

广州市城镇**居民**基本医疗保险

GUANGZHOU SHI CHENG ZHEN JUMIN JI BEN YI LIAO BAO XIAN

就医指南

(第四版)

医疗保险凭证

居民医保待遇

居民医保异地就医

居民医保零星报销

个人先自付费用比例

就医管理有关规定

广州市医疗保险服务管理局

二〇一一年八月编印

就医指南

一、医疗保险凭证

广州市医疗保险卡（以下简称“医保卡”）与广州市社会保障卡（以下简称“社保卡”）均可作为参保人员就医、办理医保有关业务的凭证，统称医疗保险凭证。

医保卡或社保卡使用提示：

（一）参保人在定点医疗机构办理就医登记时必须出示医保卡或社保卡，在其出示有效医疗保险凭证前，就医所发生的费用全部由参保人自行承担。

急诊入院或者由于意识不清等情况不能当场出示的，参保人亲属应当在入院3个工作日内为其补办示证手续。

参保人员符合国家、省、市人口与计划生育政策规定，办理门诊产检登记或分娩、终止妊娠住院登记时，须出示有效的《广东省计划生育服务证》。

医保卡或社保卡遗失或重制期间，可暂凭挂失证明或重制卡回执及本人有效身份证件就医。

（二）医保卡或社保卡遗失的，应及时挂失。医保卡挂失、密码挂失、损坏卡重制等相关卡业务，到医保服务银行广州市区内对应银行任一营业网点办理，15个工作日后在同一网点凭《挂失申请书》及本人有效身份证件领取新卡；因变更个人参保资料的重制卡业务，应先变更资料后，再到医保经办机构办理重制卡业务。



社保卡挂失、补卡等相关业务，可到医保服务银行广州市区内营业网点或社会保障卡中心服务网点办理（服务网点名单和地址可登录社保卡服务网站 <http://card.gz.gov.cn> 查询，或参考《广州市社会保障卡使用手册》）。

（三）医保卡或社保卡作为享受医保待遇的凭证之一，由参保人自行保管，仅限本人使用，不得转借他人、冒用、涂改等。

（四）医保服务银行服务电话。

光大银行：95595 广州银行：96699

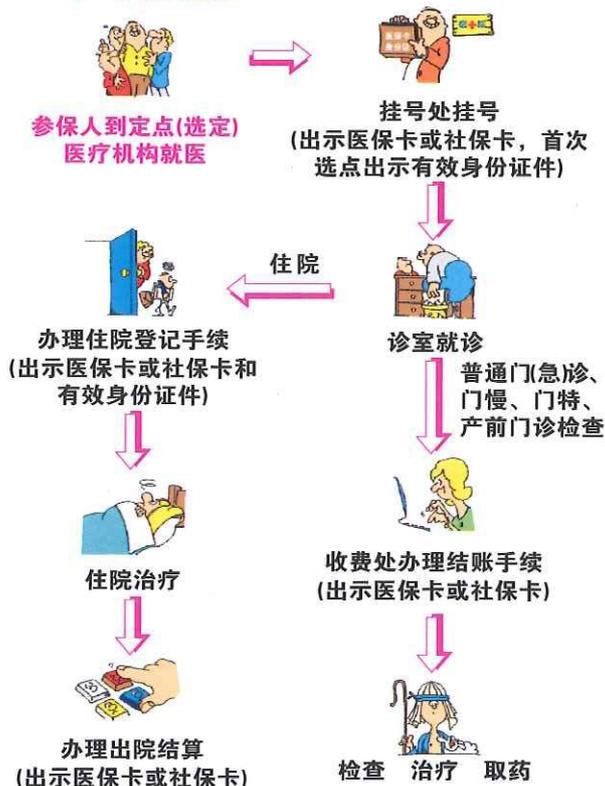
农业银行：95599 广发银行：82632000, 82621765

广州市市民服务和社会保障卡管理中心服务电话：12343

二、居民医保待遇

参保人按规定享受住院、门诊特定项目、指定慢性病、普通门（急）诊和产前门诊检查医保待遇。

（一）就医流程



***首次进行普通门(急)诊、门慢、门特、产前门诊检查就医, 请按规定办理相关手续。**

(二) 享受居民医保待遇的起始时间

参保人群	享受待遇时间	备注
按居民医疗保险年度参保缴费的人员	从当年9月1日开始	待遇享受时间截至
年度中途参保缴费的人员	从缴费次月开始	该居民医保年度末
新生儿	在出生后3个月内参保缴费的, 从出生时开始	(8月31日)

