

# 南宁市在校学生参加城乡居民基本医疗保险 宣传资料

(2019 年)

在校学生参加城乡居民基本医疗保险采取个人缴费和政府补助相结合方式，保障参保学生享受普通门诊、门诊特殊慢性病、急诊留观、住院、生育、学生意外伤害等医保待遇。

## 一、参保范围

南宁区域内各类全日制高等院校、科研院所、中等技术职业学校、技工学校、中小学校、特殊教育学校在校学生和托幼机构在册儿童。

以学校为单位统一组织在校学生参保登记。

## 二、缴费标准

2020 年度，参加城乡居民基本医疗保险的个人，缴费标准为 250 元/人·年。个人缴费应在规定的缴费期内按年度一次性缴纳。

参保个人不得重复参保和重复享受待遇。

## 三、参保程序

(一) 在校学生的参保登记方式主要有以下两种：

1. 由学校收集在校学生基本信息，交由医保部门统一进行参保登记和信息维护。教育部门定期将在校学生名册传递给医保部门进行身份认定。
2. 在校学生自行通过医保部门提供的自行参保登记渠道进行参保。

(二) 非南宁市户籍的在校学生可以选择在学校参加城乡居民基本医疗保险，

(三) 在校学生中享受政府缴费补助的特殊人群应在户籍所在地参加城乡居民基本医疗保险，由户籍地主管部门按照政策给予个人缴费补助。特殊人群具体包括具有南宁市户籍的城乡居民困难、特殊人群。具体人员类别包括具有南宁市户籍的城乡低保人员、特困人员、孤儿、残疾人、低收入家庭 60 周岁以上的老年人和未成年人、农村建档立卡贫困人口、在国家提倡一对夫妻生育一个子女期间落实计划生育政策的农村独生子女户和双女结扎户或者计划生育特殊家庭父母及其子女等。

(三) 在校学生发生入学、转学和毕业等状况时,应在当月由所在学校负责向医保部门办理相关变更手续。

#### 四、参保缴费渠道、缴费时间及待遇享受期

(一) 缴费渠道:2019年7月1日起,城乡居民基本医疗保险划转至税务部门征收。缴费人可通过税务部门提供的自助缴费渠道进行自主缴费或帮他人缴费。

##### 1、“广西税务 12366”微信公众号

通过微信公众号搜索“广西税务 12366”,或通过扫描税务部门出示的“广西税务 12366”微信公众号二维码关注公众号,进入“办一办”功能菜单,选择“社保费缴费”功能进行缴纳保费。该渠道可办理社保缴费和缴费清单查询业务。9月15日计划上线缴费证明开具业务。

##### 2、银行柜台缴费

持身份证到市县区工商银行、建设银行、农业银行、中国银行、交通银行、邮储银行、广西农信社、柳州银行、桂林银行、光大银行、兴业银行、北部湾银行等12家签约银行储蓄网点柜台缴纳保费,也还可以利用银行提供的自助缴费、线上缴费等其他缴费方式缴纳保费。该渠道可办理社保缴费和个人委托扣款缴费协议业务。

##### 3、移动智能终端(POS机)

持身份证、银行卡可在村居委、乡镇或街道办事处社保经办点通过移动智能终端(POS机)刷卡或扫码缴费。该渠道可办理社保缴费业务。

##### 4、广西税务 APP

在“广西税务局”官网扫描 APP 二维码下载客户端、在电子税务局首页在下载区点击扫码下载客户端,安装运行后,根据提示完成注册。登录后使用“社保费缴纳”功能完成缴费。该渠道可办理社保缴费和缴费清单查询业务。9月15日计划上线缴费证明开具业务。

##### 5、广西电子税务局

缴费人可通过国家税务总局广西壮族自治区税务局官网进入“国家税务总局广西壮族自治区电子税务局”。注册登录进入申报缴费功能界面进行缴纳城乡居民医疗保险费。该渠道计划9月2日优化上线社保缴费和缴费清单查询业务,9

