

广州市城镇职工基本医疗保险就医指南

（第十一版）

一、 医疗保险凭证

广州市社会保障卡（以下简称“社保卡”）与广州市医疗保险卡（以下简称“医保卡”）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。

（一）领卡后的注意事项

核对社保卡或医保卡及存折上的姓名、有效身份证件号码等信息。如信息有误，请尽快到相应的社保经办机构办理资料变更事宜。

（二）社保卡或医保卡的使用

1. 社保卡或医保卡是参保人员就医和记录、使用个人医疗账户资金的凭证，必须妥善保管。

2. 就医、配（购）药、办理出入院手续时必须出示社保卡或医保卡。

3. 医保卡挂失、密码挂失、损坏卡重制等相关业务，均可到相应协议银行广州市区内任一营业网点办理。

社保卡挂失、补卡等相关业务，可到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》）。

在此期间，可暂凭挂失证明或重制卡回执及有效身份证件到定点医疗机构按规定办理就医手续。

4. 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保卡管理中心服务电话：12343。

5. 个人医疗账户注资查询。城镇职工医保参保人从正常缴费的次月起，每月 18 日后可持医保卡到标识有“广东银联”的自助柜员机、持社保卡到对应医保服务银行的多媒体自助终端查询，也可直接到对应医保服务银行广州市区内任一营业网点或拨打医保服务银行的服务电话进行查询。

参加灵活就业人员医保的参保人，不建立个人医疗账户，没有资金划入医保卡或社保卡中。

6. 按照市委、市政府推广应用社保卡的要求，我市将逐步推进医疗保险参保人申（换）领社保卡。

（三）个人医疗账户

1. 个人医疗账户划拨标准

城镇职工医保参保人足额缴纳基本医疗保险费后，将按月划拨个人医疗账户资金，具体划拨计算基数和实到账比例见下表：

人员类别	划入基数	到账比例
35 周岁以下	本年度本人基本医疗保险月缴费基数	2%
满 35 周岁至 45 周岁以下		3%
满 45 周岁至退休前		3.8%
退休人员	上年度本市在岗职工月平均工资	4.1%

