

苏州市人力资源和社会保障局

苏州市卫生局

苏州市财政局

苏州市残疾人联合会

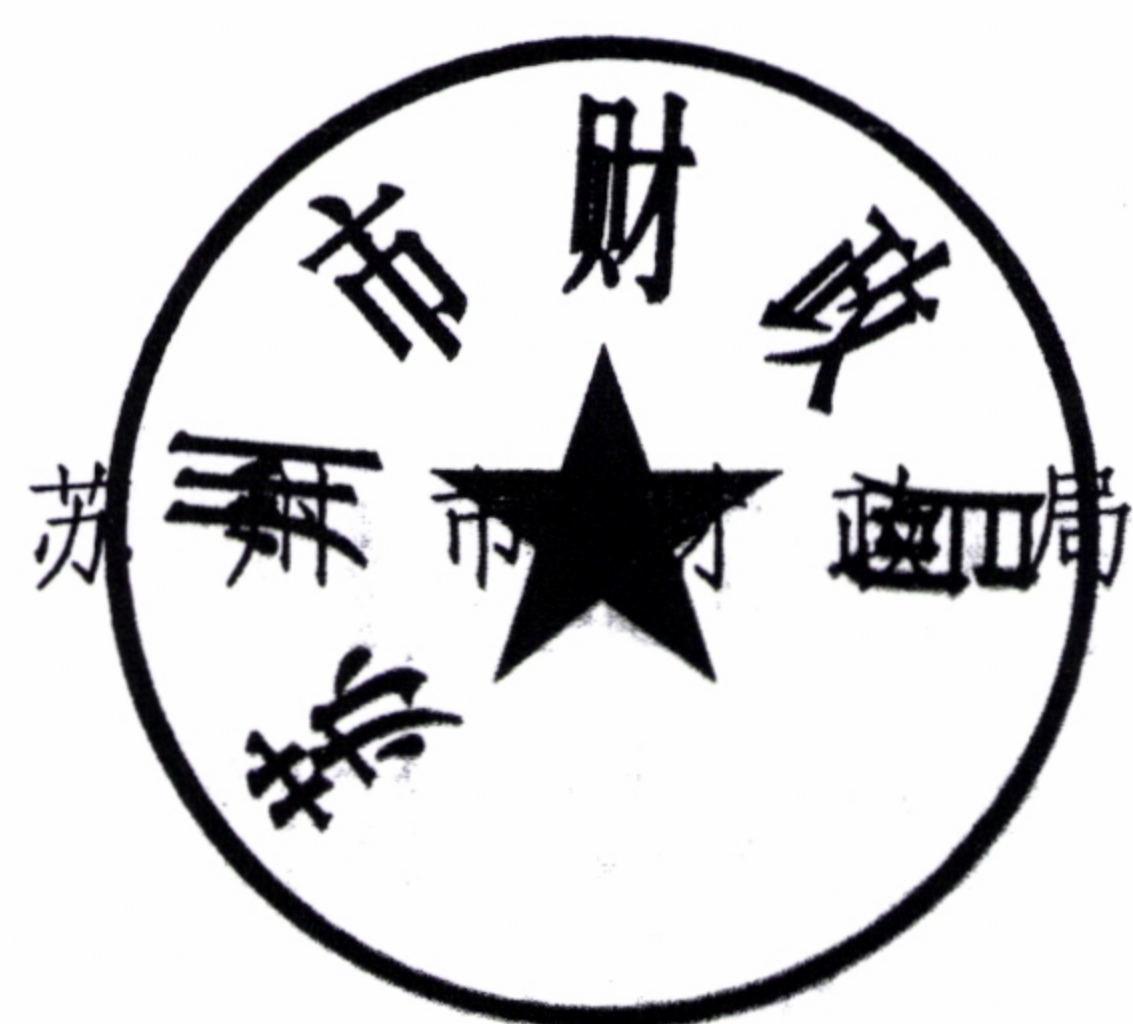