月 10 日计划上线缴费证明开具业务。

#### 6. 虚拟户客户端

学校及村（居委）经办机构，须统一为学校学生或本村参保人统一代缴保费的，可以通过安装使用税务系统提供的虚拟户客户端办理城乡居民医疗保险费的统一代缴。

#### 7、办税服务厅自助终端

可到各县（城区）、乡镇税务局办税服务大厅，使用办税大厅中的自助终端缴纳保费。

**注意：在校学生及家长不能通过税务部门提供的自助缴费渠道缴费的，由学校统一组织代收。**

（二）缴费时间：学校、托幼机构统一办理在校学生参保缴费手续，应当在每年 9 月 1 日至 12 月 31 日缴纳新年度基本医疗保险费，享受新年度的基本医疗保险待遇。

**2020 年度城乡居民基本医疗保险费集中缴费期：2019 年 9 月 1 日至 2019 年 12 月 31 日**

1. 在校学生在每年 9 月 1 日至 12 月 31 日的集中征收期内由学校统一组织缴纳新年度的基本医疗保险费，次年 1 月 1 日开始享受新年度的基本医疗保险待遇。

2. 中断参保缴费。中断缴费 1 年以上续保的人员，从足额缴纳当年基本医疗保险费后，从第 3 个月 1 日起开始享受新发生的基本医疗保险待遇。参保城乡居民在中断缴费期间，在每年 9 月 1 日至 12 月 31 日缴纳下年度基本医疗保险费的，从下年度的 1 月 1 日起开始享受新发生的基本医疗保险待遇。

3. 逾期参保缴费。在校学生逾期缴费的，足额缴纳当年基本医疗保险费后，从次月 1 日起开始享受新发生的基本医疗保险待遇。

### 五、医疗保险年度

城乡居民基本医疗保险参保年度为每年 1 月 1 日至 12 月 31 日（参保年度为自然年度）。

### 六、困难、特殊人群参保所需个人缴费的部分是如何规定的？

按照属地管理原则，在校学生中的困难、特殊人群（包括低保对象、重

度残疾人、低收入家庭未成年人、建档立卡的贫困人口、农村落实计划生育政策的独生子女户和双女结扎户子女等）参保所需个人缴费的部分，由各级政府按规定给予补助。

### 七、南宁市城乡居民基本医疗保险包括哪些待遇？

答：南宁市城乡居民基本医疗保险待遇包括：门诊医疗统筹待遇、门诊特殊慢性病医疗待遇、住院医疗待遇（含异地住院就医）、生育医疗待遇及学生意外伤害医疗待遇。同时南宁市城乡居民基本医疗保险与城乡居民大病保险、城乡医疗救助、精准扶贫相衔接，建立了多层次医疗保障。

### 八、门诊医疗统筹的待遇有哪些？

答：参保人员在定点医疗机构发生符合基本医疗保险支付范围的门诊医疗费用由门诊医疗统筹按下表规定支付。

适用定点医疗机构类别	社区卫生服务中心（站）、 乡镇卫生院	村级卫生室
一般诊疗费支付	8.5 元/人次	5 元/人次
门诊费用报销比例	65%	75%
单次支付限额	单次门诊费用≤60 元	单次门诊费用≤30 元
最高支付限额	200 元/人·年	200 元/人·年

（注：参加大学生门诊医疗统筹的在校学生门诊医疗统筹待遇适用于校内定点医疗机构，个人自付比例原则上不低于 10%，具体由学校定点医疗机构确定。）

### 九、首次享受门诊医疗统筹待遇前需要办理什么手续，如何办理？有哪些需要注意的事项？

#### 答：（一）选择门诊医疗服务定点并签约

参保人员自主选择一家一级及以下定点医疗机构（包括社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院、一体化管理的村级卫生室）作为门诊医疗服务定点，并在该定点医疗机构办理门诊医疗统筹签约手续。

