

大连市城镇未成年居民基本医疗保险参保就医指南

一、参保范围

1. 本市城镇户籍的学龄前儿童、出生三个月之内的婴儿及未满 18 周岁的非在校城镇居民；
2. 已参加我市城镇基本医疗保险的进城务工农民工的非在校未成年子女。

二、办理流程

(一) 在校学生由学校统一组织办理，可选择按年申报缴费；也可自愿选择按照参保（或续保）当年的缴费标准一次性缴纳在校学习期间个人应缴纳的基本医疗保险费。

新参保学生向所在学校申请参保，提供《户口簿》原件及复印件和一寸免冠彩色照片 1 张；困难家庭学生还须提供《大连市城市居民最低生活保障金领取证》《大连市城市低保边缘户救助证》原件及复印件。

(二) 具有本市城镇户籍、符合城镇居民参保条件的新生儿，在我市生育定点医疗机构、户籍所在地或常年居住地社区办理参保手续。

出生三个月内的新生儿持新生儿户口簿原件及复印件，到社区办理参保手续。

(三) 其他城镇居民可在每年 1-8 月份期间到所在社区或区、县（市）民政部门按月办理当年参保业务；每年 9-11 月份办理当年及下一年度参保业务，如办理当年参保业务须同时办理下一年度参保业务。

1. 新参保

符合参保条件的居民（低保户、低保边缘户除外），直接到社区申请办理参保，提供《户口簿》、居民身份证、《中华人民共和国残疾人证》原件和复印件。

2. 续保

续保居民应向所在区、县（市）街道社区或民政部门申请办理参保，将姓名、社保卡号、身份证号码等信息及所需保费交至区、县（市）街道社区或民政部门即可。

三、缴费标准

单位：元

参保对象	参保类别	基本医疗保险		
		合计	其中	
			个人	政府
学龄前儿童	普通学龄前儿童、新生儿、	600	120	480

新生儿	低保户及重度残疾人(二级及以上)		0	600
-----	------------------	--	---	-----

注：当年9月至12月办理参保的新生儿，可以一次性缴纳当年及下一年度或下一年度的医疗保险费。

四、待遇起始时间

- (一) 未成年新参保人员设立三个月待遇等待期；出生三个月内无等待期。
- (二) 新参保的在校学生按年度缴费。待遇期为当年9月1日至次年12月31日。
- (三) 新生儿，参保缴费到账后出生之日起享受医疗保险待遇，至缴费年度12月31日止。

五、医疗保险待遇

参保未成年居民住院时需持本人社保卡和《就医手册》自主选择到定点医疗机构就医。在办理住院手续时，需将社保卡、《就医手册》交定点医疗机构识别，并按规定交纳住院预交金，预交金主要用于支付统筹基金起付标准及个人自付比例部分。出院结算时，只需缴纳个人负担费用；应由统筹基金支付的费用，由大连市医保中心与定点医院直接结算。

六、门、急诊待遇

(一) **急诊**：因急危重症在门（急）诊抢救或在120急救车上实施紧急救治者，抢救期间符合基本医疗保险政策支付范围的医疗费纳入住院费用一并报销。

(二) **门诊规定大病病种**：患有门诊规定大病的参保人员可持本人病历资料、诊断书、社保卡、《就医手册》、到我院门诊二楼医保窗口进行申报登记，每年登记一次，每次就诊由专业指定医师诊治。

1. 未成年人门诊规定病种范围：白血病、糖尿病、系统性红斑狼疮、尿毒症透析治疗、恶性肿瘤放疗、血友病、生长激素缺乏症。

2. 门诊规定病种统筹基金报销比例

门诊大病统筹基金支付比例为70%。

儿童生长激素缺乏症患者在门诊注射重组人生长激素的城镇居民医保统筹基金每人每年最高支付限额为26000元。中途享受待遇的参保人员，按月累计计算最高支付限额。住院使用重组人生长激素治疗的不再支付其费用。青春期骨骺闭合后，停止享受待遇。

血友病患者，在门诊发生的血友病检查和替代治疗费用，年度最高支付限额将按照血友病临床分型分档设定。其中，重型血友病基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额为5万元，中型为2万元，轻型为1万元。

七、住院待遇

- 1. 定点医疗机构住院治疗；
- 2. 经审批后转往外地就医治疗；

大连市未成年城镇居民基本医疗保险住院医疗费用报销比例一览表

	定点医疗机构等级	起付标准（元/次）	统筹后报销比例
市级统筹范围内	一级医院	100	85%
	二级、专科医院	200	80%
	三级医院	300	70%
	转外就医	1000	70%

注：1. 统筹基金报销比例不包括乙类药品、乙类诊疗项目和医疗服务设施项目先行自付部分及丙类药品、丙类诊疗项目和医疗服务设施项目自费部分。

2. 统筹基金起付标准指住院时在启动统筹基金前，必须由个人支付的住院医疗费用金额（不含自费和乙类药品及特殊检查、特殊治疗的个人先行支付比例的费用）。

八、统筹基金最高支付限额

在校学生和未成年人居民基本医疗保险统筹基金年最高支付限额 20 万元。

九、医疗补助：

参保居民还享受大病保险规定的相关待遇，即住院发生的基本医疗保险支付范围内的医疗费用，在基本医疗保险支付后，个人负担额超过16500元以上部分，由大病保险分段按比例支付，支付额度累进结算，不设封顶线，支付标准如下：

- 1、个人负担的医疗费用在5万元以下（含5万元）的部分，支付50%；
- 2、个人负担的医疗费用在5万元以上10万元以下（含10万元）的部分，支付55%；
- 3、个人负担的医疗费用在10万元以上15万元以下（含15万元）的部分，支付60%；
- 4、个人负担的医疗费用在15万元以上20万元以下（含20万元）的部分，支付65%；
- 5、个人负担的医疗费用在20万元以上的部分，支付70%。

注：上述内容如遇政策调整，以新政策为准。