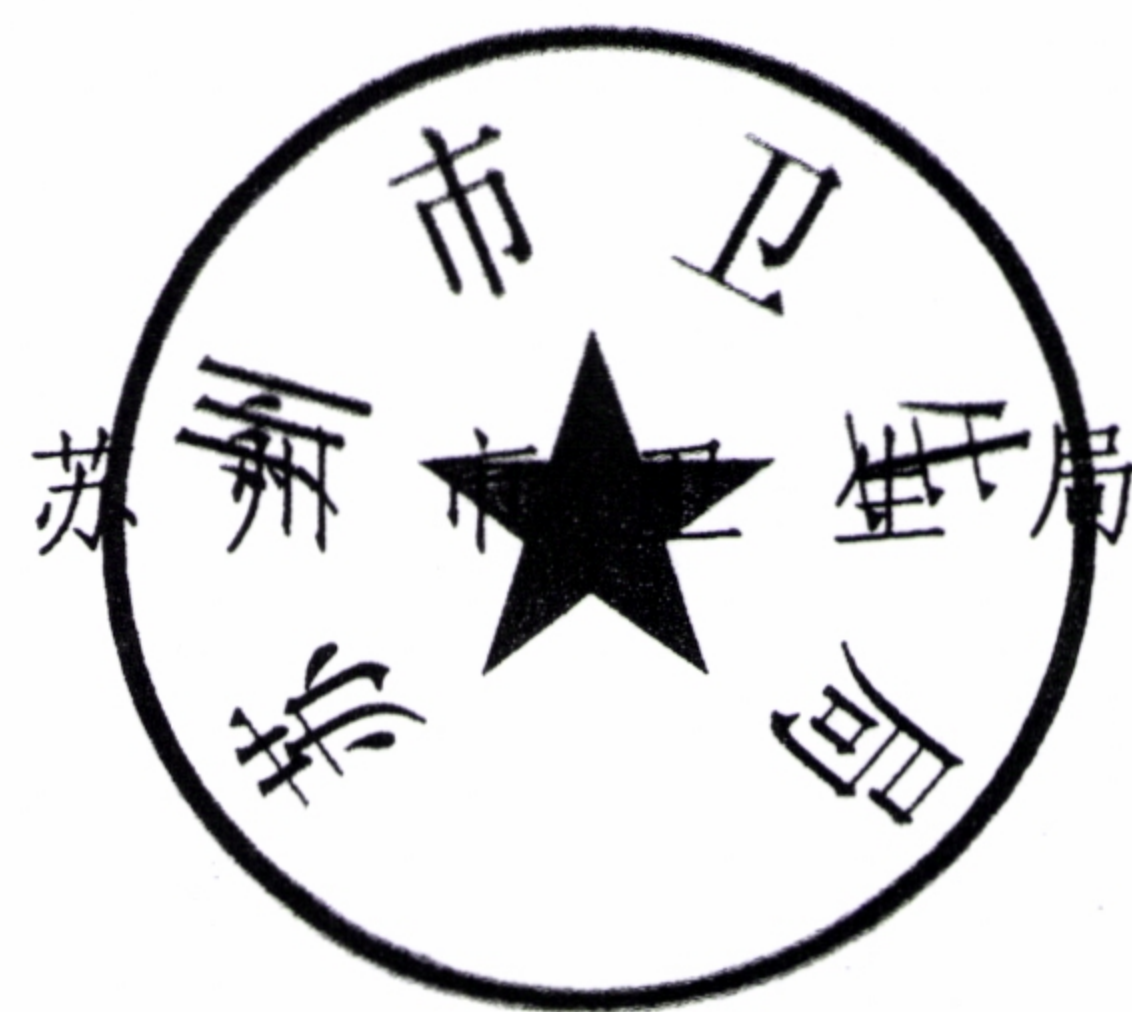
苏人保规〔2012〕17号