参保人员不选定医疗机构的，由社会保险经办机构按户籍或学籍所在地代为选择相应的基层定点医疗机构。参保人员在经办机构代为选择的门诊统筹定

点就医可以直接享受到门诊统筹待遇，不需再办理系统签约操作。从 2018 年起，我市代为选择的门诊统筹定点为上一年度参保人员个人对应的门诊统筹定点。

参加大学生门诊医疗统筹的在校学生门诊医疗服务定点为学校医疗机构，不需再办理门诊统筹签约手续。

## （二）注意事项

在非本人门诊定点医疗服务机构发生的门诊费用不能报销。门诊定点医疗服务机构一年一定，中途不予变更。

## 十、门诊特殊慢性病医疗待遇有哪些？

### 答：（一）门诊特殊慢性病的起付标准和报销比例

经认定的门诊特殊慢性病患者在本人门诊慢性病定点医疗机构发生符合基本医疗保险支付范围的门诊特殊慢性病医疗费用由统筹基金按下表规定支付。

定点医疗机构级别	基金起付标准	医疗费报销比例		建档立卡贫困人口医疗费报销比例	
		特殊病种	其他病种	特殊病种	其他病种
一级及以下	20 元/人·月  (从符合基金支付总额中扣除)；建档立卡贫困人口，取消基金起付标准	85%	85%	95%	95%
二级		75%	70%	85%	80%
市三级		70%	55%	80%	65%
自治区三级		65%	50%	75%	60%

（注：1.使用基本医疗保险《药品目录》和《医疗服务项目》中的乙、丙类医药的，分别先由个人自付 15%、30%后，再按上表规定支付。2.特殊病种是指慢性肾功能不全的肾透析、各种恶性肿瘤、器官移植后抗排斥免疫调节剂治疗、重型和中间型地中海贫血、血友病等 5 个病种；其他病种是指除了特殊病种外的门诊特殊慢性病病种，详见下表。）

### （二）门诊特殊慢性病医疗费基金限额支付

序号	疾病名称	每人每年（元）
1	冠心病	2000

2	高血压病（高危组）	2000
3	糖尿病	2000
4	甲亢	2000
5	慢性肝炎治疗巩固期	2000
6	慢性阻塞性肺疾病	2000
7	银屑病	2000
8	严重精神障碍	3500
9	类风湿性关节炎	2500
10	脑血管疾病后遗症期	2500
11	系统性红斑狼疮	2500
12	帕金森氏综合征	2500
13	慢性充血性心衰	2500
14	肝硬化	2500
15	结核病活动期	2500
16	再生障碍性贫血	12500
17	肾病综合征	3500
18	癫痫	3500
19	脑瘫	4000
20	重症肌无力	3500
21	风湿性心脏病	2500
22	肺心病	2500
23	强直性脊柱炎	2000
24	甲状腺功能减退症	2000
25	重型和中间型地中海贫血	60000
26	血友病	60000
27	慢性肾功能不全/肾透析	10000/60000
28	各种恶性肿瘤	60000
29	器官等移植后抗排斥免疫调节剂治疗	60000

## 十一、如何申请门诊特殊慢性病医疗待遇？有哪些需要注意的事项？

### 答：（一）办理流程

1、办理机构：（1）本地（南宁）就医参保人员到本人的门诊医疗服务定点申办；（2）长期异地就医备案的驻邕各高等院校、中专技校、市直属学校在校学生，自治区、南宁市属托幼机构在册儿童等城乡居民医保参保人员到南宁市社会保险事业局待遇大厅申办；（3）长期异地就医备案的各城区(不含武鸣)城乡居民医保参保人员（不含驻邕各高等院校、中专技校、市直属学校在校学生，自治区、南宁市属托幼机构在册儿童）到所属城区社保中心窗口办理。

