

广州市职工社会医疗保险

就医指南



前言

本指南适用于广州市职工社会医疗保险（简称职工医保）参保人。

一、社会医疗保险凭证

具有医保功能的广州市社会保障卡（简称社保卡）、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、办理社会医疗保险有关业务的凭证，统称社会医疗保险凭证（简称医保凭证）。有关社保卡申领、制卡、发卡、挂失重制等相关业务可拨打24小时热线12343、12345进行咨询或关注广州市社会保障卡微信公众号、支付宝生活号“广州社保卡_市民卡”了解相关信息。医保卡丢失后，可到社保卡银行服务网点申请换发社保卡。

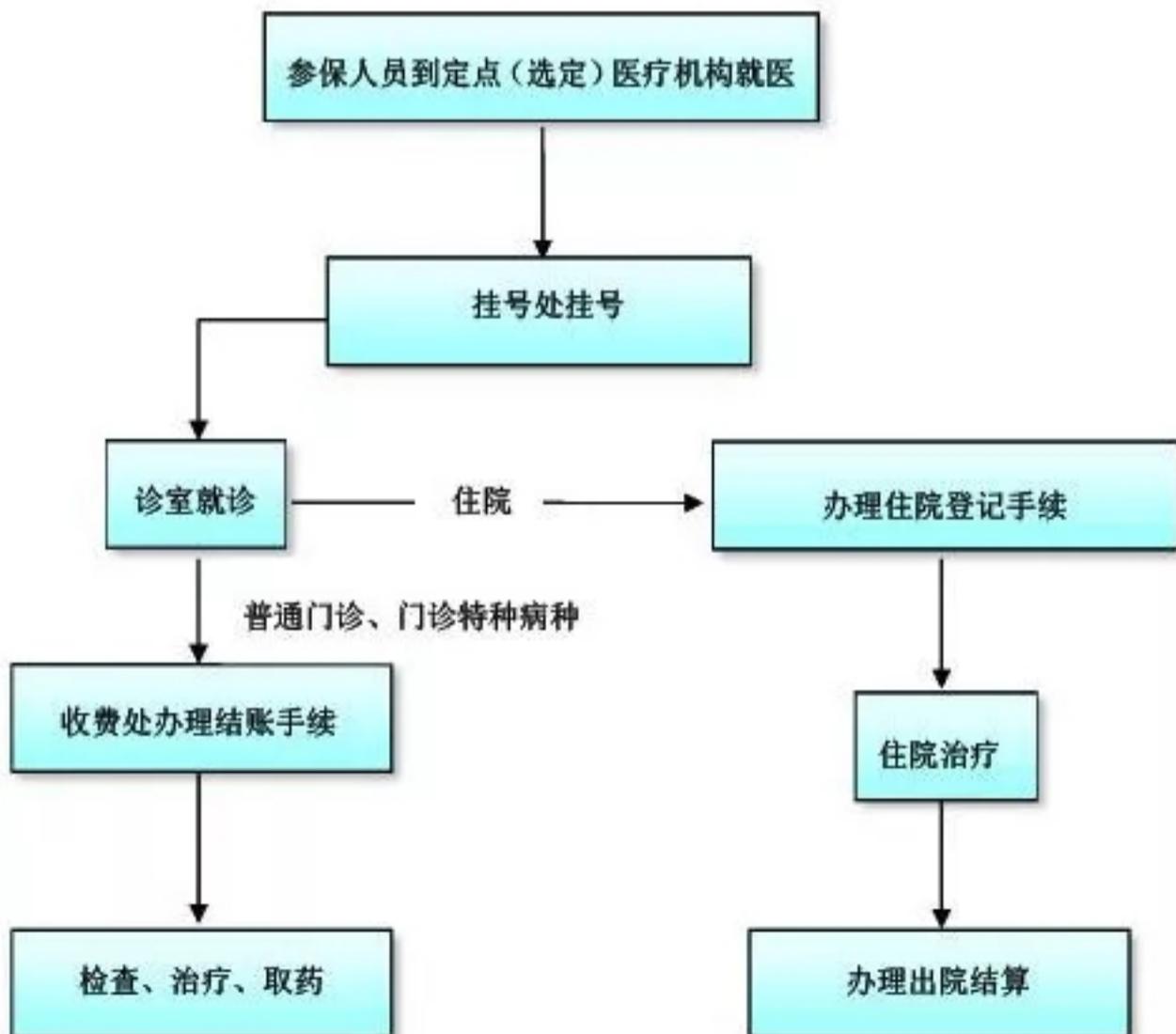
注意事项：

1. 参保人在我市社会保险定点医疗机构（简称定点医疗机构）就医时须出示有效的医保凭证。在出示有效的医保凭证前，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，家属或其他陪同人员应当配合办理相关手续。