2. 个人医疗账户支付范围

参保人员可使用个人医疗账户资金支付本人及其亲属的以下费用：

(1) 在本市缴交社会医疗保险费。

(2) 在本市医疗保险定点医疗机构就医发生的、属于个人负担的医疗费用。

(3) 在本市医疗保险定点医疗机构预防接种及体检费用。

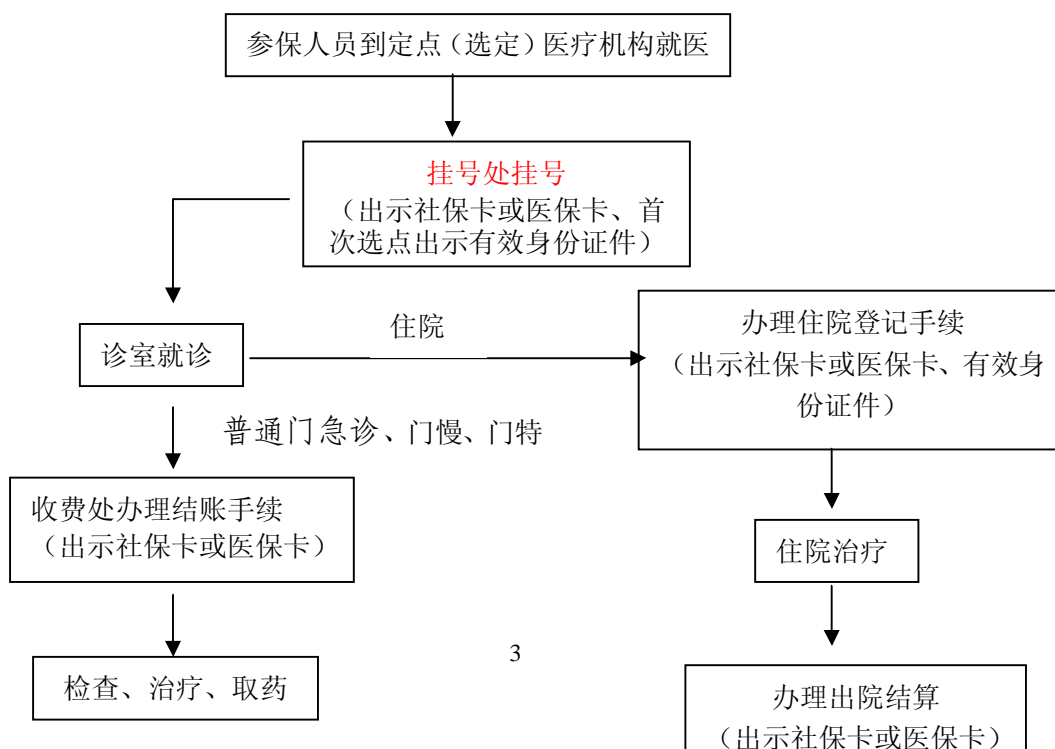
(4) 在本市医疗保险定点零售药店购买药品及医疗用品的费用。

提示：1. 参保人亲属使用参保人个人账户资金支付医疗费、药费时，应向定点医、药机构出示参保人医保凭证及亲属本人有效身份证件以便查核、登记。

2. 参保人应按规定使用个人账户资金，不得采取各种违法违规手段套取个人账户资金。

二、职工医保待遇

(一) 就医流程图



* 首次进行普通门急诊、门慢、门特就医，请按规定办理相关手续。

(二) 享受医保待遇的起始时间

1. 已参加城镇职工医保、灵活就业人员医保并按时足额缴纳医保费的人员，从参保缴费的次月开始享受相应的医保待遇。

2. 用人单位或参保人员不按时缴纳医保费的，在欠缴费用次月起暂不享受医保待遇；在3个月内补缴欠费费用、利息和滞纳金的，可补付延期缴费期间由统筹基金支付的医疗费用，累计缴费年限并将相应金额补划入个人医疗账户；在3个月后补缴费用、利息和滞纳金的，累计缴费年限并补划拨个人医疗账户，不补付医保统筹待遇。参保人员终止医保关系后，在停止缴费的次月，停止享受医保待遇。

提示：参加本市城镇职工医保的灵活就业人员，按本市城镇职工医保规定享受相应的医保待遇。

(三) 普通门诊待遇标准

1. 普通门诊统筹金的筹集标准和办法

人员类别	筹集基数	筹集标准	筹集办法
在职职工	本年度本人基本医疗保险月缴费基数	每人每月1%	从个人医疗账户中划扣
退休人员	上年度本市在岗职工月平均工资		
灵活就业人员	上年度本市在岗职工月平均工资	每人每月1%	从其缴纳的基本医疗保险费中拨转

2. 普通门诊统筹待遇标准

符合普通门诊目录范围内的药费及诊疗费，由普通门诊统筹金按以下标准支付：

人员类别	统筹基金支付比例(%)		统筹基金最高支付限额
	社区卫生服务机构及指定基层医疗机构	其他医疗机构(含指定专科定点机构)	
在职职工	75	55	每人每月300元，当月有效，不滚存、不累计。
退休人员			
灵活就业人员	65	45	

★已办理长期异地就医的城镇职工医保在职职工和退休人员，分别以本年度本人基本医疗保险月缴费基数和上年度本市在岗职工月平均工资为基数，按每人每月2%的标准，由普通门诊统筹金包干支付普通门诊统筹待遇。

3. 就医须知

除在指定的专科医院进行相应专科门诊就医不受选点限制外，参保人应当在本市定点医疗机构办理选点手续，选择1家社区卫生服务机构（或指定基层医疗机构）及1家其他医疗机构，作为门诊选定医疗机构。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，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，原则上本社保年度不予变更。如发生户口迁移、居住地变化、工作单位变动或选定医疗机构资格变化等情形，可携带相关资料到我市医保经办机构办理变更手续。