2、填表：到所属申办机构领取并填写《南宁市基本医疗保险门诊特殊慢性病申报审批表》。

3、提交材料：（1）疾病诊断证明书；（2）近期有关病史的门诊、住院病历资料；（3）有关临床化验单和（或）辅助检查单。（注：材料均需二级及以上定点医疗机构出具并盖章。）

4、领卡：由办理机构打印并发放《门诊特殊慢性病治疗卡》。

### （二）注意事项

1.门诊特殊慢性病患者可选择 3 家基层定点医疗机构或二级以上定点医疗机构作为门诊医疗服务定点，其中至少有 1 家基层定点医疗机构，定点医疗机构一年一定，中途不予变更。在非本人门诊医疗服务定点的医疗机构发生的门诊特殊慢性病费用不能报销。

2.患有多个门诊特殊慢性病病种的参保人员，各个病种年度基金限额支付的额度指标分开单独计算；超过额度指标以上的医疗费用基金不予支付。

## 十二、急诊留观医疗待遇有哪些？

答：参保人员因病在三、二、一级定点医疗机构急诊留观、不转入住院治疗发生符合基本医疗保险支付范围的医疗费用，每次基金起付标准分别为 300 元、200 元、100 元，从符合基本医疗保险支付范围的医疗费用中扣除；其余符合规定的医疗费用，报销比例按住院规定执行。

十三、家庭病床建床条件有哪些？如何申请？治疗周期有什么规定？支付标准如何？

答：（一）**建床条件**：家庭病床收治对象是诊断明确、病情稳定、适合在家庭条件下进行检查、治疗和护理的患者。适用于符合住院条件的晚期恶性肿瘤、心脑血管疾病致瘫、骨折或骨关节损伤不能行动、长期卧床不起或70岁以上老人患慢性病需要连续治疗的情形。

（二）**建床申请**：由患者（或其监护人）提出建床申请，定点医疗机构根据建床条件和患者情况确定予以建床的，填写建床申请表，指定责任医生、护士后，报社保经办机构备案同意。

（三）**治疗周期**：一次建床周期不超过90天，确需继续建床的，需重新办理登记手续，但每一结算年度累计不超过180天。一个参保年度内，原则上最多建床3次。

（四）**支付标准**：参保人员在三、二、一级及以下定点医疗机构建立的家庭病床，每次基金起付标准分别为300元、200元、100元，从符合基本医疗保险支付范围的医疗费用中扣除。家庭病床医疗费用实行限额结算，每人每天基金支付控制在60元以内，费用在限额指标以内的据实结算，超过部分不予支付。

#### 十四、住院医疗待遇有哪些？

答：参保人员在定点医疗机构发生符合基本医疗保险支付范围的住院医疗费用由统筹基金按下表规定支付。

医疗机构级别	基金起付标准(建档立卡贫困人口, 取消基金起付标准)		报销比例	建档立卡贫困人口报销比例	床位费基金支付标准
	年内第一次住院	年内第二次及以上住院			
一级及以下	100	100	90%	95%	20元/床·日
二级	300	200	75%	80%	
三级	600	300	60%	65%	
自治区三级	600	300	55%	60%	

（注：1.床位费低于标准的按实际发生数支付，高于标准的部分由个人支付；2.使用基本医疗保险《药品目录》和《医疗服务项目》中的乙、丙类医药的，分

别先由个人自付 15%、30%后，再按上表规定支付。)

## **十五、住院治疗期限有哪些规定？**

答：病人长期住院治疗的，每 90 天计为 1 次住院，不足 90 天的按 1 次住院次数计算。参保人员在急诊留观治疗后直接住院治疗的，其住院时间从入住留观室之日起计算。

## **十六、统筹地区内转诊转院有哪些规定？什么情形需办理转诊手续？什么情形不需办理转诊手续？**

答：我市居民医保参保人员就医时，原则上应选择户籍地、居住地附近的基层定点医疗机构（包括社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院、一体化管理的村卫生室、学校医疗机构等）接受首次诊查，首诊定点医疗机构根据诊疗常规开展诊疗或转诊。

