

广州市城乡居民社会医疗保险

就医指南

(2016 年度 第二版)

(城乡居民篇)

广州市医疗保险服务管理局

2016 年 10 月 编印

前言：

本指南适用于参加我市城乡居民医保的在校中小學生、未成人、灵活就业人员、非从业人员以及老年居民。

一、医保凭证

（具有医保功能的）广州市社会保障卡（简称社保卡）与广州市社会医疗保险磁条卡（简称医保卡）均可作为参保人就医、办理医保有关业务的凭证，统称医保凭证。

（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、性别等信息。如信息有误，请尽快按规定到相应的医保、社保经办机构办理资料核查或变更事宜。资料变更后，参保人根据所持卡类型不同，到以下对应机构办理相关业务：

社保卡：持该卡类型的参保人，可凭原社保卡、本人有效身份证件及复印件、医保经办机构出具的《个人资料变更确认表》到广州市社会保障卡服务中心指定服务网点办理重制卡业务；

医保卡：持该卡类型的参保人，可凭原医保卡、本人有效身份证件及复印件、医保经办机构出具的《个人资料变更确认表》到医保卡服务银行任一服务网点，根据银行相关要求办理重制卡。

（二）社保卡或医保卡的使用

1.参保人在定点医疗机构办理就医登记时必须出示社保卡或医保卡，在其出示有效医保凭证前，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，应当在入院3日内补办示证手续。

备注：参保人符合国家、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》或卫生计生行政部门出具的计划内生育审批证明。

2.社保卡或医保卡挂失

社保卡挂失、补卡等相关业务，可到广州市社会保障卡服务中心服务网点办理（详情可查询社保卡服务网站<http://card.gz.gov.cn>，或参阅《广州市社会保障卡使用手册》）。

医保卡挂失、密码挂失、损坏卡重制等相关业务，到相应医保服务银行广州市内相应协议银行任一营业网点办理。

社保卡或医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。

3.参加城乡居民医保的参保人，不建立个人账户，没有个人账户资金划入社保卡或医保卡。

4. 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账或费用报销。

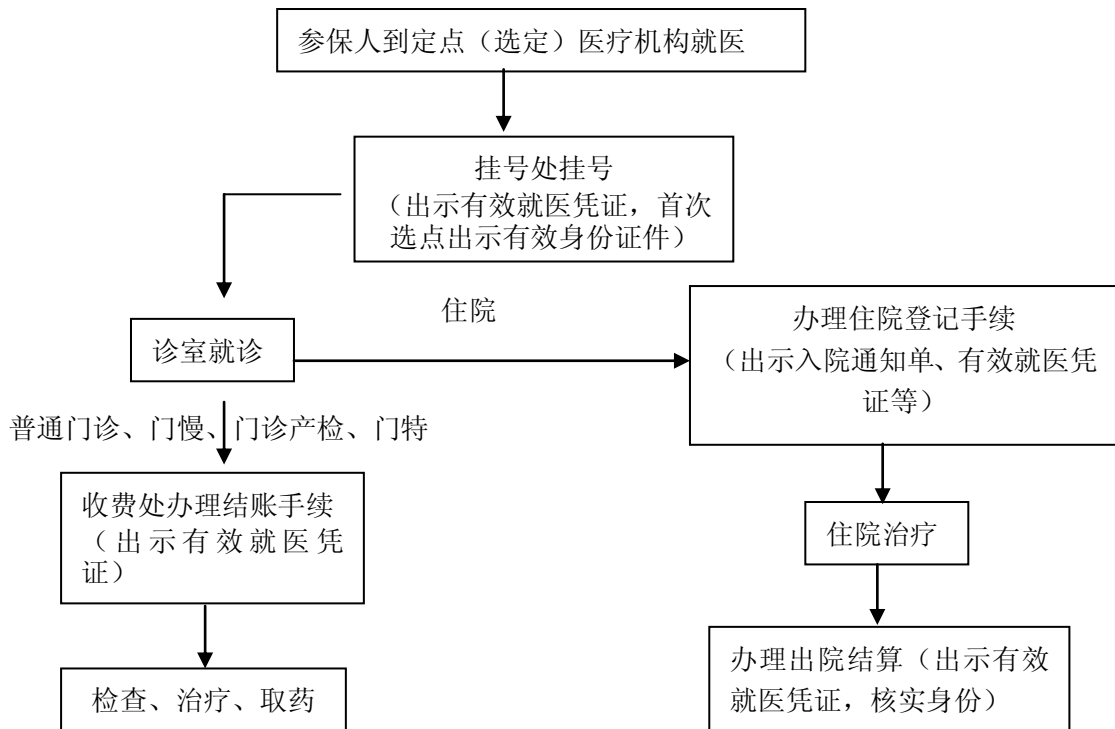
5.（1）社保（医保）卡银行服务电话：光大银行：95595；农业银行：87611191；广州银行：4008396699；广发银行：82632000；中国银行：95566；交通银行：95559；工商银行：95588；建设银行：95533；招商银行：38999789；广州农商银行：95313。

