新生儿医保政策

（2024年4月7日）

一、参保政策

**（一）参保对象：**凡未参加基本医疗保险，且符合以下条件之一的新生儿：

1.具有本市户籍的新生儿；

2.在本市取得居住证且未在原籍参加基本医疗保险的新生儿。

3.父或母在本市取得居住证且未在原籍参加基本医疗保险的新生儿。

**（二）缴费标准：**

1.新生儿按照2024年我市城乡居民医保普通居民个人缴费标准为每人每年420元，财政补助执行国家和省规定的标准。

2.经相关部门认定符合下列情形的新生儿，个人缴费部分由财政予以全额资助：

特困人员，最低生活保障对象，困境儿童，符合条件的享受国家抚恤补助的优抚对象，低保边缘家庭成员，支出型困难家庭中的大重病患者，具有本地户籍的临时救助对象中的大重病患者，以及原建档立卡低收入人口等医疗救助对象参加城乡居民医保的。

1. **参保登记：**新生儿可通过以下三种方式参保登记：一是政务服务“新生儿一件事办理”。下载并登录苏服办APP连云港旗舰店，进入一件事服务专区，选择“新生儿出生一件事”，仔细阅读“办理须知”及“办理事项”，并点击“立即办理”，根据智能引导，按照实际情况勾选问答，再点击下一步，进入事项信息、材料信息页面后开始办理。

二是江苏医保云APP。下载并登录江苏医保云APP，进入我要保专区，选择居民参保登记，申报基本信息、上传申报材料、确认信息，参保登记完成。

三是线下参保登记。携带居民户口簿、身份证到户籍所在乡镇（街道）为民服务中心、村委（社区）党群服务中心办理参保登记手续；在本市取得居住证的常住人员，需到居住证核发地办理参保手续，提供有效期内的居住证。

1. 待遇封锁

（一）新生儿出生后3个月（含）内参保缴费的，自出生之日起享受出生年度城乡居民医保待遇；

（二）新生儿出生后3个月以上至6个月（含）内办理参保缴费的，自缴费30天后享受当年度城乡居民医保待遇。

（三）新生儿出生6个月以上参保缴费且在出生当年度10月（含）之前缴费的将有两个月的待遇封锁期；出生6个月以上参保缴费且在当年度11月-12月缴费的，不享受待遇。

三、缴费方式

**（一）微信、支付宝：**关注“连云港税务”微信公众号或扫描下方二维码，点击界面右下角“社保缴纳”菜单进行缴费；支付宝搜索“江苏税务社保缴纳”小程序或扫描下方二维码，进行实名认证后，可为本人或代他人缴费。

（微信） （支付宝）

**（二）“江苏医保云”APP：**职工医保个人账户通过共济可为家庭成员缴纳城乡居民医保费。打开“江苏医保云”APP，点击“我要办”，在“家庭共济”功能模块进行“账户绑定”后，点击“账户缴费”，缴费类型选择“居民医保”，可为家庭成员缴纳2024年度城乡居民医保费。

**（三）“江苏税务”APP：**打开“江苏税务”APP，首次下载使用需进行实名认证。登录后点击首页“我的社保”，通过“社保费缴费办理（选档）”模块可为本人或代他人缴费。

**（四）其他政务APP：**登录“我的连云港”APP，搜索“医保社保缴费”应用，点击进入后，可为本人或代他人缴费；登录“苏服办”APP，选择连云港版块，搜索“江苏税务社保缴费”应用，点击进入后，可为本人或代他人缴费。

**（五）银联移动POS机：**部分乡镇（街道）人力资源和社会保障服务中心、村委（社区）部署有银联移动POS机缴费终端，支持银联卡刷卡缴费或微信、支付宝扫码缴费，参保居民可携带身份证前往上述地点缴费。

**（六）银行网点：**市区参保居民可携带身份证至市东方农商银行任一网点缴费，赣榆区、东海县、灌云县、灌南县参保居民可携带身份证至当地农村商业银行网点缴费，也可以通过农商银行的手机银行、ATM机自助缴费。

四、门诊统筹待遇

新生儿在市内基层医院门诊统筹定点医疗机构发生的政策范围内医疗费用纳入城乡居民医保统筹基金支付范围。城乡居民医保门诊统筹不设起付标准。一个统筹年度内，城乡居民医保门诊统筹医疗费用最高支付限额为800元，实行家庭医生签约服务的参保人员的门诊统筹医疗费用最高支付限额为900元。最高支付限额以下，城乡居民医保统筹基金支付比例为50%。

