月后住院生育或施行计划生育手术的，其在住院生育或施行计划生育手术期间同时发生的生育并发症、合并症住院医疗费用，由生育保险基金按以下公式进行支付：

（一次性住院医疗费用总额-全自费-特殊医用材料个人自付部分-生育医疗费或计划生育手术费定额支付标准-起付标准）×报销比例。

上述计算公式中的起付标准、全自费、特殊医用材料个人自付部分、报销比例按照城镇职工基本医疗保险有关规定执行。

（三）参加我市生育保险的人员，应在生育或施行计划生育手术后12个月内向参保关系所在地生育保险经办机构申请拨付生育保险待遇，单位参保职工应由用人单位经办人为其办理，个体参保人员由本人或委托他人办理，申领待遇应按照《成都市生育保险办法实施细则》（成劳社发〔2006〕91号）等有关规定提供证明材料。

（四）参加我市生育保险的职工生育或施行计划生育手术时连续不间断参保缴费未满12个月的，由生育或施行计划生育手术时所在用人单位按照生育保险政策规定的项目及标准为其职工垫付生育医疗待遇（包括生育医疗费、计划生育手术费、住院生育或施行计划生育手术期间发生的生育并发症、合并症住院医疗费、男职工配偶生育医疗补贴），待生育或施行计划生育手术时所在用人单位为职工缴纳生育保险费达到连续不间断满12个月后，向参保关系所在地生育保险经办机构申请办理生育保险待遇拨付。用人单位应在职工生育或施行计划生育手术后12个月内申请办理生育保险待遇拨付，申请拨付时除提供《成都市生育保险办法实施细则》（成劳社发〔2006〕91号）规定的证明材料外，还应提供以下证明材料：

1.劳动合同原件及加盖单位公章的复印件；

2.职工工资发放表、工资银行流水转账记录或工资发放财务凭证原件及复印件；

3.用人单位垫付生育医疗待遇的财务记账凭证复印件（加盖单位财务专用章）。

城镇职工医疗保险支付情形及有关规定：

（一）在《通知》下发后，未参加我市生育保险的人员按规定以个体身份参加我市城镇职工基本医疗保险和大病医疗互助补充保险的（以下简称医疗个体参保人员），符合国家计划生育政策规定生育和我市城镇职工基本医疗保险、大病医疗互助补充保险待遇享受条件的，其生育医疗费、计划生育手术费、生育并发症等住院医疗费按照以下规定执行：

1.生育医疗费、计划生育手术费按照《成都市生育保险办法》（市政府126号令）和《成都市生育保险办法实施细则》（成劳社发〔2006〕91号）的支付标准由城镇职工基本医疗保险基金支付。

2.生育并发症住院医疗费按本市医疗保险有关规定由城镇职工基本医疗保险基金、大病医疗互助补充保险资金支付。

3.住院生育或施行计划生育手术期间，发生生育并发症、合并症的住院医疗费，基本医疗保险按以下公式支付：

（符合基本医疗保险报销范围的费用-生育医疗费或计划生育手术费定额支付标准-起付标准）×报销比例

（二）医疗个体参保人员在异地发生的生育医疗费及住院生育期间发生并发症、合并症的住院医疗费，由个人全额垫付后到参保关系所在地医疗保险经办机构按规定办理报销手续。

（三）《通知》下发后，同时符合享受我市生育保险和城镇职工基本医疗保险待遇条件的参保人员因生育并发症住院，但住院期间未生育或实施计划生育手术的，住院医疗费按医疗保险相关规定支付。

（四）在《通知》下发后，用人单位参保职工与用人单位解除劳动关系中止生育保险缴费后，以个体人员身份接续参加我市城镇职工基本医疗保险的，申请拨付生育医疗费、计划生育手术费、生育并发症住院医疗费时，生育保险与城镇职工基本医疗保险缴费年限连续不间断合并计算满12个月。

（五）由城镇职工基本医疗保险基金、大病医疗互助补充保险资金支付的生育医疗费、计划生育手术费、生育并发症住院医疗费进入参保人员个人年度最高支付限额累计。参保人员因生育或计划生育手术（无并发症、合并症）住院，本次住院不进入自然年内降低起付标准的次数计算。

（六）参保人员在我市行政区域范围内的定点医疗机构产生的应由医疗保险支付的生育医疗费、计划生育手术费、生育并发症住院医疗费实行联网结算。

（七）个人全额垫付生育医疗费、计划生育手术费、生育并发症住院医疗费，由参保人员在出院（施行计划生育手术）后3个月内（特殊情况不超过12个月），持下列资料到参保关系所在地医疗保险经办机构办理报销手续，逾期不予办理：

1.财政、税务部门制作或监制医疗服务收费专用票据；

2.本人或家属签字认可的费用清单；

3.出院证明、出院记录（小结）或病情证明；

4.准生证（生育医疗费提供此项）；

5.结婚证；

6.本人身份证、社保卡以及参保关系所在地医疗保险经办机构指定银行任一活期存折或储蓄卡（委托他人办理须同时提供本人和代办人的身份证原件及复印件）；

7.异地发生费用的还需提供生育医疗机构定点、等级证明。

三、其他

参保人员因不孕不育、保胎，以及实施人工辅助生育技术（试管婴儿）等产生的医疗费用，生育保险和医疗保险基金不予支付。

本通知自2015年10月1日起施行。

成都市医疗保险管理局

2015年12月31日