（5）在职职工和退休人员在办理长期异地就医审批的当月，仍可在定点医疗机构办理普通门诊医疗费用记账结

算，次月 1 日起按长期异地人员就医及结算管理；取消长期异地就医备案的当月，仍按长期异地人员就医及结算管理，次月 1 日起，方可在定点医疗机构办理普通门诊医疗费用记账结算。

（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 **150** 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：

人员类别	统筹基金支付比例（%）		统筹基金最高支付限额
	社区卫生服务机构及指定基层医疗机构	其他医疗机构	
在职职工	85	65	每个病种每月 150 元
退休人员			
灵活就业人员			

（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	指定的二、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				
肾移植术后抗排异治疗				
肝脏移植术后抗排异治疗				
血友病治疗				终身有效
慢性丙型肝炎治疗				六个月(最多登记三次)
重型β地中海贫血治疗				终身有效
慢性再生障碍性贫血治疗				一年
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 (%)	基金每月最高支付限额
	在职职工、 灵活就业人员	退休 人员	在职职工、退休人员、灵 活就业人员	在职职工、退休人员、灵活就 业人员 (元/月)
急诊留观	1600 元/ 社保年度		与参保人在同级别医 疗机构住院的支付比 例一致	
恶性肿瘤化 疗、放疗	无			
尿毒症血透、 腹透				
肾移植术后抗 排异治疗				6000
肝脏移植术后 抗排异治疗				5500
重型β地中海 贫血治疗				3000
血友病治疗				
慢性再生障碍 性贫血治疗				5000
慢性丙型肝炎 治疗				3500
家庭病床	400 元/期	280 元/期	与参保人在一级定点 医疗机构住院的支付 比例一致	

*最高支付限额以上的医疗费用基金不予支付。

*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。

(六) 住院待遇标准

1. 住院医疗费用中，个人应负担以下费用：

- 自费费用；
- 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；
- 超过重大疾病医疗补助金最高支付限额部分的费用。

2. 每次住院起付标准（元）

定点医疗机构等级	在职职工、 灵活就业人员	退休人员
一级	400	280
二级	800	560
三级	1600	1120

※患精神病的参保人员在本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	在职职工、 灵活就业人员		退休人员	
	统筹基金支付	个人自付	统筹基金支付	个人自付
一级	90	10	93	7
二级	85	15	89.5	10.5
三级	80	20	86	14

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

【注意事项】

1. 参保人在办理入院手续时必须出示社保卡或医保卡和有效身份证件。

2. 在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。急诊入院或者由于昏迷等意识不清等情况不能当场出示的，应当在入院 3 日内补办相关手续。因参保人昏迷等原因不能出示的，家属或其他陪同人员应当配合办理相关手续。

3. 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的次日起，所发生费用须个人支付。

4. 出院后因病情需要，符合入院标准可再入院治疗。

5. 住院治疗连续时间每超过 90 天的，须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，须再支付一次起付标准费用。

（七）基本药物待遇标准

凡属于国家、广东省公布的基本药物列入基金支付范围甲类药品，参保人在实施国家基本药物制度并且基本药物零差率销售的定点医疗机构就医所发生的基本药物费用，基金的支付比例在本市医保相应规定标准基础上增加 10%，增加后支付比例最高不超过 95%。

（八）统筹基金年度累计最高支付限额（封顶线）

在一个社会保险年度内，基本医疗保险统筹基金支付在职人员、退休人员、灵活就业人员住院、门诊特定项目和指定慢性病基本医疗费用，累计最高限额标准为上年度本市在岗职工年平均工资的 6 倍，如 2012 年社保年度累计最高支付限额为 344808 元。

