

蚌埠市人民政府办公室文件

蚌政办〔2021〕18号

蚌埠市人民政府办公室 关于修订印发蚌埠市城乡居民基本医疗保险和 大病保险保障待遇实施办法的通知

各县、区人民政府，市政府各部门、各直属单位：

经市政府同意，现将修订后的《蚌埠市城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇实施办法》印发给你们，请结合实际认真贯彻落实。



（此件公开发布）

蚌埠市城乡居民基本医疗保险和 大病保险保障待遇实施办法

第一章 总则

第一条 为进一步完善全市城乡居民医疗保险制度，保障参保人员基本医疗保险待遇和大病保险待遇，根据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）、《中华人民共和国社会保险法》《安徽省统一城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇实施方案（试行）》（皖政办〔2019〕14号）、《安徽省统一城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇实施细则（试行）》（皖医保发〔2019〕11号）等文件要求，结合我市实际，制定本办法。

第二条 城乡居民基本医疗保险遵循以下原则：

- （一）全覆盖、保基本、多层次、可持续；
- （二）以收定支、收支平衡、略有结余；
- （三）市级统筹、分级核算、分级负责；
- （四）个人缴费与政府补助相结合，参保人员权利与义务相对等。

第三条 本办法适用于蚌埠市行政区域内城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）和大病保险监督管理工作。

第四条 各级政府应当将居民医保纳入国民经济和社会发展

规划，逐步加大居民医保资金投入，为居民医保提供经费保障，并按照规定纳入各级财政预算安排。

第五条 市医疗保障部门负责居民医保政策制定、组织实施和监督管理等工作。

医疗保障经办机构负责居民医保参保登记、就医管理、待遇支付和基金管理等经办工作。

财政部门负责落实居民医保财政补助资金，管理居民医保基金财政专户，按照基金预算拨付资金。

税务部门负责城乡居民个人医疗保险费征收管理工作。

教育部门负责在校学生参保组织工作。

卫生健康部门负责计划生育特殊家庭认定及医疗行为监督管理工作。

发展改革、公安、审计、市场监管、民政、乡村振兴、残联等部门，按照各自工作职责，做好困难群众身份认定，协同做好城乡居民基本医疗保险工作。

第六条 居民医保和大病保险筹资标准、保障待遇应当根据经济社会发展水平、居民收入水平、医疗服务水平和基金运行情况以及国家和省相关规定适时调整，由市医疗保障部门会同市财政部门提出意见，报市政府批准后实施。

第二章 参保缴费

第七条 本市行政区域内，除应参加职工基本医疗保险人员

以外的下列人员，可以按规定参加居民医保：

（一）具有本市户籍的城乡居民；

（二）在本市长期居住或流动就业、在原籍未参加居民医保的人员及其未成年子女；

（三）各类在校学生，包括全日制普通高等学校本专科生，全日制研究生以及职业高中、中专、技校学生，中小学校的在册学生和托幼机构的在园幼儿；

（四）在本市持有港澳台居民居住证的未就业港澳台居民，以及在本市就读的港澳台在校大学生和外国留学生；

（五）随在本市工作外籍专家共同生活的配偶及未成年子女。

已在本市参加居民医保的人员，不得在外地市重复参加居民医保；除国家政策允许的情形外，不得跨制度重复参加职工基本医疗保险；因就业、入学、入伍、婚嫁、死亡等工作或生活状况变化的，要及时暂停或终止本市参保关系。

第八条 每年9月至12月为居民医保集中参保缴费期。在集中参保缴费期内参保登记并足额缴费的，自次年1月1日至12月31日享受城乡居民医疗保险待遇。

新入学的学生当年在集中参保期缴纳下一年度城乡居民基本医疗保险费的，自入学之日起享受居民医保待遇。

第九条 下列人员可以动态办理居民医保参保缴费手续，按照规定享受居民医保待遇。

（一）支持三孩生育政策落地。贯彻落实党中央关于优化生

育政策促进人口长期均衡发展的决策部署，积极支持三孩生育政策落实实施。继续执行新生儿“落地”参保政策，在新生儿出生90日内，新生儿监护人为其办理参保缴费（即完成参保登记并缴费成功，下同）手续后，新生儿自出生之日起享受居民医保待遇；超过90日参保的新生儿，自参保缴费次日起享受居民医保待遇。

