附件1：

北京市城镇居民基本医疗保险办法

实施细则（摘要）

**第十二条** 参保人员参加城镇居民基本医疗保险以每年1月1日至12月31日为医疗保险年度。

**第十五条** 参保人员发生符合本市基本医疗保险和学生儿童大病医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施范围的医疗费用，由城镇居民基本医疗保险基金按规定支付。

**第十六条** 城镇居民基本医疗保险基金不予支付下列医疗费用：

（一）在非本人定点医疗机构就医的，但急诊除外；

（二）因交通事故、医疗事故或者其他责任事故造成伤害的；

（三）因本人吸毒、打架斗殴或因其他违法行为造成伤害的；

（四）因自杀、自残、酗酒等原因进行治疗的；

（五）在国外或者香港、澳门特别行政区以及台湾地区治疗的；

（六）按照国家和本市规定应当由个人负担的。

**第十七条** 参保人员发生的符合本市基本医疗保险和学生儿童大病医疗保险规定的门（急）诊医疗费用纳入支付范围，报销起付标准为650元。起付标准以上部分由城镇居民基本医疗保险基金支付50%，在一个医疗保险年度内累计支付的最高数额为2000元。

**第二十条**  参保人员需要变更定点医疗机构的，于每年的9月1日至11月30日办理变更手续。

**第二十一条** 学生儿童发生的符合本市基本医疗保险和学生儿童大病医疗保险规定的住院医疗费用纳入支付范围，第一次及以后住院的起付标准均为650元。起付标准以上部分由城镇居民基本医疗保险基金支付70%，在一个医疗保险年度内累计支付的最高数额为17万元。

**第二十二条** 参保人员住院治疗以90天为一个结算期。不超过90天按实际住院天数结算；超过90天的，按每90天为一个结算期结算，结算后视为第二次住院。

**第二十三条**  参保人员患恶性肿瘤放射治疗和化学治疗，肾透析，肾移植、肝移植（包括肝肾联合移植）后服抗排异药，血友病，再生障碍性贫血（以下简称“特殊病种”）进行门诊治疗的，应持诊断证明到本人户籍所在地社会保险经办机构办理特殊病种审批手续，在确定的本人特殊病种定点医疗机构发生的特殊病种门诊医疗费用，由城镇居民基本医疗保险基金按住院标准支付。

**第二十四条** 参保人员进行特殊病种门诊治疗的，按每个医疗保险年度为一个结算期。当年办理特殊病种审批的，自审批之日至本医疗保险年度截止日为一个结算期。

**第二十九条** 参保人员患病时须持本人的社会保障卡（《医疗保险手册》）到选定的定点医疗机构就医。定点医疗机构应当对参保人员所持的社会保障卡（《医疗保险手册》）进行查验。

**第三十条** 参保人员因急症不能到本人选定的定点医疗机构就医时，可在就近的定点医疗机构急诊治疗，待病情稳定后应及时转回本人的定点医疗机构治疗。

**第三十一条** 参保人员住院期间因病情需要市内转院治疗的，需由定点医疗机构副主任医师以上人员提出意见，经医疗保险办公室批准后，可办理转院手续。24小时内转院的按连续住院办理，转院后发生的医疗费用与转院前发生的医疗费用累计计算。

**第三十二条** 城镇老年人在外埠居住一年以上、学生儿童在外省市居住或就读的，应在本人户籍所在地社保所申请办理异地就医登记手续。可选择居住地2家县级以上定点医疗机构或儿童专科医院和本市1家定点医疗机构就医，城镇老年人还可选择本市1家社区卫生服务机构作为本人的门诊就医定点医疗机构，发生的符合本市基本医疗保险和学生儿童大病医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施范围的医疗费用，到本人户籍所在地社保所办理报销。

**第三十三条** 参保人员在外埠定点医疗机构发生的符合本市基本医疗保险和学生儿童大病医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施范围的急诊医疗费用，到本人户籍所在地社保所办理报销。