（九）重大疾病医疗补助待遇标准

享受重大疾病医疗补助待遇无需申请。参保人员在一个

社保年度内，基本医疗保险统筹基金支付额累计超过最高支付限额（封顶线）后，所发生的住院及门诊特定项目基本医疗费用，由重大疾病医疗补助金按**95%**比例支付，指定慢性病门诊基本医疗费用由重大疾病医疗补助金按相应规定的标准支付，最高支付限额为**15**万元。

（十）补充医疗保险待遇标准

已参加补充医疗保险的参保人员在享受基本医疗保险住院和门诊特定项目待遇的基础上享受补充医疗保险待遇，一个社保年度内属于基本医疗保险统筹基金最高支付限额以下所对应的个人先自付部分费用（不含“三个目录”规定应由个人先自付部分费用），累计**2000**元以上部分由补充医疗保险金支付**70%**。

三、异地就医

（一）异地就医范围

参保人属于以下境内异地就医情形的，可按规定享受相应的职工基本医疗保险待遇：

1. 长期异地就医：参保人在境内同一异地居住、工作或学习**6**个月以上，因病在异地选定的当地医疗保险定点医疗机构（以下简称异地医疗机构）就医。

2. 异地急诊：参保人在境内异地医疗机构急诊住院或急诊留观。

3. 异地转诊：本市参保病人经审批后转外地治疗的。

4. 政策规定的其它异地就医情形。

不属于以上范围异地就医发生的医疗费用，医保基金不予支付。

（二）异地就医管理

1. 长期异地就医，需事前到本市医疗保险经办机构办理异地就医确认手续。长期异地工作、学习的在职参保人由用人单位统一申办，其他参保人由单位或个人办理，选择可在居住地、学习地所属地级市辖区范围内选择 1~3 家的异地医疗机构，作为参保人的异地就医医疗机构。

2. 用人单位及个人申办异地就医时应提供如下资料：

（1）属长期异地居住的应提供：

居住地为户籍所在地的，提供有关户籍证明复印件；居住地属非户籍所在地的，提供居住地所属派出所、街道、居（村）委会出具的连续居住 6 个月以上证明原件或暂住证复印件；

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。

（2）属长期异地工作、学习的应提供：

参保人与用人单位签订的有效劳动合同复印件及《广州市基本医疗保险参保人异地就医申报名册表》或单位外派学习的证明及有关材料（均须加盖单位公章）。

（3）视情况应提供的有关证明材料：

在用人单位异地分支机构工作的，需提供该分支机构的单位组织机构代码证或税务登记证复印件（须加盖单位公章）。

用人单位为非劳务派遣性质，但未在异地设置分支机构的，需提供用人单位项目（施工）合同、有关购置或租赁柜台或房屋的证明（如租柜协议、购房合同、租房合同等）复

印件（须加盖单位公章）等材料，并提供书面情况说明。

用人单位为非劳务派遣性质，异地工作地点变动频繁或无固定异地工作点（如驻外施工、航海等）的，需提供项目（施工）合同、项目立项文件、驻外岗位及人员的证明材料复印件（须加盖单位公章）。

用人单位属劳务派遣性质的，需提供用人单位的营业执照、资质证明材料、与用工单位签订的派遣协议及被派遣人员名单复印件（须加盖用人单位公章），用工单位出具的异地项目合同、用工协议及驻外岗位及人员的证明材料复印件（须加盖单位公章）。

属人力资源服务机构代理用人单位办理社保业务的，相关申请除需按以上规定办理外，还提供用人单位委托该机构代理用人单位办理社保业务的相关资料复印件。

3. 参保人返回本市长期居住、工作，学习结束返回本市或变更参保单位的，应及时到本市医疗保险经办机构办理异地就医注销手续。

4. 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。

5. 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。参保人转市外治疗期间，需再次转诊的，应重新办理转诊手续。