（二）跨制度参保衔接。

1. 已连续2年（含2年）以上参加职工基本医疗保险（不含补缴）因就业等个人状态变化中断缴费且中断缴费不超过3个月的参保人员，自参保缴费次日起享受居民医保待遇；中断缴费超过3个月的参保人员，设置2个月待遇等待期，自参保缴费次月起第3个月开始享受居民医保待遇，等待期内发生的医疗费用居民医保不予报销。

2. 连续参加职工基本医疗保险不满2年（不含补缴）因就业等个人状态变化中断缴费且中断缴费不超过3个月的参保人员，自参保缴费次月起享受居民医保待遇；中断缴费超过3个月的，设置4个月待遇等待期，自参保缴费次月起第5个月开始享受居民医保待遇，等待期内发生的医疗费用居民医保不予报销。

（三）制度内参保接续。

1. 鉴于农村外出务工人员春节集中返乡的实际，该群体在次年2月28日前，可补办参保缴费，待遇享受期为1月1日至12月31日。

2. 在集中参保期未参保的漏保、断保人员，可补办参保手续，

设置6个月待遇等待期，自参保缴费次月起第7个月开始享受居民医保待遇，等待期内发生的医疗费用居民医保不予报销。

（四）特殊群体参保。

1. 为巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略，特困人员、低保对象、返贫致贫人口、监测人口等跨区域参保关系转移接续以及非因个人原因停保断保的，可补办参保手续，自参保缴费次日起享受居民医保待遇。

2. 当年退出现役的军人及随迁的由部队保障的随军未就业配偶，动态新增的特困人员、低保对象、返贫致贫人口、监测人口等特殊群体，可补办参保手续，自参保缴费次日起享受居民医保待遇。

3. 严重精神障碍患者、退捕渔民、刑满释放人员，可补办参保手续，自参保缴费次日起享受居民医保待遇。

此外，国家和省医疗保障部门规定的可以延长参保缴费期的人员，可动态参加居民医保并按规定享受医保待遇。

第十条 城乡居民由户籍地或居住地村（居）民委员会组织参保登记；各类在校学生由所在学校协助组织参保登记。新生儿由监护人通过微信、皖事通 APP 自助办理参保缴费手续；其他符合动态参保规定的人员，在其所辖地街道（乡镇）办理参保缴费手续。

重点救助对象个人缴费部分，由医疗救助资金按照规定全额或定额补助。

第三章 基本医疗保险门诊保障待遇

第十一条 居民医保不设立个人（家庭）账户。

第十二条 普通门诊。

（一）支付范围。普通门诊政策范围内医药费用是指符合《安徽省基本医疗保险药品目录》《安徽省基本医疗保险医疗服务项目目录》（以下简称“两个目录”）规定的纳入报销范围的医药费用。

（二）待遇标准。参保人员在乡镇卫生院（含实行一体化管理的村卫生室）、社区卫生服务站、社区卫生服务中心发生的政策范围内门诊费用纳入基金报销范围。普通门诊不设起付线，实行按比例封顶报销。在村卫生室（社区卫生服务站）、乡镇卫生院（社区卫生服务中心）发生的政策范围内普通门诊费用，基本医疗保险基金按 50% 比例报销，单次分别最高报销 15 元、30 元，每日限报一次，年度基金累计最高报销额为 150 元，其中在村卫生室（社区卫生服务站）最高报销额为 100 元。

（三）计算方式。普通门诊报销额度 = 政策范围内医药费用 × 报销比例。

第十三条 门诊慢性病（详见附件 2）。

（一）支付范围。门诊慢性病政策范围内医药费用是指符合常见慢性病用药及诊疗目录规定的费用。门诊慢性病用药及诊疗目录按照省医保局文件规定执行。

（二）待遇标准。门诊慢性病患者经鉴定通过后，在定点医疗机构就诊享受常见慢性病待遇，年度起付线 300 元，可报销费

用报销比例为 55%。单一病种年度报销总额上限为 2000 元，每增加一种慢性病病种提高 800 元，最高不超过 3600 元。

（三）计算方式。门诊慢性病报销额度 = （政策范围内医药费用 - 起付线）× 报销比例。

第十四条 门诊特殊病（详见附件 3）。

（一）支付范围。门诊特殊病政策范围内医药费用是指符合特殊慢性病用药及诊疗目录规定的费用。门诊特殊病用药及诊疗目录按照省医保局文件规定执行。

（二）待遇标准。门诊特殊病患者在市域内定点医疗机构就诊，选择一家定点医疗机构，单次起付线为当次门诊医药费用总额的 10%，年度累计最高不超过选定定点医疗机构的住院起付线。其可报销费用直接比照同级医院住院报销政策执行，实行即时结报。