(2) 上述银行各区社保卡业务主办网点和咨询电话可在广州医保管理网—“办事指南”—“社保卡业务”下查看，网址：

<http://www.gzyb.net/files/html/output/bszn/ylbx/sbkyw/column1.html>

(3) 广州市社会保障卡服务中心统一服务电话：12343。

二、就医流程



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

三、城乡居民医保待遇标准

参保人可按规定享受普通门诊（含门诊急诊，下同）、住院、门诊指定慢性病、门诊特定项目、指定单病种以及符合计划生育政策规定的生育医疗待遇。

（一）普通门诊待遇标准

参保人在选定的定点医疗机构进行门诊就诊，发生的属于本市社会医疗保险普通门诊药品目录范围内的基本医疗**药费**，由统筹基金按以下规定支付：

人员类别	统筹基金支付比例		年度最高支付限额
	基层选定医疗机构（简称“小点”）	其他选定医疗机构（简称“大点”）和指定专科医疗机构	
未成年人及在校学生	80%	40%（直接就医） 50%（经“小点”转诊）	1000 元/人
其他居民	60%	/	600 元/人

参保人在**实施国家基本药物制度的基层社区医疗机构**门诊就医，一般诊疗费由统筹基金按 70% 比例支付。

1. 普通门诊选点流程

（1）**未成年人及中小學生**：应选择 1 家“小点”及 1 家“大点”作为其普通门诊就医的选定医疗机构。在指定的专科医疗机构进行相应专科门诊就医不受选点限制。在选择 1 家“大点”作为普通门诊就医的选定医疗机构前，须先选择 1 家“小点”作为普通门诊就医的选定医疗机构。

（2）**其他城乡居民**：可选择 1 家“小点”作为其普通门诊就医的选定医疗机构。

备注：

由集体经济组织（或村委会）办理参保缴费的**城乡居民**（含按此种方式参保的未成年人及中小學生），首次参加城乡居民医保后，默认选定其参保缴费所在地的镇村卫生服务一体化基层定点医疗机构为其普通门诊就医的“小点”。其他参保人需自行办理“小点”选点。

参保人选定镇村卫生服务一体化基层定点医疗机构为其普通门诊就医的“小点”的，还可在此“小点”的城乡居民医保普通门诊医疗服务网点进行普通门诊就医和记账结算。

2. 普通门诊改点流程

在一个城乡居民医保年度（指每年1月1日到12月31日，下同）内，参保人未在选定的定点医疗机构发生普通门诊记账医疗费用，需变更选定定点医疗机构的，可到将选定的定点医疗机构办理改点并由参保人签字确认。

参保人在选定的定点医疗机构成功就医结算1次后，在1个城乡居民医保年度内原则上不予变更选定医疗机构。但如参保人发生户口迁移、居住地变化、工作单位流动、学籍改变、转学升学或者因定点医疗机构资格变化等情形需变更选定定点医疗机构的，可携带相关证明资料到医保二级经办机构办理变更手续并由参保人签字确认。