需办理转诊手续的情形：居民医保参保人员到统筹区内三级定点医疗机构住院的，需到首诊基层定点医疗机构或县级、市二级以下（含二级）定点医疗机构办理转诊手续。

不需办理转诊手续的情形：1、在校学生参保人员在统筹区内住院的；2、居民医保参保人员在统筹区内县级、市二级以下（含二级）定点医疗机构住院的；3、居民医保参保人员中 65 岁以上老人、0-6 岁婴幼儿、重度残疾人、孕产妇、急危重症患者以及因同类疾病再次入住原救治的定点医疗机构治疗的，仅需在就医的定点医疗机构医保科（办）审核确认。

## **十七、在南宁市定点医疗机构就医如何办理医疗费用结算？**

### **（一）持卡结算**

已领取社保卡或医保卡的参保人员持本人社保卡或医保卡在定点医疗机构直接结算医疗费用。

### **（二）无卡结算**

#### **（1）凭有效身份证件结算**

未办理社保卡或医保卡的参保学生，持本人身份证或户口簿在南宁市定点医疗机构直接结算医疗费用。

#### **（2）凭人脸识别方式结算**

未制卡的农村居民或市本级城乡居民申请社保卡等待制卡期间，持本人身

份证或户口簿在南宁市定点医疗机构通过人脸识别技术进行系统认证后直接结算医疗费用；如人脸识别不成功的，凭身份证或户口簿到定点医疗机构医保科进行系统操作认证后结算。

### （三）医疗费用报销

学生意外伤害门诊费用、参保人员无身份证号码等特殊情况无法按上述方式结算医疗费用的，持相关材料到所属地社保经办机构办理医疗费用报销。

### 十八、异地住院就医报销比例如何？

答：参保人员在异地住院发生符合基本医疗保险支付范围的医疗费用由统筹基金在上表规定基础上按下列情形降低比例支付。

异地住院就医情形		报销比例	
		统筹地区外 自治区内	自治区外
转统筹区外 住院	经我市基本医疗保险三级定点医疗机构审批同意	降 5%	降 10%
	未经同意	降 15%	降 20%
长期异地工 作、学习或居 住人员就医	经社保经办机构办理备案	不降比例	不降比例
	未经备案	降 15%	降 20%
短期外出人 员急诊住院	急诊入院治疗 5 个工作日内 向社保经办机构办理备案	不降比例	不降比例
	逾期或未备案	降 15%	降 20%

### 十九、如何办理异地住院就医手续？

答：（一）转统筹区外住院审批

1、办理对象：限于技术等原因难以确诊和治疗，需转往统筹地区外就医的参保人员。

2、办理流程：到我市基本医疗保险三级定点医疗机构医保科办理转统筹地区外住院申请→填写《南宁市基本医疗保险转统筹地区外住院审批表》→定点医疗机构审批同意、盖章。

## （二）长期异地居住人员就医备案

1、办理对象：长期（3个月以上）跨统筹区（南宁市）外工作、学习或居住的参保人员。

2、办理流程：到社保经办机构申领或南宁市人社局官方网站（[www.nn12333.gov.cn](http://www.nn12333.gov.cn)）下载《南宁市异地就医备案登记表》→填写信息并提供相应材料→交社保经办机构办理异地就医备案；或通过“南宁人社”微信公众号、“南宁市人社网上经办大厅”、南宁智慧人社 APP 上传相应材料办理异地就医备案。