第十五条 为满足慢性病治疗需要及国家谈判药品供应保障，由市医保局统一组织，在市本级和三县确定符合条件的定点零售药店，提供门诊购药和直接结算服务。具体结算办法由市医保局另行制定。

第十六条 长期异地务工（经商）或长期异地居住的慢性病患者办理异地备案手续后，可在居住地就近选择 2 家定点医疗机构为其就医约定医疗机构。参保居民务工（经商）地、长期居住地，可以依据务工地、经商地、长期居住地提供的劳动合同、居住证，其它工作、生活相关材料或个人承诺书认定。

第十七条 门诊慢性病和门诊特殊病待遇申请、服务管理、结算方式等由市医保局另行制定。部分病种可探索施行慢性病门诊按病种付费。

第十八条 符合省残联等 4 部门《关于对参加新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险的残疾人装配辅助器具给予补助的意见》（皖残联〔2009〕4 号）规定的残疾人，凭定点装配机构辅助器具装配单及发票回参保地经办机构办理报销。报销比例调整为 50%（不设起付线），单次报销限额调整为：每具大腿假肢 1700 元，每具小腿假肢 800 元，每只助听器 3500 元。

第十九条 参加城乡居民基本医保的 18 周岁以下苯丙酮尿症及四氢生物蝶呤缺乏症的罕见病患者，在省内省级或市级妇幼保健服务机构门诊就诊，其医药及专用食品费用纳入基本医保报销范围，不设起付线，按 65% 的比例报销，年度累计报销限额为 2 万元。患者凭门诊病历、处方和发票，回参保地经办机构办理报销。

第二十条 高血压、糖尿病门诊用药保障。参保居民高血压、糖尿病患者，需要门诊长期治疗但未达到门诊慢性病标准的，纳入高血压、糖尿病门诊用药保障范围。具体办法由市医保部门会同相关部门另行制定。

第二十一条 在校大学生普通门诊保障待遇，按照 30 元/人标准由学校按普通门诊统筹相关待遇执行。

第四章 基本医疗保险住院保障待遇

第二十二条 普通住院。

参保人员在定点医疗机构（急诊急救除外）发生的政策范围内医药费用，按以下规定执行：

（一）支付范围。普通住院政策范围内医药费用是指符合“两个目录”和“负面清单（按项目报销）”规定的纳入报销范围内的医药费用。负面清单见附件 4。

在省外医疗机构住院治疗，通过国家平台结算的，执行就医地医保目录，参保地待遇政策；非国家平台结算的，执行参保地医保目录和参保地待遇政策。

（二）起付线与报销比例。参保人员在一级及以下医院、二级和县级医院、市三级医院、省属三级医院住院治疗的，起付线分别为 200 元、500 元、800 元、1200 元，基金支付比例分别为 85%、80%、70%、65%。

参保人员经异地就医转诊转院备案后到市域外（不含省外）住院治疗的，起付线为 2000 元，政策范围内报销比例 65%；到省外医疗机构住院治疗的，起付线为 2500 元，政策范围内报销比例 60%。

市医疗保障部门根据基金承受能力，对于上年度住院次均费用达到或接近全市上一级别医疗机构次均费用 80% 的，执行上一级别医疗机构报销政策。实行年度动态管理，具体名单报省医保局备案后统一发布。

（三）住院起付线减免。

1. 特困人员住院报销，参保年度内不设起付线。
2. 重点优抚对象及低保对象住院报销，参保年度内首次住院不设起付线。
3. 确需分疗程间断多次住院治疗的恶性肿瘤放化疗患者、脑瘫康复等患者在同一医院多次住院治疗的，参保年度内只设一次起付线。
4. 在紧密型医联（共）体内，对自觉遵守基层首诊的有偿签约居民，通过系统逐级转诊住院的，上转病人补齐上级医院起付线差额；下转病人不再支付下级医院住院起付线，同时报销比例提高5个百分点。

