

# 泉州市医疗保障局南安分局文件

泉医保南安〔2024〕14号

## 泉州市医疗保障局南安分局关于转发医保定点 医疗机构协同做好新生儿参加城乡居民 基本医疗保险工作的通知

各定点医疗机构：

现将《泉州市医疗保障局关于医保定点医疗机构协同做好新生儿参加城乡居民基本医疗保险工作的通知》（泉医保〔2024〕68号）转发给你们，请认真遵照执行。

泉州市医疗保障局南安分局

2024年7月3日

（此件主动公开）



附件

# 泉州市医疗保障局文件

泉医保〔2024〕68号

## 泉州市医疗保障局关于医保定点医疗机构 协同做好新生儿参加城乡居民 基本医疗保险工作的通知

各县（市、区）医保分局，市医疗保障基金中心，市医疗保障基金监测中心，市属各相关定点医疗机构：

为了保障新生儿基本医保权益，根据《福建省医疗保障局等五部门转发国家医保局办公室 教育部办公厅 国家卫生健康委办公厅 国务院妇儿工委办公室 全国妇联办公厅关于开展儿童参加基本医疗保险专项行动的通知》（闽医保〔2024〕36号）精神，现将医保定点医疗机构协同做好新生儿参保缴费有关事项通知如下：

## **一、建立新生儿参保便民服务点**

各具有生育医疗或预防接种服务条件的医保定点医疗机构要依托护士服务站，设立“新生儿参保便民服务点”，张贴新生儿参保缴费提示图，指导新生儿监护人通过“新生儿秒参保”模块进行参保缴费、申领儿童医保码、创建家庭共济和亲情代办等办理医保服务事项，让参保人及时享有更加便捷、暖心的医保服务。同时，要积极指导新生儿监护人在为新生儿办理落户后及时更新新生儿参保信息，促进参保信息完整、准确。各县（市、区）医保分局、市医保中心要靠前服务，指导相关定点医疗机构完善新生儿参保便民服务点，帮助协调解决相关工作事项。

## **二、建立医保政策宣传员队伍**

各具有生育医疗服务或预防接种条件的医保定点医疗机构要明确所在病区护士站医保服务工作责任，原则上护士长作为第一责任人，并选派具有较强责任意识、服务意识和政策水平的医护人员兼职医保服务工作，为新生儿家属解读新生儿参保缴费和医保待遇政策，普及医保法律法规常识，为新生儿参保缴费提供必要的政策咨询。各县（市、区）医保分局、市医保中心要指定专人与辖区各相关定点医疗机构挂钩联系，及时做好医保政策更新、医保服务培训等，提升医保政策宣传员队伍服务能力和水平。

### 三、建立信息共享联动机制

各相关医保定点医疗机构要按照闽医保〔2024〕36号文件要求，提供新生儿、疫苗接种儿童的出生信息和参保情况等相关信息给属地医保经办机构；医保经办机构获取新生儿出生参保信息数据后，要及时核对参保缴费情况，并维护至“一人一档”参保信息管理平台，对未及时参保的，要敦促基层医保专员、网格员加强动态管理，跟进参保缴费工作，切实维护医保政策。

附件：泉州市新生儿基本医保政策



(此件主动公开)

附件

## 泉州市新生儿基本医保政策

### 一、参保登记材料

新生儿可凭出生医学证明、户口簿、身份证等有效证件办理泉州市城乡居民基本医保参保登记。

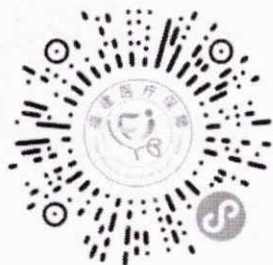
注：新生儿凭出生医学证明参保的，其监护人应在一年内及时更新新生儿参保信息，并凭户籍等身份信息办理新一年度的参保缴费。