(三) 普通门(急)诊待遇标准

参保人因病需门(急)诊治疗的, 需到开通了我市医保信息系统可进行门(急)诊费用记帐结算的选定定点医疗机构就诊, 发生的属于基本医疗保险普通门诊药品目录范围内的药费, 由基金按规定比例支付, 基金每月最高支付限额为: 未成年人及中小學生300元/人·月; 非从业居民和老年居民100元/人·月。基金支付比例及个人自付比例如下:

定点医疗机构类别	未成年人及中小學生		非从业居民和老年居民	
	基金支付比例(%)	个人自付比例(%)	基金支付比例(%)	个人自付比例(%)
社区卫生服务机构及指定基层医疗机构	80	20	60	40
其他医疗机构	50	50	0	100

未成年人及中小學生可选择1家定点社区卫生服务机构(或指定基层医疗机构)以及1家其他定点医疗机构作为选定医疗机构, 在我市指定专科医院进行相应专科疾病门(急)诊治疗, 不受选点限制; 非从业居民和老年居民选择1家定点社区卫生服务机构(或指定基层医疗机构)作为选定医疗机构。各类医保定点医疗机构名单可到广州医保管理网上查询。

普通门诊选点、改点业务按如下方式办理:

1. 首次申办门诊选点的, 请携带医疗保险凭证、有效身份证件等按规定在门诊选定医疗机构直接办理, 填写广州市社会医疗保险参保人门诊医疗待遇登记卡, 并贴上近1年彩色小一寸照片一张, 具体要求可到医疗机构前台或医保办咨询。

2. 参保人原已办理选点手续且新年度内不需改点的, 无需重新办理选点, 可直接进行门诊就医记账结算。

3. 参保人原已办理选点手续且新年度未在原选定医疗机构门诊就医的, 如需选择到其他医疗机构门诊就医, 在新选定医疗机构办理选点手续。

4. 新年度已选定门诊医疗机构的, 原则上当年7月1日至次年6月30日内不予变更。如发生户口迁移、居住地变化、转学升学或选定医疗机构资格变化等情形, 可携带相关资料到我市任一医保经办机构办理变更手续。

参保人在非选定医疗机构或非指定的专科医疗机构就医发生的普通门(急)诊医疗费用, 基金不予支付。但是, 中小學生寒暑假、因病休学期间, 回到户籍所在地, 或外地实习等期间在当地医疗保险定点医疗机构急诊发生的属于基金支付范围的门诊药费, 可到我市各医保经办机构办理零星报销, 由基金按50%的比例支付。

(四) 指定慢性病门诊待遇标准

目前, 广州市指定慢性病病种有以下17种: 高血压病、冠心病、糖尿病、类风湿性关节炎、帕金森病、系统性红斑狼疮、精神分裂症、慢性心力衰竭(心功能Ⅲ级以上)、心脏瓣膜替换手术后抗凝治疗、癫痫、慢性活动性肝炎(乙型)、肝硬化(失代偿期)、慢性肾小球肾炎、慢性肾功能不全(非透析)、慢性阻塞性肺疾病、阿尔茨海默氏病、情感性精神病(躁狂发作、抑郁发作及双相障碍)。

参保人患有上述慢性病的, 在指定定点医疗机构确诊登记后, 可在具备治疗资格的定点医疗机构门诊就医, 属于指定慢性病相应的门诊专科药品目录范围内的药费, 由基金按规定比例支付, 每一种指定慢性病每月支付最高上限为100元, 当月有效, 不滚存、不累计, 参保人最多可选择其中3个病种享受医疗保险待遇。基金支付比例如下:

定点医疗机构类别	基金支付比例(%)	个人自付比例(%)
社区卫生服务机构及指定基层医疗机构	85	15
其他医疗机构	65	35

(五) 门诊特定项目待遇标准

1. 类别、就医地点、确诊与登记

项目类别	就医地点	确诊与登记	登记有效期		
急诊留观	二、三级 医疗机构	无需登记	—		
恶性肿瘤 化疗、放疗		在可开展相 应项目的指定 定点医疗机构 办理	一年		
尿毒症血透、 腹透	指定的二、三 级医疗机构				
肾移植术后 抗排斥治疗	指定的三级 医疗机构				
肝脏移植术后 抗排斥治疗					
血友病治疗					
慢性丙型肝炎 治疗	指定的 医疗机构			终身有效	
重型β地中海 贫血治疗	指定的二、三 级医疗机构			六个月 (最多登 记3次)	
慢性再生障碍 性贫血治疗				终身有 效	
家庭病床	指 定 的 医 疗 机 构			凭二、三级定点 医疗机构诊断证 明到指定定点医 疗机构办理	三个月