（四）封顶线与保底报销。

1. 一个保险年度内，基本医疗保险基金报销额度实行累计封顶（含本办法所列特殊慢性病门诊和住院），封顶线30万元。
2. 对普通住院发生的符合规定的医药费用（负面清单见附件4）实行保底报销，报销比例省内医疗机构45%，省外医疗机构40%。

（五）计算方式。普通住院报销计算方式为：报销金额=（政策范围内医药费用-起付线）×报销比例。

保底报销计算方式为：保底金额=（当次住院总费用-负面清单费用-起付线）×保底报销比例。

（六）特别规定。

1. 除急诊急救外，未办理异地就医备案手续在市域外就医的，

报销比例（含保底比例）降低 10 个百分点。

2. 按病种分组付费住院待遇。参保人员执行按病种分组付费不设起付线。按病种（含按疾病相关分组）付费办法由市医保局按照省相关规定另行制定。

3. 参保人员在市域内医疗机构住院，同一家医院入院前 3 天内与本次住院疾病相关的门诊检查费用，可计入当次住院医药费用一并计算和报销。

第二十三条 捐赠器官或组织手术，参保供者的住院医药费用（不含器官源或组织源费用以及院外配型、检测检验、运输、储存等相关费用）纳入基本医保报销范围，按同类别医院普通住院基金报销政策执行。

第二十四条 分娩（含剖宫产）住院定额补助 1000 元。孕产妇住院医药费用主要为（占比 $\geq 50\%$ ）妊娠期或分娩期合并症、并发症医药费用的，按普通住院政策执行，但不再享受定额补助。

第二十五条 意外伤害医疗待遇。

（一）学龄前儿童及在校学生（高等学校在校大学生除外）发生的无责任人的意外伤害门诊医疗费用，年度累计起付线为 50 元，政策范围内报销比例为 60%，年度封顶限额为 3000 元。

（二）明确无他方责任的意外伤害按正常疾病给予报销，享受保底报销和大病保险。明确有他方责任的意外伤害住院医药费用不予报销。除以上以外的无法确定他方责任的意外伤害，凭本人承诺书及相关证明材料，其住院医药费用中的可报销费用扣除

起付线以上的部分，按 45% 的比例给予报销，年度封顶限额为 30000 元，不享受保底报销和大病保险。具体办法由市医保部门另行制定。

（三）意外伤害入院需如实填写《城乡居民外伤住院申请报销登记表》履行审核手续，由各定点医疗机构审核并明确结算类型；并将入院者的姓名、年龄、性别、住址、社保卡号、受伤时间、地点和详细原因等情况公示。

（四）因见义勇为或执行救灾救援等公益任务而负伤住院，按普通住院报销政策执行，申请报销者须提供县级或县级以上人民政府相关部门出具的证据、证明和个人承诺材料。

第五章 大病保险保障待遇

第二十六条 大病保险合规费用实行负面清单制度，具体见附件 4。

第二十七条 一个保险年度内，参保人员负担的合规医药费用累计超过大病保险起付线的部分，大病保险基金分费用段按比例报销。

（一）起付线。一个保险年度计 1 次起付线，大病保险起付线为 1.5 万元。

（二）报销比例。大病保险起付线以上 5 万元以内段（含 5 万元），报销比例 60%；5—10 万元段（含 10 万元），报销比例 65%；10—20 万元段（含 20 万元），报销比例 80%；20 万元以上段，报

销比例 85%。

（三）封顶线。大病保险封顶线 30 万元。

（四）计算方式。大病保险报销金额=（参保患者住院及特殊慢性病门诊年度累计医药费用－负面清单费用－基本医保已报销金额－基本医保起付线－大病保险起付线）×分段报销比例。