2. 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、费用报销。

二、就医流程



*参保人在医保就医过程中，应出示有效医保凭证，并配合定点医疗机构进行身份核实。

*首次进行普通门诊（含急诊，下同）、门诊特定病种就医，请按规定办理相关手续。

*新参保制发医保凭证期间，参保人员可凭有效身份证件在本市定点医疗机构就医及办理医疗费用结算。

三、医保待遇享受起始时间

（一）按时足额缴纳职工医保费的参保人，从缴费次月开始享受相应的职工医保待遇。

（二）失业人员按照规定从领取失业保险金的当月开始享受相应的职工医保待遇。

（三）职工医保参保人在停止缴费的次月，停止享受职工医保待遇，但个人账户余额可以继续使用。

（四）用人单位未按照规定为职工参保的，补缴应缴费用、利息和滞纳金后，职工医保累计参保人缴费年限，不补付职工医保待遇，期间参保人应当享受的职工医保待遇由负有缴费义务的用人单位承担。

（五）1. 用人单位未按时缴纳职工医保费的，从欠缴次月起，参保人暂不享受职工医保待遇。

2. 用人单位在欠缴之日起3个月内（从开始欠缴之月起连续计算至补缴上月止，下同）补缴欠缴费用、利息和滞纳金的，延缴期间应当由统筹基金支付的医疗费用可以补付，参保人缴费年限可以累计，相应金额补划至个人账户。

3. 用人单位在欠缴之日起3个月后补缴欠缴费用、利息和滞纳金的，参保人缴费年限可以累计，职工医保待遇不予补付（含个人账户拨付待遇），期间参保人应当享受的职工医保待遇由负有缴费义务的用人单位承担。

提示：参保人员个人未按时缴纳职工医保费的，不予补缴，期间参保人应当享受的职工医保待遇由负有缴费义务的个人承担。

四、医保待遇标准

职工医保参保人按照规定享受普通门诊、住院、门诊特定病种、指定单病种及个人账户待遇。

（一）普通门诊待遇标准

参保人按规定办理选点手续后，到选定定点医疗机构门诊就医，符合普通门诊目录范围内的药费及诊疗费用，统筹基金按以下比例支付：

基层医疗机构		其他医疗机构和指定专科医疗机构		统筹基金最高支付限额
规定标准	实施基药制度且零差率销售的药品	未经转诊	经转诊	
80%	88%	45%	55%	300元/人·月 不滚存、不累计

★已办理长期异地就医的职工医保在职职工和退休人员，分别以本人职工医保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，由统筹基金包干支付普通门诊统筹待遇。

1. 普通门诊就医管理

(1) 参保人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。

(2) 参保人到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诊基本医疗费用，统筹基金不予支付。

(3) 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。

2. 普通门诊统筹选点、改点规定

(1) 普通门诊选点

参保人应当在本市定点医疗机构中，选择1家基层医疗机构（简称“小点”）作为其普通门诊就医的定点医疗机构；选定“小点”后，可以在本市定点医疗机构中再选择1家其他医疗机构（简称“大点”）作为其普通门诊就医的定点医疗机构。

(2) 普通门诊选点确认

参保人凭医保凭证及有效身份证件办理选点确认手续时，由定点医疗机构在医疗保险信息系统上为参保人办理选点登记，并在门诊病历上书面注明该医疗机构为其选定医疗机构，参保人或家属签字确认并登记姓名、联系电话。