## （三）短期外出人员急病住院备案

1、办理对象：短期（3个月以内）跨统筹区（南宁市）异地居住、探亲、旅游等时间不超过3个月，因急诊住院的参保人员。

2、办理流程：需在入院治疗5个工作日内向社保经办机构办理异地就医备案手续。办理方式包括：到社保经办机构申领或南宁市人社局官方网站（<http://rsj.nanning.gov.cn>）下载《南宁市异地就医备案登记表》→填写信息并提供相应材料→交社保经办机构办理异地就医备案；或通过“南宁人社”微信公众号、“南宁市人社网上经办大厅”、南宁智慧人社 APP 上传相应材料办理异地就医备案；如无法通过前台、网上途径办理异地急诊备案的，可通过社保咨询热线“12333”或所属县（区）医疗保险经办机构进行电话报备。

## 二十、在异地定点医疗机构就医如何办理医疗费用结算？

### （一）异地定点医疗机构直接结算

已办理异地就医备案的参保人员，应选择在备案地区内的基本医疗保险定点医疗机构就医，持社会保障卡直接结算有关医疗费用（未办理社会保障卡的城乡居民参保人员可持居民身份证在统筹区外自治区内的基本医疗保险定点医疗机构直接结算有关医疗费用）。异地医疗费用已在就医地直接结算的，视同同意按异地就医直接结算相关规定享受基本医疗保险待遇；选择垫付费用由经办机构办理审核结算的，视同同意按参保地政策享受基本医疗保险待遇。已经结算的费用不予退费再另行选择其他结算方式。

### （二）医疗费用报销

参保人员因未办理异地就医登记备案、无身份证号码等原因无法在异地定

点医疗机构实现直接结算时，持相关材料到社保经办机构办理医疗费用报销。

## 二十一、医疗费用报销去哪里办理？

答：（一）市本级驻邕各高等院校、中专技校、市直属学校在校学生，自治区、南宁市属托幼机构在册儿童等城乡居民医保参保人员

窗口办理：

1、南宁市人力资源社会保障公共服务中心/南宁市社会保险事业局本部

地址：东悦巷6号

2、南宁市人力资源社会保障公共服务中心（兴宁部）/南宁市社会保险事业局兴宁管理部

地址：民主路14-8号工商银行2楼

3、南宁市人力资源社会保障公共服务中心（西乡塘部）/南宁市社会保险事业局西乡塘管理部

地址：科园东五路6号原南宁市政务服务中心2楼

4、南宁市人力资源社会保障公共服务中心（市民中心部）/南宁市社会保险事业局良庆管理部

地址：良庆区玉洞大道33号市民中心2楼

5、南宁市社会保险事业局青秀管理部：南宁市民族大道45号金融大厦A座2楼

6、南宁市社会保险事业局邕宁管理部：南宁市仙葫大道福兴路3号3楼

7、南宁市社会保险事业局江南管理部：南宁市白沙大道138号新兴苑住宅小区内新兴苑会所2、3楼

8、南宁市社会保险事业局广西-东盟经济技术开发区管理部：

地址：南宁市武华大道37号广西-东盟经济技术开发区政务服务中心一区

（二）各城区（不含武鸣）城乡居民医保参保人员（不含驻邕各高等院校、中专技校、市直属学校在校学生，自治区、南宁市属托幼机构在册儿童）

窗口办理：所属城区社保中心窗口办理

地址：

1. 兴宁区劳动保障管理中心：兴宁区厢竹大道63号兴宁区人民政府

2. 江南区劳动保障管理中心：江南区壮锦大道19号

3. 青秀区劳动保障管理中心：青秀区仙葫大道东1号

4. 西乡塘区劳动保障管理中心：西乡塘区明秀西路154-122号

5. 邕宁区劳动保障管理中心：邕宁区蒲庙镇那元路88号

6. 良庆区劳动保障管理中心：良庆区玉洞大道11号

7. 高新技术产业开发区社会保险事业中心：南宁市西乡塘区滨河路1号火炬大厦

8. 经济技术开发区劳动人事局：南宁市江南区星光大道230号

9. 广西—东盟经济技术开发区（南宁华侨投资区）社会保障管理中心：广西—东盟经济技术开发区武华大道35号

## 二十二、医疗费用报销所需材料有哪些？

答：参保人员报销需提供以下材料：

（一）学生门诊意外伤害医疗费用报销：1. 《南宁市基本医疗保险医疗费用申报表》，原件1份；2. 门诊病历，验原件；3. 疾病证明书，原件1份；4. 门诊医疗费用发票，原件1份（发票原件丢失的，可提供加盖医疗机构财务章的发票存根1份，并签署《承诺书》）；5. 与门诊医疗费用对应的费用清单，