同时，加大对特困人员、低保对象等困难群众的倾斜支付，较普通参保居民大病保险起付线降低 50%，报销比例提高 5 个百分点，并取消封顶线。

第六章 附则

第二十八条 建档立卡贫困人口综合医保报销政策执行到 2021 年 12 月 31 日。

第二十九条 同时参加两种以上基本医疗保险的人员，不得重复报销。

购买商业医疗保险参保人员，可凭住院医药费用发票复印件（须由承办商业医疗保险公司盖章）和保险公司结报单据等材料申请基本医疗保险基金报销（保障待遇不变）。

第三十条 参保人员异地就医发生的住院医疗费用，无法即时结算的，原则上于次年 6 月 30 日前持有关资料到参保地医疗保障经办机构办理报销手续，特殊情况下可延期至次年 12 月 31 日，逾期不予受理。

第三十一条 城乡居民大病保险和意外伤害可集中委托商业

保险机构承办。医疗保障经办机构应按照国家法律法规的规定，统一招标选择符合条件的商业保险机构承办城乡居民大病保险和意外伤害。招标内容应按照“收支平衡、保本微利、自负盈亏”原则，设定支付比例、盈亏率、管理力量等内容。

第三十二条 为保障困难群众基本医疗需求，最大限度减轻困难群众医疗支出负担，维护社会和谐稳定，根据国家、省有关规定，市医保部门另行制定城乡医疗救助办法。

第三十三条 本办法自发文之日起施行，原《蚌埠市人民政府办公室关于印发蚌埠市城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇实施办法的通知》（蚌政办〔2020〕14号）同时废止。本办法出台前的相关规定与本办法不一致的，以本办法为准，国家、省有相关规定的，从其相关规定。

本办法由市医保局负责解释。

- 附件：1. 三级（省属）和三级（市属）医疗机构名单
2. 蚌埠市城乡居民基本医疗保险门诊慢性病病种
3. 蚌埠市城乡居民基本医疗保险门诊特殊病病种
4. 蚌埠市城乡居民基本医疗保险和大病保险负面清单

附件 1

三级（省属）和三级（市属）医疗机构名单

一、三级（省属）医院

中国科技大学附属第一医院（安徽省立医院），安徽医科大学第一附属医院，蚌埠医学院第一附属医院，皖南医学院弋矶山医院，安徽医科大学第二附属医院，安徽中医药大学第一附属医院，安徽中医药大学第二附属医院（安徽省针灸医院），中国人民解放军联勤保障部队第九〇一医院、武警安徽省总队医院，安徽省儿童医院，安徽省胸科医院，安徽省第二人民医院，蚌埠医学院第二附属医院，安徽医科大学第四附属医院、安徽医科大学附属巢湖医院，皖南医学院第二附属医院，安徽医科大学附属阜阳医院，安徽省中西医结合医院（安徽中医药大学第一附属医院西区），安徽医科大学附属口腔医院（安徽省口腔医院，视同省属三级医院管理）。

二、三级（市属）医院

蚌埠市第三人民医院，中国人民解放军联勤保障部队第九〇二医院，蚌埠市第一人民医院，蚌埠市中医医院。

附件 2

蚌埠市城乡居民基本医疗保险 门诊慢性病病种

1. 高血压（Ⅱ、Ⅲ级）、2. 冠心病、3. 心功能不全、4. 慢性阻塞性肺疾病、5. 支气管哮喘、6. 溃疡性结肠炎、7. 克罗恩病、8. 晚期血吸虫病、9. 慢性肾脏病、10. 肾病综合征、11. 糖尿病、12. 甲状腺功能亢进症、13. 甲状腺功能减退症、14. 脑卒中、15. 癫痫、16. 帕金森病、17. 阿尔茨海默病（老年痴呆）、18. 重症肌无力、19. 肌萎缩侧索硬化症、20. 银屑病、21. 白癜风、22. 慢性乙型肝炎、23. 慢性丙型肝炎、24. 结核病、25. 艾滋病、26. 类风湿性关节炎、27. 白塞氏病、28. 系统性硬化症、29. 干燥综合征、30. 多发性肌炎、31. 皮炎、32. 结节性多动脉炎、33. 脑瘫、34. 特发性血小板减少性紫癜、35. 强直性脊柱炎、36. 青光眼。