参保人原已办理选点手续且新自然年度不需改点的，无需重新办理选点，可直接进行门诊就医记账结算（医保信息系统自动按规定确认参保人续点）。

(3) 普通门诊改点

在新自然年度内，参保人未在原选定医疗机构发生普通门诊统筹记账医疗费用的，可到拟改选的定点医疗机构办理改点手续。

参保人在选定的定点医疗机构成功就医结算1次后，原则上本自然年度不予变更选点。但确因病情需要、在年度内发生户口迁移、居住地变化、变动工作单位或因定点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。

(二) 一类门诊特定病种待遇标准

目前，广州市一类门诊特定病种有以下27种：

序号	分类	病种名称	统筹基金最高支付限额	审核确认有效期
1	一类	高血压病	200元/月	长期
2	一类	糖尿病	200元/月	长期
3	一类	高脂血症	200元/月	长期
4	一类	冠状动脉粥样硬化性心脏病	200元/月	长期
5	一类	慢性心力衰竭（心功能Ⅲ级以上）	200元/月	长期
6	一类	脑血管病后遗症	200元/月	长期
7	一类	支气管哮喘	200元/月	长期
8	一类	慢性阻塞性肺疾病	200元/月	长期
9	一类	心脏瓣膜替换手术后抗凝治疗	200元/月	长期
10	一类	类风湿关节炎	200元/月	长期
11	一类	骨关节炎	200元/月	长期
12	一类	甲状腺功能减退症	200元/月	长期
13	一类	银屑病	200元/月	长期
14	一类	肝豆状核变性病（铜代谢障碍）	200元/月	长期
15	一类	淋巴结核	200元/月	长期
16	一类	肌萎缩侧索硬化症	200元/月	长期
17	一类	系统性红斑狼疮	400元/月	长期
18	一类	帕金森病	400元/月	长期
19	一类	阿尔茨海默氏病	400元/月	长期
20	一类	癫痫	400元/月	长期
21	一类	慢性肾功能不全（非透析）	400元/月	长期
22	一类	慢性肾小球肾炎	400元/月	长期
23	一类	肝硬化	400元/月	长期
24	一类	强直性脊柱炎	400元/月	长期
25	一类	溃疡性结肠炎	400元/月	长期
26	一类	克罗恩病	400元/月	长期
27	一类	普拉德-威利综合征	400元/月	长期

参保人患有上述一类门诊特定病种的，经指定定点医疗机构确诊并审核确认后，可在具备治疗资格的定点医疗机构门诊就医，属于一类门诊特定病种相应的门诊专科药品目录范围内的药费及一般诊疗费，由基金按规定比例支付，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	基层医疗机构		其他医疗机构和指定专科医院
	规定标准	实施基药制度且零差率销售的药品	
在职职工	85%	93.5%	65%
退休人员			

(三) 二类门诊特定病种待遇标准

统筹基金支付二类门诊特定病种基本医疗保险费用，应当符合我市社会医疗保险二类门诊特定病种药品目录及诊疗项目目录范围。

1. 二类门诊特定病种的类别及审核确认

除急诊留观外，其余病种都须经审核确认，一般情况下，审核确认业务都在定点医疗机构完成。

序号	分类	病种名称	统筹基金最高支付限额	审核确认有效期
1	二类	分裂情感性障碍	500元/月	长期
2	二类	精神发育迟滞	500元/月	长期
3	二类	精神分裂症	500元/月	长期
4	二类	偏执性精神病	500元/月	长期
5	二类	双相情感障碍	500元/月	长期
6	二类	癫痫所致精神障碍	500元/月	长期
7	二类	慢性乙型肝炎	600元/月	两年
8	二类	心房颤动抗凝治疗	600元/月	两年
9	二类	艾滋病病毒感染	800元/月	长期
10	二类	恶性肿瘤镇痛治疗(非化学治疗、生物靶向药物治疗、放射治疗期间)	800元/月	两年
11	二类	活动性肺结核	800元/月	一年
12	二类	耐多药肺结核	800元/月	两年
13	二类	重型β地中海贫血	3000元/月	两年
14	二类	慢性丙型肝炎	3500元/月	6个月
15	二类	慢性再生障碍性贫血	6000元/月	两年
16	二类	肺脏移植术后抗排异治疗	6000元/月	两年
17	二类	肝脏移植术后抗排异治疗	6000元/月	两年
18	二类	骨髓移植术后抗排异治疗	6000元/月	两年
19	二类	肾脏移植术后抗排异治疗	6000元/月	两年
20	二类	心脏移植术后抗排异治疗	6000元/月	两年
21	二类	多发性硬化症	7100元/月	两年
22	二类	湿性年龄相关性黄斑变性	18000元/年	两年
23	二类	恶性肿瘤放射治疗	无	两年
24	二类	恶性肿瘤化学治疗(含生物靶向药物治疗)	无	两年
25	二类	恶性肿瘤辅助治疗(放射治疗、化学治疗及生物靶向药物治疗期间)	无	两年
26	二类	尿毒症腹膜透析治疗	无	两年
27	二类	尿毒症血液透析治疗	无	两年
28	二类	血友病	无	长期
29	二类	家庭病床	无	90天
30	二类	急诊留院观察	无	—