**印发苏州市关于将残疾人辅助器具、
0—6岁残疾儿童康复项目纳入基本医疗
保障范围的实施办法的通知**

各市、区人力资源和社会保障局、卫生局、财政局、残疾人联合会，市社保中心，各有关单位：

现将《苏州市关于将残疾人辅助器具、0—6岁残疾儿童康复项目纳入基本医疗保障范围的实施办法》印发给你们，请贯彻执行。

(此页无正文)



二〇一二年六月二十九日

抄报：省人力资源和社会保障厅、省卫生厅、省财政厅、省残疾人联合会

苏州市关于将残疾人辅助器具、0-6岁残疾儿童康复项目纳入基本医疗保障范围的实施办法

为更好保障医疗保险参保人员的基本康复需求，规范我市对纳入医疗保险基金支付范围的医疗康复项目的管理，进一步提高残疾人基本医疗保障水平，根据江苏省人力资源和社会保障厅等五部门《印发江苏省关于将部分康复项目纳入基本医疗保障范围的实施办法的通知》（苏人社发〔2010〕479号）的文件精神，结合我市实际，制定本办法。

一、适用对象

已参加职工基本医疗保险、居民基本医疗保险，需抢救性康复的0-6岁残疾儿童，需适配辅助器具的持残疾证的肢体、视力残疾人和0-6岁听力残疾儿童。不包括属于工伤保险保障范围的参保人员。

二、康复项目

（一）纳入基本医疗保障的0-6岁残疾儿童抢救性康复项目（附件1）。

（二）纳入基本医疗保障的肢体、视力残疾人和0-6岁听力残疾儿童适配辅助器具（附件2）。

三、康复治疗机构

（一）定点康复机构。

1. 经确认的符合规定条件的定点医疗机构。
2. 经确认的辅助器具适配及康复定点机构。

（二）定点康复机构条件。

1. 医疗康复定点医疗机构：二级及二级以上医疗保险定点医疗机构，设置有康复科并配有专职康复医师（中医师）、康复治疗师，并有相应的康复治疗专用设备及场地。

2. 定点康复、辅助器具适配机构：具有规定的康复、辅助器具适配资质，愿意提供优良的康复、辅助器具适配服务，并接受人力资源和社会保障部门的医保监督管理。

（三）定点康复机构的确认。

人社、残联、卫生等部门共同从符合条件的机构中择优确定。

（四）定点康复机构管理。

各定点康复机构要规范管理，量化服务标准，编制周期训练计划。每日康复训练项目及内容应有残疾儿童家长（或监护人）在训练计划表上签字确认（由定点康复机构留存备查），同时完善评估工具和康复设备，提高对残疾人的康复训练效果和服务水平。社保经办机构每年按规定对定点康复机构年度考核。

四、康复治疗流程

0-6岁残疾儿童抢救性康复和残疾人辅助器具的适配按以下办法执行：

（一）参保人员持身份证或户口本、医保卡及指定的医疗保险定点医院出具的儿童抢救性康复、需要辅助器具适配项目的诊断证明，至当地市（区）级残联提出申请，经残联

审核后填写《苏州市残疾儿童抢救性康复登记审批表》（附表三）或《苏州市辅助器具适配登记审批表》（附表四），转介经确认的定点康复机构。

（二）定点医疗机构、定点康复或辅助器具适配机构对残联转介的对象进行评估审核，对确有康复或适配辅助器具需求的对象，按规定建立康复服务档案并实施康复训练或配制辅助器具并报社保经办机构备案。