原件1份；6.居民身份证件，验原件；7.学校出具的意外受伤情况说明（内容包括意外伤害发生的时间、地点、经过、就诊时间及医院），原件1份；8.本人社会保障卡（或银行卡），验原件；如无法提供参保人员本人银行账户的，可提供参保人员直系亲属的银行卡及双方亲属关系证明材料，验原件。

**（二）生育医疗费用报销：**1、《南宁市基本医疗保险医疗费用申报表》，原件1份；2、疾病证明书（分娩证明），原件1份；3、出院记录（出院小结），原件1份；4、住院医疗费用发票，原件1份（发票原件丢失的，可提供加盖医疗机构财务章的发票存根1份，并签署《承诺书》）；5、与住院医疗费用发票对应的费用清单，原件1份；6、新生儿出生医学证明，验原件（注：如通过广西人社基础信息管理平台能查询到有关信息，无需提供原件。）；7、《计划生育服务手册》或《再生育证》，验原件（注：如通过广西人社基础信息管理平台能查询到有关信息，无需提供原件。）；8、居民身份证件，验原件；9、本人社会保障卡（或银行卡），验原件；如无法提供参保人员本人银行账户的，可提供参保人员直系亲属的银行卡，验原件，及双方亲属关系证明材料。

**（三）住院医疗费用报销：**1、《南宁市基本医疗保险医疗费用申报表》，原件1份；2、门诊病历，验原件；3、疾病证明书，原件1份；4、出院记录（出院小结），原件1份；5、住院医疗费用发票，原件1份（发票原件丢失的，可提供加盖医疗机构财务章的发票存根1份，并签署《承诺书》）；6、与住院费用发票对应的清单，原件1份；7、居民身份证件，验原件；8、涉及意外伤害的需提交《广西基本医疗保险意外伤害就医情况表》，原件1份；9、特殊原因未能直接在南宁市定点医院结算的，提供定点医疗机构出具的未直接结算情况说明，原件1份；10、本人社会保障卡（或银行卡），验原件；如无法提供参保人员本人银行账户的，可提供参保人员直系亲属的银行卡及双方亲属关系证明材料，验原件。

**（四）门（急）诊医疗费用报销：**1、《南宁市基本医疗保险医疗费用申报表》，原件1份；2、门诊病历，验原件；3、疾病证明书（限急诊留观提供），原件1份；4、医疗费用发票，原件1份（发票原件丢失的，可提供加盖医疗机构财务章的发票存根1份，并签署《承诺书》）；5、与费用发票对应的清单，原件1份；6、居民身份证件，验原件；7、特殊原因未能直接在南宁市定点医院结算的，提供定点医疗机构出具的未直接结算情况说明，原件1份；8、参保人员社会保障卡（或银行卡），验原件；如无法提供参保人员本人银行账户的，可提供参保人员直系亲属的银行卡及双方亲属关系证明材料，验原件。

**（五）门诊特殊慢性病医疗费用报销：**1、《南宁市基本医疗保险医疗费用申报表》，原件1份；2、门诊病历，验原件；3、门诊医疗费用发票，原件1份（发票原件丢失的，可提供加盖医疗机构财务章的发票存根1份，并签署《承诺书》）；4、与门诊医疗费用发票对应的费用清单，原件1份；5、居民身份证件，验原件；6、《门诊特殊慢性病治疗卡》，验原件；7、特殊原因未能直接在南宁市定点医院结算的，提供定点医疗机构出具的未直接结算情况说明，原件1份；8、参保人员社会保障卡（或银行卡），验原件；如无法提供参保人员本人银行账户的，可提供参保人员直系亲属的银行卡及双方亲属关系证明材料，验原件。