* 未经登记的门诊特定项目医疗费用，以及与所述确诊的门诊特定项目不相关的医疗费用，基金不予支付。

* 家庭病床治疗期间转住院的，从住院之日起原家庭病床有效期即终止。



2. 起付标准、支付比例及基金每月最高支付限额

门诊特定 项目类别	起付标准			共付段 统筹基金 支付比例	基金最高 支付限额 (元/月)			
	未成年人及 在校学生	非从业 居民	老年 居民					
急诊留观	480元/居 民医保年度	1600元/居 民医保年度	1120元/居 民医保年度	与参保人 住院的 支付比例 一致	/			
恶性肿瘤 化疗、放疗	无	无	无					
尿毒症血 透、腹透								
肾移植术 后抗排斥 治疗								
肝脏移植 术后抗排 异治疗								
重型β地 中海贫血 治疗								
血友病 治疗								
慢性丙型 肝炎治疗								
慢性再生 障碍性 贫血治疗								
家庭病床						120元/期	400 元/期	280 元/期

* 居民医保年度最高支付限额以上的费用，医保基金不予支付。

* 急诊留观直接转入本院住院治疗的，当次急诊留观的医疗费用并入住院费用结算。

* 家庭病床起付标准每90日计算一次。

（六）产前门诊检查待遇标准

参保人在符合计划生育政策规定的生育期内，可在我市生育保险定点医疗机构中选定一家进行产前门诊检查。居民医保基金支付产前门诊检查的具体项目，参照本市生育保险规定的诊疗项目执行，不分甲、乙类。由基金按如下比例支付，基金支付限额为每孕次720元/人。

定点医疗机构	基金支付比例(%)	个人自付比例(%)	基金支付限额
个人选定1家生育保险定点医院	50	50	720元/每孕次

（七）住院待遇标准

基金支付参保人在居民医保年度内因疾病、意外事故就医发生的基本医疗费用以及符合计划生育政策规定的生育或终止妊娠发生的住院医疗费用。

1. 住院医疗费用中，个人应负担以下费用：

- 自费费用；
- 先自付费用（即医保药品、诊疗项目、医保服务设施三个目录范围内，规定由参保人先自付部分比例的费用）；
- 起付标准及以下费用；
- 共付段自付费用；
- 居民医保基金年度累计支付超过最高支付限额以上的费用。



2. 每次住院起付标准(元)

定点医疗机构等级	未成年人及在校学生	非从业居民	老年居民
一级	120	400	280
二级	240	800	560
三级	480	1600	1120

* 患精神病的参保人员在我市基本医疗保险指定精神病专科医院或精神病专科病区住院治疗发生的基本医疗费用，不设起付标准。

3. 共付段基金支付比例及个人自付比例 (%)

定点 医疗 机构 等级	首次参保或重新参保缴费				连续两年及以上参保缴费			
	未成年人及 在校学生		老年居民和 非从业居民		未成年人及 在校学生		老年居民和 非从业居民	
	基金	个人	基金	个人	基金	个人	基金	个人
一级	85	15	75	25	90	10	80	20
二级	75	25	65	35	80	20	70	30
三级	65	35	55	45	70	30	60	40

* 原参加我市城镇职工基本医疗保险或城镇灵活就业人员医疗保险的人员,在停保后3个月内转换参加居民医保的,按连续参保两年及以上的比例支付。

4. 住院床位费每床日结算标准(元)

定点医疗机构等级	普通病房	监护室	层流病房	门(急)诊留观
一级	29.6	56	224	--
二级	33.3	63	252	9
三级	37	70	280	10