五、支付标准与费用结算

（一）支付标准。

1. 0-6岁残疾儿童抢救性康复和残疾人辅助器具实际发生的费用，按照《江苏省关于将部分康复项目纳入基本医疗保险范围的实施办法》、《关于规范纳入基本医疗保险的部分医疗康复项目管理的通知》（苏人保医〔2011〕2号）及《关于下发0-6岁残疾儿童定点康复机构康复训练内容和收费标准的通知》（苏残字〔2009〕14号）的规定，在最高支付限额内由基本医疗保险统筹基金全额支付。最高支付限额详见附件1、2。

符合残联补贴的0-6岁残疾儿童抢救性康复和残疾人辅助器具实际发生的费用，超过基本医疗保险统筹基金最高支付限额部分，由残联按原补贴规定予以补差。

2. 医疗保险基金对0-6岁残疾儿童抢救性康复和残疾人辅助器具按规定应支付的费用，不计入个人医疗保险年度费用累计。

（二）医保费用结算。

1. 参保人员在具备医疗康复资质的定点单位康复或适配辅助器具后，凭定点机构开具的发票、出院小结、本人或家长签字的费用明细清单、医保卡、身份证（或户口本），按残联规定每年2次分别在6月30日前和12月30日前到残联指定的机构审核后统一报销。

2. 残联指定的机构与社保经办机构签订医疗保险代办服务协议，并按基本医疗保险规定报销参保人员的康复训练或辅助器具的费用，残联负责审核并汇总参保人员的医疗保险个人信息、康复训练或辅助器具的费用及相关明细材料后报盘至社保经办机构。具体报盘内容由社保经办机构确定，社保经办机构审核确认后与残联结算。

3. 参保人员因本统筹区不能开展的医疗康复需求，需转市外三级以上或上一级专科医疗（康复）机构的，须持有二级及二级以上医院指定副主任医师以上人员出具的转院证明，至市残联和社保经办机构按规定办理相应的转院备案手续后方可报支相应的费用。

4. 医疗康复费用的报销以半年度为单位，逾期不予报支。

5. 违反本办法和医疗保险相关规定的医疗康复费用，医疗保险基金不予支付。

本办法自发布之日起执行。

- 附件： 1. 苏州市纳入基本医疗保障的残疾儿童抢救性康复项目
2. 苏州市纳入基本医疗保障的残疾人辅助器具
3. 苏州市残疾儿童抢救性康复登记审批表
4. 苏州市辅助器具适配登记审批表

附件1

苏州市纳入基本医疗保障的
残疾儿童抢救性康复项目

序号	项目名称 (限0-6岁残疾儿童)	最高支付限额
1	听力言语康复	每年支付总额城镇医保不超过2400元。康复年限不超过4年。
2	智力康复	每年支付总额城镇医保不超过2100元。康复年限不超过4年。
3	孤独症康复	每年支付总额城镇医保不超过2700元。康复年限不超过4年。
4	肢体康复 (包括脑瘫)	3岁前, 每年支付总额城镇医保不超过2700元; 3岁以后, 每年支付总额城镇医保不超过1350元。康复年限不超过5年。

附件2

苏州市纳入基本医疗保障的残疾人辅助器具

编 码	项目名称	计价单位	项目价格(元)	医保最高支付限额(元)	周 期
3402	小腿假肢	次	3000	1500	四年可重新适配一次。
3402	大腿假肢	次	6000	3000	四年可重新适配一次。
3402	矫形器	次	1000	500	限6岁及以下儿童，每年适配一次。
3402	儿童助听器 (双耳佩戴)	次	2600*2	1300*2	限6岁及以下儿童，三年可重新适配一次。
330502020	电子耳蜗 植入术	次	植入体 5-8万元	15000	
3402	眼镜式 助视器	次	200	100	二年可重新适配一次。

附件3

苏州市残疾儿童抢救性康复登记审批表

姓 名		性 别	☐ 男 ☐ 女
出生日期	年 月 日	民 族	☐ 汉族 ☐ 少数民族
家庭住址			
联系方式 手机、宅电		社会保险 个人编号	
身份证号码		残疾证号码	
享受医疗保障情况	☐ 享受居民基本医疗		
康复项目			
年总金额		实际报销金额	
接受康复时间	年 月 日		
申请人签字	年 月 日		
残联审核意见	公章 年 月 日		
定点康复机构 意见	公章 年 月 日		