## **二十三、南宁市城乡居民基本医疗保险年度基金最高支付限额是多少？**

答：参保人员在参保年度内，基金最高支付限额为每年1月1日前统计部门最新公布的上年度广西城镇居民人均可支配收入的6倍。年度基金最高支付限额按自然年度一年一定，年中不予调整。2019年度基金最高支付限额为183012元。

## **二十四、有关生育及产科并发症医疗待遇有哪些？**

答：参保人员符合国家、自治区计划生育政策规定，在统筹地区门诊发生相关生育的医疗费按门诊医疗统筹规定支付；在住院发生生育、产科并发症等的医疗费按住院有关规定及比例报销。

## **二十五、学生意外伤害医疗待遇有哪些？**

答：在校学生在本校校园内或学校组织的活动中以及上下学途中发生意外伤害事故的，年度内发生符合规定的门诊医疗费 5000 元以下（含 5000 元），由基金支付 80%；需住院治疗的，按住院规定比例支付。

## **二十六、南宁市城乡居民基本医疗保险基金支付范围包括哪些？**

答：（一）符合《广西壮族自治区基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》（以下简称《药品目录》）的范围。

（二）符合《广西壮族自治区基本医疗保险和工伤保险医疗服务项目》（以下简称《医疗服务项目》）的范围。

（三）符合国家、自治区规定由基本医疗保险支付的范围。

## **二十七、南宁市城乡居民基本医疗保险基金不予支付范围包括哪些？**

答：（一）超出《药品目录》、《医疗服务项目》规定范围的医疗费用。

（二）《广西壮族自治区劳动和社会保障厅、财政厅、卫生厅、物价局、药品监督管理局关于印发〈广西壮族自治区城镇职工基本医疗保险诊疗项目管理〉、〈广西壮族自治区城镇职工基本医疗保险医疗服务设施范围和支付标准管理〉的通知》（桂劳社字〔2001〕24号）、《关于印发广西壮族自治区基本医疗保险和工伤保险医疗服务项目的通知》（桂劳社发〔2005〕155号）等规定基本医疗保险基金不予支付的项目。

（三）应当从工伤保险基金和生育保险基金中支付的医疗费用。

（四）应当由第三人负担的医疗费用。

（五）应当由公共卫生负担的医疗费用。

（六）在境外就医的医疗费用，包括港澳台就医的医疗费用。

（七）法律、法规规定基本医疗保险不予支付的医疗费用。

**市社保局地址：**南宁市青秀区东悦巷6号（区工商局宿舍旁边）

网址：<http://rsj.nanning.gov.cn>

社保咨询热线：12333

**市本级社会保险经办机构咨询热线：**

城乡居民社会保险科：5850195、5854059

医疗工伤生育保险待遇科：5846935、5841383

社保定点服务科：5873081

**各县（区）医疗保险经办机构、税务局咨询热线**

县（区）	税务局	医保局或医保经办机构
兴宁区	0771-2413952	0771-3290848
江南区	0771-3221116	0771-4977245、0771-4810685
青秀区	0771-5663820、5540541	0771-5826702
西乡塘区	0771-3806602	0771-2383007
邕宁区	0771-5723821	0771-4952365
良庆区	0771-4306268	0771-4888385、4928483
武鸣区	0771-6229316、6232980	0771-6095319
高新区	0771-5816610	0771-3393540
经开区	0771-4739225	0771-4831243
东盟经开区	0771-6303892	0771-6013953
横县	0771-7081661	0771-7206988
宾阳县	0771-8257369	0771-8234869
上林县	0771-5226666	0771-5224375
马山县	0771-6823316	0771-6825132
隆安县	0771-6528433	0771-6525406