※除所列床位费结算标准外,对新生儿床位、层流洁净简易病房、特殊防护病房床位费均按规定标准结算。

【注意事项】

1. 住院治疗连续时间每超过90天的,需再支付一次起付标准费用。在专科医院连续住院治疗结核病的,每超过180天的,需再支付一次起付标准费用。

2. 住院治疗符合出院标准的,应及时出院。凡应出院而不按规定出院的,自定点医疗机构医嘱出院日期之日起,所发生费用由个人支付。

3. 出院后因病情需要,符合入院标准可再入院治疗。

4. 符合计划生育政策规定的产前门诊检查、生育或终止妊娠发生的住院医疗费用,按照我市企业职工生育保险医疗费支付项目和目录范围执行,但支付标准按上述规定执行。

(八) 居民医保基金年度累计最高支付限额

参保人员住院、门诊特定项目、指定慢性病及普通门(急)诊的基本医疗费用,居民医保基金年度累计最高支付限额为上年度我市居民年人均可支配收入的6倍。

(九) 待遇追溯问题

1. 待遇追溯的情形

(1) 新生儿

新生儿按规定在出生后3个月内(含3个月)办理参保并缴费的,享受的医保待遇可追溯到从出生时开始,其待遇追溯期从出生时至缴费的当月止。(如新生儿出生后的前3个月跨两个居民医保年度,在出生后3个月内办理参保缴费手续的,选择同时按规定足额缴纳两个居民医保年度的医保费后,方能享受从出生开始的医保待遇,分别按两个居民医保年度计算待遇。)

(2) 在校学生

在同一居民医保年度内,于11月30日前办理居民医保参保登记并缴费到帐的在校学生,从9月1日开始享受本居民医保年度相应的医疗保险待遇。其待遇追溯期从9月1日起至缴费的当月止。

2. 待遇追溯的办法

属于可追溯医保待遇的月份里发生符合规定的基本医疗费用,按以下办法办理:

(1) 住院、急诊留观以及登记有效期内的门诊特定项目、指定慢性病。按“参保人先交押金,医疗机构延迟结算”方式操作。步骤如下:

参保人在发生上述费用时,应向就医的医保定点医疗机构告知已参保或准备参保,与医疗机构协商后可向其缴纳与当次医疗费等额的押金,病人先离院,待参保人能正常享受居民医保待遇后,凭医保卡或社保卡、有效身份证件、押金收据、出院小结等资料到原发生费用的医疗机构办理费用结算。

注意:若有多笔费用需追溯的,参保人须按费用发生的先后顺序到原就医的我市定点医疗机构通过信息系统办理结算!

(2) 普通门(急)诊。

如果确认将原发生医疗费用的医保定点医疗机构选定为新生儿及中小学生参保人本年度“门诊选定医疗机构”的,可带齐相关资料到我市各医保经办机构申请零星报销。

三、居民医保异地就医

(一)异地就医范围

参保人属于以下异地就医情形的，可按规定享受相应的居民基本医疗保险待遇：

1. 在境内同一异地居住半年或以上、已办理了异地就医手续的参保人，在异地选定医疗机构进行住院、已办理确认登记手续的指定门诊特定项目、指定慢性病治疗的；

2. 经审批同意转诊到异地医疗机构住院的；

3. 异地急诊住院或急诊留观的；

4. 在校学生寒暑假、因病休学期间，回到户籍所在地，或外地实习期间在当地医疗保险定点医疗机构进行门诊急诊、住院、已办理确认登记手续的指定门诊特定项目和门诊指定慢性病治疗的；

5. 政策规定的其他异地就医。

不属于以上范围异地就医发生的医疗费用，居民医疗保险基金不予支付。

(二)异地就医管理

1. 长期异地就医，需事前办理确认手续。参保人携带居住地所属派出所、街道、居（村）委会出具的长期居住证明原件或暂住证复印件，及申请人身份证复印件（委托他人办理的还应出具受委托人身份证复印件），到我市医保经办机构办理异地就医确认手续，领取《广州市社会医疗保险异地就医记录册》，登记异地就医信息。参保人学习结束、或返回本市长期居住的，应及时办理异地就医注销手续。

2. 参保人符合异地就医条件，并在异地医疗机构进行门诊特定项目或门诊指定慢性病治疗，需先在我市办理相应的门诊特定项目或门诊指定慢性病的登记确认手续。

3. 属于异地转诊的，须按照转统筹区外医疗机构就医相关规定办理转诊手续。

四、居民医保零星报销

通常情况下，参保人应在我市社会保险定点医疗机构就医，属于基金支付的费用，直接在定点医疗机构记账结算，无需办理报销手续。以下情形发生的基本医疗费用可到我市医保经办机构办理零星报销手续：