五、住院待遇

城乡居民医保的参保人员可直接持就医凭证至统筹区内定点医疗机构住院就医。参保人员年度基本医疗住院合规医疗费用封顶线为300000元。

参保人员患肺结核、精神病在本市定点医疗机构住院，不设起付线，发生的合规医疗费用报销 90%。

新生儿住院发生的政策范围内医疗费用，城乡居民医保统筹基金支付比例比成年居民提高 10 个百分点；100000元以上部分，城乡居民医保统筹基金支付比例低于90%的，提高到 90%。

下表为成年居民住院待遇：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构等级 | 起付线 | 报销比例 | 年度最高支付限额 |
| 一级及以下 | 200元 | 85% | 30万元 |
| 二级 | 400元 | 75% |
| 三级 | 800元 | 65% |

六、城乡居民医保大病保险待遇

我市城乡居民大病保险筹资标准为每人95元。参加城乡居民大病保险所需资金从城乡居民基本医保基金中划拨，参保居民无需另行缴费。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 报销范围 | 起付线 | 费用段 | 报销比例 | 支付限额 |
| 个人负担超过一定水平的住院、门诊慢性病和门诊特殊病种的合规医疗费用 | 1.6万元 | 1.6-8（含）万元 | 60% | 无 |
| 8-15（含）万元 | 70% |
| 15万元以上 | 80% |

医疗救助对象等困难群体实行大病保险倾斜支付政策，起付标准比普通参保人员降低50%（8000元）、各费用段报销比例比普通参保人员提高10个百分点。

七、医疗救助

经相关部门认定为医疗救助对象的新生儿，还可享受医疗救助待遇：

医疗救助对象在定点医疗机构发生的符合基本医保药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施范围规定的除自费费用以外的门诊和住院医疗费用（以下简称合规医疗费用），按照“先保险后救助”的原则，对经基本医保、大病保险等支付后个人自付部分，由医疗救助基金按照以下标准给予救助。基本医保、大病保险起付线以下的政策范围内个人自付费用，按规定纳入救助保障。

1. 对特困人员、困境儿童中的孤儿和事实无人抚养儿童，不设年度救助起付标准，救助比例为 100%。

2. 对最低生活保障对象、困境儿童中的其他儿童、符合条件

的享受国家抚恤补助的优抚对象，不设年度救助起付标准，救助比例为 80%。

3. 对低保边缘家庭成员、支出型困难家庭中的大重病患者、

具有当地户籍的临时救助对象中的大重病患者以及市政府规定的

其他特殊困难人员，年度救助起付标准为 2000 元，救助比例为

70%。

上述救助对象，政策范围内医疗费用（含门诊医疗待遇）的

最高救助限额为 20 万元，其中门诊救助限额 1 万元。

4. 对脱贫过渡期内原建档立卡低收入人口，年度救助起付标

准为 2000 元，救助比例为 70%，政策范围内住院医疗费用（含

门诊慢特病医疗待遇）的最高救助限额为 10 万元。原建档立卡低

收入人口在定点医疗机构发生的普通门诊费用不予救助。

八、门诊慢性病

门诊慢性病，甲类4种、乙类12种；年度起付线为：500元（患有高血压、糖尿病门慢起付线为200元）；封顶线。起付费至封顶线之间的合规医疗费用，一级及以下、二级、三级定点医疗机构基本医疗统筹基金报销比例分别为75%、70%、65%。年度限额：甲类疾病为5000元，乙类疾病为3000元；享受两种及以上门诊慢性病待遇的，每增加一个病种封顶线增加500元，最多增加1000元。

九、门诊特殊病

门诊特殊病共12类28种，无起付线，甲类传染病和职工医保严重精神障碍病种符合费用报销100%，职工医保和居民医保慢性肾功能衰竭腹膜透析符合费用报销95%，其他病种符合费用报销90%；轻度和中(重)度血友病年度医疗费用最高限额为2万和15万，其他病种或治疗方式暂不设最高支付限额。

十、家庭病床

家庭病床实行定点就医，参保人员经申请核实符合享受条件后，选择一家基层定点医疗机构作为其就医医疗机构。实行定额结算，定额标准为每天每床30元，每次建床不超过60天，定额内费用统筹基金支付80%，超定额费用个人负担。

注：1、后期如有政策调整，以调整后为准。

2、市医保局咨询电话：8568 5958。