（二）门诊指定慢性病待遇标准

目前，广州市**社会医疗保险**门诊指定慢性病病种有以下20种：

阿尔茨海默氏病、癫痫、肝硬化、高血压病、冠状动脉粥样硬化性心脏病、类风湿关节炎、慢性肾功能不全（非透

析)、慢性肾小球肾炎、慢性心力衰竭(心功能Ⅲ级以上)、慢性阻塞性肺疾病、脑血管病后遗症、帕金森病、强直性脊柱炎、糖尿病、膝关节骨性关节炎、系统性红斑狼疮、心脏瓣膜替换手术后抗凝治疗、炎症性肠病(溃疡性结肠炎、克罗恩病)、支气管哮喘、重性精神疾病(精神分裂症、分裂情感性障碍、偏执性精神病、双相情感障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞)。

参保人患有上述门诊指定慢性病的,须经具备诊断资格的医保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,发生的相应专科药品目录范围内的基本医疗**药费**,统筹基金支付标准如下:

定点医疗机构类别	统筹基金支付比例	统筹基金最高支付限额	备注
基层医疗机构	70%	50元/病种·月,不滚存,不累计	参保人最多可选择其中3个病种享受医保待遇
其他医疗机构	50%		

(三) 门诊特定项目待遇标准

统筹基金支付门诊特定项目基本医疗费用,应当符合我市社会医疗保险门诊特定项目药品目录及诊疗项目范围。

1. 门诊特定项目的类别及登记

除急诊留观外,其余项目都须经登记,一般情况下,登

记业务都在定点医疗机构完成。

项目类别	就医地点	确诊与登记	登记有效期
尿毒症透析	指定的 定点医疗机构	在可开展相应项目的指定定点医疗机构办理	一年
恶性肿瘤化疗、放疗及期间的辅助治疗			一年
肾脏、肝脏、心脏、肺脏、骨髓移植术后抗排异治疗			一年
血友病治疗			终身有效
慢性再生障碍性贫血治疗			一年
重型β地中海贫血治疗			一年
慢性丙型肝炎治疗			累计 18 个月
慢性乙型肝炎治疗			一年
小儿脑性瘫痪治疗			一年
耐多药肺结核治疗			一年
艾滋病病毒感染治疗			一年
急诊留院观察	二、三级 定点医疗机构	无需指定医疗机构确诊并审核确认	/
家庭病床	指定的 定点医疗机构	在可开展相应项目的指定定点医疗机构办理	3 个月

*未经指定定点医疗机构确诊并审核确认的门诊特定项目医疗费用，与所确诊的门诊特定项目不相关的医疗费用，以及在非选定医院就医发生的门诊特定项目基本医疗费用，统筹基金不予支付。

*经确认的参保病人须在指定定点医疗机构中选定 1 家作为本人相应门诊特定项目治疗的选定医院。选定医院一经

确定，原则上一个年度内不得变更。但参保病人确因病情需要及居住地迁移等情形需要变更选定医院的，可到医保经办机构办理变更手续。

2. 门诊特定项目待遇标准

家庭病床按一级定点医疗机构住院的支付比例，其余门诊特定项目的统筹基金支付比例与对应级别的住院支付比例一致。

门诊特定项目类别	起付标准	每月最高支付限额
尿毒症透析	无	/
恶性肿瘤化疗、放疗及期间的辅助治疗		/
肾脏、肝脏、心脏、肺脏、骨髓移植术后抗排异治疗		6000 元
血友病治疗		/
慢性再生障碍性贫血治疗		6000 元
重型 β 地中海贫血治疗		3000 元
慢性丙型肝炎治疗		3500 元
慢性乙型肝炎治疗		420 元
小儿脑性瘫痪治疗		560 元
耐多药肺结核治疗		560 元
艾滋病病毒感染治疗		560 元
家庭病床		300 元/期
急诊留院观察	1000 元/次·年度	/

*最高支付限额以上费用统筹基金不予支付。

*急诊留观直接转入本院住院治疗的，急诊留观的医疗费用并入住院费用一并结算。

*家庭病床起付标准每 90 日计算一次。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。

（四）门诊接种狂犬疫苗待遇

门诊接种狂犬疫苗，统筹基金按参保人相应的住院基本医疗保险费用支付比例支付，不设起付标准，每人每年最高支付200元。

（五）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1家进行产前门诊检查。统筹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，统筹基金按如下比例支付：