(一) 符合异地就医范围的基本医疗费用；

(二) 因待遇追溯、系统故障等客观原因导致未能在定点医疗机构正常结算，而定点医疗机构又不能通过系统补办结算的、已由参保人垫付的基本医疗费用；

(三) 经核准，参保人员确因患病急诊或抢救、以及病情特殊需要，在本统筹区内非我市社会保险定点医疗机构住院或急诊留观发生的基本医疗费用；

(四) 符合医疗保险政策规定的其他特殊情况。

符合以上规定的医疗费用，参保人应当在规定的时间内携带以下资料，向我市医保经办机构申请零星报销：

(一) 医疗保险凭证原件及正反面复印件；

(二) 医疗费用开支明细清单（或医疗机构证明的用工记录清单）；

(三) 财税部门印制的医疗收费收据或发票；

(四) 相关病历资料及其他资料。

经审核结算后，属于居民医保基金支付的费用将划拨到参保人社保卡（医保卡）。

五、个人先自付费用比例

参保人员使用基本医疗保险乙类药品、特殊诊疗项目及特殊医用材料，个人先自付费用比例如下：

(一) 使用《广东省基本医疗保险药品目录》范围内的乙类药品，个人先自付费用比例为5%。

(二) 使用《广东省城镇职工基本医疗保险诊疗项目范围》中基本医疗保险基金支付部分费用的诊疗项目，个人先自付费用比例为：治疗项目10%；检查项目15%；可单独收费的一次性医用材料10%；安装各种人造器官和体内置放材料20%。

六、就医管理有关规定

(一) 参保人在我市定点医疗机构就医时须出示有效的医疗保险凭证, 在出示有效的医疗保险凭证前, 就医所发生的费用全部由参保人自行承担。

(二) 参保人不得伪造医疗机构的发票、费用明细清单、诊断证明等资料办理零星报销手续。

(三) 参保人不得将本人的医保凭证借给他人或冒用他人的医保凭证办理医保就医、记帐或费用报销。

(四) 参保人不得要求定点医疗机构降低入院标准入院或已达到出院标准后故意延长住院时间。

(五) 参保人个人以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的, 由社会保险行政部门责令退回骗取的社会保险金, 处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款, 情节严重构成犯罪的依法追究刑事责任。

七、温馨提示

(一) 本指南适用于居民医保在校中小學生、未成年人、非从业居民及老年居民参保人员。

(二) 本指南提到的居民医保年度是指当年的9月1日至次年的8月31日。

(三) 本指南所称的基本医疗费用是指属于基本医疗保险范围的药品、诊疗和医疗服务项目费用, 但不含个人按规定比例先自付的费用。

(四) 在定点医疗机构就医过程中的选点、确诊、审批等事项均可由医疗机构通过系统直接办理, 参保人无需亲临我市医保经办机构。在就医过程中遇到问题, 可直接到定点医疗机构医保办或医务部门咨询、反映。

(五) 自2011年9月起, 花都区、番禺区和增城市统筹区统一执行市级统筹的城镇居民基本医疗保险政策。从化市统筹区自2012年9月起统一执行。

(六) 本指南未尽之处, 可通过以下方式查询。

1. 网站:

广州市人力资源和社会保障局网址: www.hrssgz.gov.cn

广州医保管理网网址: www.gzyb.net

2. 电话: 省、市咨询热线: 12333

3. 亲临我市各医保经办机构

医保经办机构名单	服务地址 对外服务时间
市医保局	越秀区梅东路28号4-7楼
越秀分局	周一至周五 9:00~17:00 周六 9:00~12:00
市医保局	海珠区新港西路千禧一街2-4号首层
海珠分局	周一至周五 9:00~17:00
市医保局	荔湾区花地大道中89号芳村金融大厦二楼
荔湾分局	周一至周五 9:00~17:00
市医保局	天河区广和路17号首层
天河分局	周一至周五 9:00~17:00
市医保局	白云区景云路38号首层自编05号
白云分局	周一至周五 9:00~17:00
市医保局	黄埔区大沙东路311号
黄埔分局	周一至周五 9:00~17:00
市医保局	南沙区环市大道中17号三楼
南沙分局	周一至周五 8:30~12:00 14:00~17:00
市医保局	广州经济技术开发区志诚大道331号
萝岗分局	周一至周五 8:45~11:30 13:30~16:30
花都区	花都区新华街公益大道兰花路人力资源和社会保障局大院内
医保办	周一至周五 8:30~12:00 14:30~17:30
番禺区	番禺区市桥街平康路48号3号楼5楼
医保办	周一至周五 8:30~12:00 14:30~17:30
从化市	从化市新城东路54号
医保中心	周一至周五 8:30~12:00 14:30~17:30
增城市	增城市荔城街荔兴路18号广发银行5-6楼
医保中心	周一至周五 8:30~12:00 14:30~17:30

温馨提示: 本宣传资料内容如果与政策文件有出入或政策发生调整, 请以最新公布的政策为准。