注：此表一式三份，一份留县区级残联备案，一份留定点康复机构备案，一份留社保经办机构备案。

附件4

苏州市辅助器具适配登记审批表（4-1）

（助听器、电子耳蜗）

姓 名		性 别	☐ 男 ☐ 女
出生日期	年 月 日	民 族	☐ 汉族 ☐ 少数民族
家长姓名		手 机	
家庭住址			
宅 电		社会保险 个人编号	
身份证号码		残疾证号码	
享受医疗保障情况	☐ 享受居民基本医疗		
听力损失情况	左耳 分贝 右耳 分贝 ☐纯音 ☐脑干 ☐多频 ☐纯音 ☐脑干 ☐多频		
助听器、电子耳蜗验配	☐ 左耳 ☐ 右耳	助听器、电子耳蜗厂家、型号	
助听器、电子耳蜗价格		实际报销金额	
验配时间	年 月 日		
监护人申请	申请人： 年 月 日		
残联审核意见	公章 年 月 日		
定点验配机构意见	公章 年 月 日		

注：此表一式三份，一份留县区级残联备案，一份留定点康复机构备案，一份留社保经办机构备案。

苏州市辅助器具适配登记审批表（4-2）

(假肢)

姓 名		性 别	☐ 男 ☐ 女
出生日期	年 月 日	民 族	☐ 汉族 ☐ 少数民族
联系方式	手机 _____ 宅电 _____		
家庭住址		社会保险 个人编号	
身份证号码		残疾证号码	
享受医疗保障情况	☐ 享受城镇职工基本医疗 ☐ 享受居民基本医疗		
假肢装配 类型	左腿 ☐ 大腿 ☐ 小腿 右腿 ☐ 大腿 ☐ 小腿		
装配型号		假肢装配 价格	
实际报销 金额			
假肢装配 时间	_____ 年 月 日		
申请人签字	_____ 年 月 日		
残联审核 意见	_____ 公章 _____ 年 月 日		
装配机构 意见	_____ 公章 _____ 年 月 日		

注：此表一式三份，一份留县区级残联备案，一份留定点康复机构备案，一份留社保经办机构备案。

苏州市辅助器具适配登记审批表（4-3）

（矫形器）

姓 名		性 别	☐ 男 ☐ 女
出生日期	年 月 日	民 族	☐ 汉族 ☐ 少数民族
家庭住址			
联系方式 手机、宅电		社会保险 个人编号	
身份证号码		残疾证号码	
享受医疗 保障情况	☐ 享受居民基本医疗		
儿童残疾 类型			
矫形器种 类、型号			
价 格		实际报销 金额	
适配时间	年 月 日		
申请人签字	年 月 日		
残联审核 意见	公章 年 月 日		
定点康复 机构意见	公章 年 月 日		

注：此表一式三份，一份留县区级残联备案，一份留定点康复机构备案，一份留社保经办机构备案。

苏州市辅助器具适配登记审批表（4-4）

（助视器）

姓 名		性 别	☐ 男 ☐ 女
出生日期	年 月 日	民 族	☐ 汉族 ☐ 少数民族
家庭住址			
联系方式 手机、宅电		社会保险 个人编号	
身份证号码		残疾证号码	
享受医疗保障情况	☐ 享受城镇职工基本医疗 ☐ 享受居民基本医疗		
型 号			
价 格		实际报销 金额	
适配时间	年 月 日		
申请人签字	年 月 日		
残联审核 意见	公章 年 月 日		
定点康复 机构意见	公章 年 月 日		

注：此表一式三份，一份留县区级残联备案，一份留定点康复机构备案，一份留社保经办机构备案。