定点医疗机构	基金支付比例	基金支付限额
个人选定1家 生育保险定点医院	50%	300元/孕次

（六）住院待遇标准

1. 住院医疗费用中，个人应负担费用

自费费用；

医保药品、诊疗项目、医保服务设施三个目录范围内，规定由参保人员先自付部分比例以及超限额标准的费用；

起付标准及以下费用；

共付段自付费用；

超出住院检验检查费限额部分的费用；

统筹基金年度累计最高支付限额以上的费用。

2. 参保人每次住院基本医疗保险费用统筹基金的起付标准、共付段统筹基金支付比例为：

医院级别	起付标准	共付段统筹基金支付比例	
		未成年人及中小学生	其他居民
一级	300 元	85%	85%
二级	600 元	75%	70%
三级	1000 元	65%	55%

3. 住院床位费每床日结算标准

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

4. 住院检验检查费限额

定点医疗机构 级别	一级	二级	三级
	限额标准	500 元	1000 元

备注：

- (1) 重新计算起付线的，重新计算住院检验检查费限额。
- (2) 因精神病在本市精神病专科医院或指定综合性医疗机构精神病专区住院治疗的，不设检验检查费用最高支付限额。

5. 注意事项

- (1) 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 天的，须再支付一次起付标准费用。因精神病在本市精

神病专科医院或指定综合性医疗机构精神病专区住院治疗的，无需支付起付标准。

(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的次日起，所发生费用须由个人支付。

(3) 出院后因病情需要，符合入院标准的可再次入院治疗，与出院时间长短无关。

(4) 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，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。

(七) 基本药物待遇标准

参保人在实施国家基本药物制度的基层社区医疗机构就医，使用基本药物发生的费用，城乡居民医保统筹基金的支付比例在相应规定标准基础上增加 10%。

(八) 统筹基金年度累计最高支付限额

参保人住院、指定单病种、门诊特定项目、门诊指定慢性病、普通门诊以及符合计划生育政策规定的生育医疗费用，统筹基金年度累计最高支付限额为缴费基数 6 倍。2016 城乡居民医保年度统筹基金最高支付限额为 18.19 万元。

四、个人自付费用比例

参保人使用社会医疗保险乙类药品、特殊诊疗项目及特殊医用材料，个人先自付费用比例如下：

项目类别	个人先自付比例
乙类药品	15%

治疗项目	20%
检查项目	30%
可单独收费的一次性医用材料	30%
安装各种人造器官和体内置放材料	50%

五、大病保险待遇

参保人无需另行缴费，还可在享受城乡居民医保待遇基础上享受大病保险待遇：

（1）参保人住院或门特治疗发生的基本医疗费用中，属于城乡居民医保统筹基金最高支付限额以下所对应的个人自付医疗费用，全年累计超过 1.8 万元以上部分由大病保险资金支付 50%。

（2）参保人住院或进行门特治疗发生的基本医疗费用，全年累计超过城乡居民医保统筹基金最高支付限额以上部分，由大病保险资金支付 70%。

（3）参保人连续参保不满 2 年的，年度最高限额为 12 万元；连续参保 2 年以上不满 5 年的，年度最高支付限额为 15 万元；连续参保满 5 年的，年度最高支付限额为 18 万元（连续参保首年计算时间为 2015 年）。

六、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城乡居民社会医疗保险待遇：

1.长期异地就医：参保人在境内(不含香港、澳门、台湾

地区，以下简称境内)同一异地居住 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.学生异地就医：在校学生休假、因病休学期间，回到户籍所在地；或在异地分校学习、实习期间在异地医疗机构就医。

4.异地转诊：本市参保病人经审批后转外地治疗的。

5.政策规定的其它异地就医情形。

（二）异地就医管理

1.长期异地就医，需事前办理异地就医确认手续。参保人可在居住地、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.属长期异地居住的，参保人申办异地就医时应提供如下资料：