6. 已经办理异地就医确认手续的参保人临时回本市统筹区内就医，在定点医疗机构发生急诊留院观察及急诊住院，符合规定的医疗费用，由参保人先垫付医疗费用再申办

零星医疗费报销，其他医疗费用医疗保险基金不予支付。

7. 已办理门特、门慢待遇确认的参保人，临时回本市统筹区内就医的，零星医疗费报销连续时间不超过6个月。

四、零星报销

通常情况下，参保人应在本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就近到我市医保经办机构办理零星报销手续：

1. 符合异地就医范围的基本医疗费用；

2. 因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；

3. 参保人员确因患病急诊或抢救、以及病情特殊需要，经我市医保经办机构核准，在本统筹区内非本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；

4. 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，参保人应在结算医疗费用后6个月内携带以下资料，到本市医疗保险经办机构办理零星医疗费报销手续：

1. 社会医疗保险凭证正、反面复印件；

2. 财政部门印制的医疗费用专用收据或税务部门印制的发票原件（加盖医疗机构的收费业务用章）；

3. 医疗费用开支明细汇总清单（含项目名称、剂型、剂量、规格及项目单价等）；

4. 就医医疗机构盖章的诊断证明材料；

5. 办理住院医疗费用报销的，应提供住院病历首页、出院小结复印件（加盖医疗机构病历档案管理专用章）；

6. 根据市医疗保险经办机构核报医疗费用的需要而要求参保人提供的材料。

经审核结算后，属于基本医疗保险基金支付的费用将直接拨付到参保人社会医疗保险凭证中个人银行结算账户。超过1年未办理零星医疗费报销手续的，基本医疗保险基金不予支付。

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、诊疗项目，个人先自付费用比例如下：

（一）使用《广东省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2010年版）》和《广东省基本医疗保险普通门诊统筹用药范围》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）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疗费用记账或零星报销手续。

（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医疗保险待遇的，由社会保险行政部门责令退回骗取的医疗保险金，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）本指南适用于我市城镇职工医保、城镇灵活就业人员医保参保人员。

（二）本指南涉及的年度，除特别注明外，均指社会保险年度，即当年7月1日至次年6月30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、审批等事项一般均可由医疗机构通过系统直接办理，参保人无需亲临医保经办机构。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）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	窗口对外服务时间
市医保局 越秀分局	越秀区梅东路 28 号 4-6 楼	周一至周五 9: 00 ~ 17: 00 周六 9: 00 ~ 12: 00
市医保局 海珠分局	海珠区新港西路千禧一街 2-4 号首层	周一至周五 9: 00 ~ 17: 00
市医保局 荔湾分局	荔湾区花地大道中 89 号芳村金融大厦二楼	周一至周五 9: 00 ~ 17: 00
市医保局 天河分局	天河区龙口东路 358 号天诚广场二楼	周一至周五 9: 00 ~ 17: 00
市医保局 白云分局	白云区景云路 38 号首层自编 05 号	周一至周五 9: 00 ~ 17: 00
市医保局 黄埔分局	黄埔区大沙东路 311 号	周一至周五 9: 00 ~ 17: 00
市医保局 南沙分局	南沙区环市大道中 17 号三楼	周一至周五 9: 00 ~ 12: 00 14: 00 ~ 17: 00
市医保局 萝岗分局	广州经济技术开发区志诚大道 331 号	周一至周五 9: 00 ~ 12: 00 14: 00 ~ 17: 00
花都区 医保办	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	周一至周五 8: 30 ~ 12: 00 14: 30 ~ 17: 30
番禺区 医保办	番禺区市桥街平康路 48 号 3 号楼 5 楼	周一至周五 8: 30 ~ 12: 00 14: 30 ~ 17: 30
从化市 医保中心	从化市新城东路 54 号	周一至周五 8: 30 ~ 12: 00 14: 30 ~ 17: 30
增城市 医保中心	增城市荔城街荔兴路 18 号广发银行 5-6 楼	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。

广州市医疗保险服务管理局

二〇一二年九月编印