### 二、缴费时间和待遇享受期

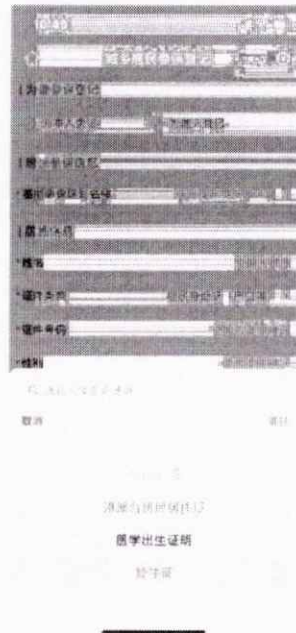
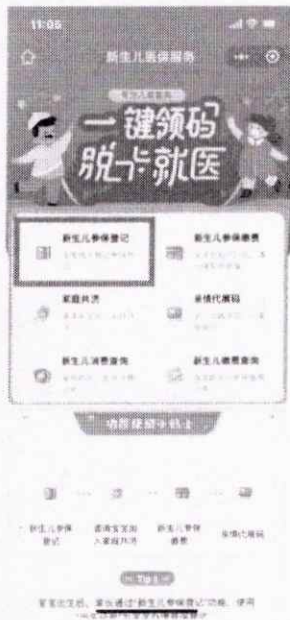
一周岁以内的新生儿在出生 90 日（含）内办理当年度参保缴费手续的，从出生之日起享受当年基本医保待遇；在出生 90 日（不含）后办理参保缴费手续的，按个人缴费标准缴纳医保费，从缴费之日起享受当年居民医保待遇。

### 三、参保缴费流程

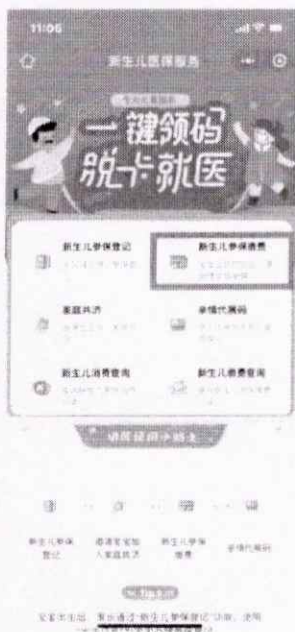
1. 关注“泉州医疗保障”微信公众号，点击右下角“公共服务”，选择“新生儿秒参保”进入界面或直接扫描下方二维码进入界面。



2. 点击“新生儿参保登记”进入参保登记界面，按要求填写信息（证件类型可选择“出生医学证明”）并上传材料，点击“保存”提交申请。



3. 参保登记审核通过后，可通过“新生儿参保缴费”查询税务部门缴费渠道或直接扫描下方二维码缴纳医保费。



4. 参保缴费成功后，宝爸宝妈可选择“亲情代展码”，填写宝宝相关信息，形成宝宝的医保电子凭证。在宝宝看病就诊时，出示儿童医保码结算。



5. 对于有职工医保个人账户的宝爸宝妈，可通过“家庭共济”功能与宝宝建立家庭共济关系。



## 四、居民医保待遇政策

定点医疗机构级别				市域内			市外 医院		
				三级 医院	市属二级医院，县属三 级、二级医院，三级中医 医院、精神专科医院	二级中医医院，二级乡镇卫生院，一 级和未定级医院（含卫生院），社区 卫生服务中心及高校内设医务室			
分类及标准									
基本 医保	普通 门诊	统筹基金 支付比例	0元以上~50元（全年） 0元以上~10元（单次）		/	/	50%（仅指定点村级 医疗机构）	/	
			0元以上~420元		/	/	70%（仅指乡镇卫生院、社区卫生服 务中心和高校内设医疗机构）	/	
	住院 和特 殊门 诊	个人支付部 分	起付 标准	首次		700元	300元	50元	700元
				二次及以上		第二次起付标准减半，第三次起取消起付标准			700元
			统筹基金 支付比例	起付标准以上~ 最高支付限额		65%	82%	92%	45%
	统筹基金最高支付限额					15万元/年·人			
大病医保			分段标准 （实际报销金额）		结算年度内个人累计自付的符合报销范围的医疗费用，超过统计部门公布的上一年度我市全体居民人均可支配收入（2022年为46707元）50%的，进入大病医保。				
			≤5万元		70%				
			>5万元且≤15万元		75%				
			>15万元且≤25万元		80%				
生育医疗费用 一次性补助			顺产		1300元		1100元		
			剖腹产		1800元		1300元		
备注	1. 参保对象在本市内同一医联（共）体内不同医院间转诊的，视为一次住院。属于规定范围内特殊门诊的医疗费用按全年累计医疗费用设置一次起付标准。 2. 市内民营医疗机构统一按二级（县级）医院执行医保支付政策，实行药品（耗材）联合限价阳光采购及“零差率”销售的，其医疗服务项目的医保支付标准统一按县级公立医疗机构医疗服务项目最高支付标准执行。 3. 对特困供养人员、孤儿、最低生活保障对象、返贫致贫人员大病医保起付标准比普通参保人降低50%，报销比例提高5个百分点，取消大病保险最高支付限额。								



---

抄送：省医保局。

---

泉州市医疗保障局办公室

2024年6月20日印发

---