（1）填写完整的《广州市社会医疗保险异地就医记录册》；

（2）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；

（3）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。

3.参保人返回本市长期居住或学习结束的，或因情况变

化已不符长期异地就医条件的，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。

（三）异地就医待遇

1. 经审批同意的异地就医参保人符合规定的基本医疗费用，由本市医疗保险经办机构按本市社会医疗保险有关标准给予相应的待遇。

2. 参保人未经确认的长期异地就医、异地转诊发生住院、门诊特定项目和门诊指定慢性病的基本医疗费用，统筹基金按35%比例支付，相应的起付标准为1000元。

七、零星医疗费报销

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。

（一）办理零星报销范围

- 1.符合异地就医范围的基本医疗费用；
- 2.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；
- 3.参保人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；
- 4.符合医疗保险政策规定的其他特殊情况。

（二）零星报销所需资料

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.医保凭证正、反面复印件；
- 2.财税部门印制的医疗费用收据或发票原件（须加盖医疗机构收费业务专用章；须有参保人或家属签名）；
- 3.医疗费用开支明细汇总清单（如为手写明细清单，需加盖医疗机构收费业务专用章）；
- 4.不同就医类型的基本资料

（1）办理住院医疗费用报销的，应提供疾病诊断证明、出院小结、住院病案首页（或入院记录）等住院病历复印件

（需加盖医疗机构病历档案管理专用章或住院业务专用章）；

（2）办理急诊留观医疗费用报销的，应提供急诊留观病历复印件（需提供原件校验）；

（3）办理普通门（急）诊费用报销的，应提供门诊病历封面及当次费用病历记录页复印件（提供原件校验，记录页中详细记录有姓名、性别等基本信息的可不提供首页）；

（4）办理产前门诊检查费用报销的，应提供产前门诊检查病历封面及当次费用病历记录页复印件，或提供《广州市孕产妇保健系统管理手册》封面及当次就诊记录页复印件及准生证复印件；

（5）办理门特（急诊留观除外）、门慢费用报销的，需出示已申请相应待遇的证明材料原件或复印件。

5.根据市医保经办机构核报医疗费用的需要而要求参保人提供的其他材料，具体要求参见广州医保管理网。

（三）拨付

经审核结算后，属于城乡居民医保基金支付的费用将直接拨付到参保人医保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，城乡居民医保基金不予支付。

八、就医管理

（一）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。

（二）参保人在患病住院治疗期间，不得同时享受普通门诊统筹待遇；参保人享受门诊特定项目、门诊指定慢性病统筹待遇的部分，统筹基金不再重复支付普通门诊统筹待

遇。

(三) 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。

(四) 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，处以违法行为涉及金额二倍以上五倍以下的罚款；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

九、温馨提示

(一) 本指南所称的基本医疗费用，是指属于基本医疗保险用药范围、诊疗项目范围、医疗服务设施范围和支付标准的医疗费用，但不含个人按照规定比例先自付的费用以及超限额标准的费用。

(二) 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：www.hrssgz.gov.cn

广州医保管理网：www.gzyb.net

广州医保管理网互动平台：

<http://www.gzyb.net/volunteer/index.html>

2. 广州 12345 政府服务热线：（020）12345

3. 亲临我市医保二级经办机构

医保经办机构名单	服务地址
市医保局越秀分局	越秀区梅东路 28 号 4-5 楼
市医保局海珠分局	海珠区昌岗中路 74 号二楼
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
市医保局天河分局	天河区龙口东路 358 号天诚广场二楼
市医保局白云分局	白云区新达路 55 号首层

市医保局黄埔分局	黄埔区大沙东路311号
市医保局南沙分局	南沙区凤凰大道1号广州南沙政务服务中心三楼
市医保局萝岗分局	黄埔区香雪二路2号保利香雪商务大厦三楼
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
番禺区医保办	番禺区市桥街平康路48号3号楼5楼
从化区城乡居民 医保中心	从化区新城东路54号
增城区医保中心	增城区荔城街荔兴路18号广发银行5-6楼

对外服务时间（法定节假日除外）：

1.市医保局各分局：星期一~星期五：上午9:00~12:00、下午14:00~17:00，中午12:00~14:00（值班服务）（其中，南沙分局为星期一~星期五：上午9:00~12:00、下午13:00~17:00，星期五下午15:30~17:00内部学习时间，不对外办公；越秀分局星期六上午9:00~12:00值班服务。）；

2.花都、番禺区、从化区及增城区医保经办机构：星期一~星期五：上午8:30~12:00、下午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。



广州医保官方微信



广州医保官方微信