附件 3

蚌埠市城乡居民基本医疗保险 门诊特殊病病种

1. 肺动脉高压、2. 特发性肺纤维化、3. 肝硬化、4. 自身免疫性肝病、5. 慢性肾衰竭（尿毒症期）、6. 肢端肥大症、7. 肝豆状核变性、8. 多发性硬化、9. 黄斑性眼病、10. 重度特应性皮炎、11. 精神障碍、12. 系统性红斑狼疮、13. ANCA 相关血管炎、14. 先天性免疫蛋白缺乏症、15. 生长激素缺乏症、16. 普拉德—威利综合征、17. 尼曼匹克病、18. 心脏瓣膜置换术后、19. 血管支架植入术后、20. 心脏冠脉搭桥术后、21. 器官移植术后、22. 血友病、23. 再生障碍性贫血、24. 骨髓增生异常综合征、25. 骨髓增生性疾病、26. 白血病、27. 恶性肿瘤。

附件 4

蚌埠市城乡居民基本医疗保险和 大病保险负面清单

序号	项目费用	按项目 报销	按保底 报销	大病保险 报销
1	应当从工伤保险基金中支付的医药费用	不纳入	不纳入	不纳入
2	应当由第三方负担的医药费用	不纳入	不纳入	不纳入
3	应当由公共卫生负担的医药费用	不纳入	不纳入	不纳入
4	在境外就医的医药费用	不纳入	不纳入	不纳入
5	医疗服务项目收费超出我省基本医保最高支付标准（省属三级公立医院最高收费标准）部分的费用	不纳入	不纳入	不纳入
6	《药品目录》单味不予支付的中药饮片及药材费用	不纳入	不纳入	不纳入
7	《医疗服务项目目录》外自立医疗服务项目	不纳入	不纳入	不纳入
8	特需病房（病区）发生的住院医药费用，特需医疗项目费用	不纳入	不纳入	不纳入
9	非协议医疗机构（急诊急救除外）、非医疗机构发生的医药费用（另有规定除外）	不纳入	不纳入	不纳入
10	医疗机构发生的非医药费用	不纳入	不纳入	不纳入
11	各类器官、组织移植的器官源或组织源费用，以及串换为其他项目的费用	不纳入	不纳入	不纳入
12	享受定额补助的住院分娩（含手术产）当次住院医药费用	不纳入	不纳入	不纳入
13	各种各类非功能性整容或矫形手术、美容、健美、减肥增胖增高等非疾病治疗类原因产生的医药费用	不纳入	不纳入	不纳入

序号	项目费用	按项目 报销	按保底 报销	大病保险 报销
14	预防保健、健康体检、医疗咨询、医疗鉴定等发生的费用	不纳入	不纳入	不纳入
15	气功疗法、音乐疗法、保健性营养疗法等辅助性治疗项目费用	不纳入	不纳入	不纳入
16	眼镜、义眼、义齿、义肢、助听器等辅助康复器具（另有规定的除外）等费用	不纳入	不纳入	不纳入
17	各种家用或自用检查、检测、治疗仪等器械费用	不纳入	不纳入	不纳入
18	各种不育（孕）症（另有规定的除外）	不纳入	不纳入	不纳入
19	性功能障碍引发的住院医药费用（另有规定的除外）	不纳入	不纳入	不纳入
20	临床实验类诊疗项目费用	不纳入	不纳入	不纳入
21	物价政策规定不可单独收费的一次性材料等费用	不纳入	不纳入	不纳入
22	《药品目录》复方不予支付的中药饮片及药材费用	不纳入		
23	《药品目录》乙类药品个人先行支付费用	不纳入		
24	《药品目录》丙类（目录外）药品费用	不纳入		
25	《医疗服务项目目录》部分支付类项目中个人先行支付费用	不纳入		
26	限制临床应用医疗技术（造血干细胞移植技术等除外），不纳入政策范围内费用	不纳入		
27	《医疗服务项目目录》不予支付类项目	不纳入		
28	部分支付类医用材料中个人先行支付费用	不纳入		
29	不予支付类医用材料	不纳入		
30	国家、省、市医保行政部门规定的其他不予支付的项目或费用	不纳入	不纳入	不纳入

备注：1. 省外住院患者通过国家平台即时结算的，仍按就医地医保目录及价格政策执行，不受本表负面清单限制。

2. 使用国产材料的，按 20%的比例不计入可报销费用政策范围；使用进口材料的，按 40%的比例不计入可报销费用政策范围。

抄送：市委办公室，市人大常委会办公室，市政协办公室，市法院，
市检察院。

蚌埠市人民政府办公室

2021 年 11 月 8 日印发