*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病种治疗的定点医疗机构（以下简称选定医院）。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，可到医疗保险经办机构办理变更手续。其中，分裂情感性障碍、精神发育迟滞、精神分裂症、偏执性精神病、双相情感障碍、癫痫所致精神障碍、急诊留院观察治疗不受选点限制。

*未经指定定点医疗机构确诊并审核确认的门诊特定病种医疗费用，与所确诊的门诊特定病种不相关的医疗费用，以及在非选定定点医疗机构就医发生的门诊特定病种基本医疗费用，统筹基金不予支付。

2. 二类门诊特定病种待遇标准

(1) 急诊留院观察起付标准按参保病人在三级定点医疗机构住院起付标准确定，每一保险年度计算1次。急诊留院观察起付标准以上基本医疗费用按参保病人相应的住院基本医疗费用的支付比例确定。

急诊留院观察后直接转入本院住院治疗的，其医疗费用并入住院医疗费用中，统一按相应的住院标准结算。

(2) 家庭病床起付标准按参保病人在一级定点医疗机构住院起付标准确定，每90日计算1次。家庭病床起付标准以上基本医疗费用按参保病人相应的一级定点医疗机构住院基本医疗费用的支付比例确定。

(3) 其他二类门诊特定病种不设起付标准，按参保病人相应的住院基本医疗费用的支付比例确定。

*重组人凝血因子IX纳入血友病门诊特定病种药品目录，按不高于每人每年250000元（含250000元）的标准纳入本市社会医疗保险统筹基金支付范围。

*最高支付限额以上费用统筹基金不予支付。

(四) 门诊诊查费待遇标准

职工医保参保人按社会保险相关就医管理规定在指定定点医疗机构（名单公布于广州市医疗保障局政府网页）门诊就医时，每诊次发生的“门诊诊查费”（包括普通门诊诊查费、急诊诊查费、专家门诊诊查费，下同）纳入社会保险基金支付范围，支付限额标准为每人每诊次最高7元，不足7元按实际发生金额支付，超出部分社会保险基金不予支付。“门诊诊查费”不纳入参保人员的普通门诊、门诊特定病种相应待遇限额计算。

(五) 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。
- 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	退休人员
一级	400	280
二级	800	560
三级	1600	1120

3. 共付段基金支付比例

人员类别	一级医院		二级医院		三级医院
	规定标准	实施基药制度且零差率销售的药品	规定标准	实施基药制度且零差率销售的药品	
在职职工	90%	95%	85%	93.5%	80%
退休人员	93%	95%	89.5%	95%	86%

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	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

【注意事项】

1. 连续住院治疗时间每超过90天的，需再支付一次起付标准费用。（在专科定点医疗机构连续住院治疗结核病的，每超过180天，需再支付一次起付标准费用）

2. 住院治疗后符合出院标准的，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，所发生费用需个人支付。

3. 出院后因病情需要，符合入院标准可再入院治疗，与出院时间长短无关。

4. 患精神病的参保人在本市职工医保指定精神病专科医疗机构或精神病专科病区住院治疗的，不设起付标准。

（六）统筹基金年度累计最高支付限额（封顶线）

在一个职工医保年度内，统筹基金支付在职人员、退休人员普通门诊、住院、门诊特定病种及指定单病种就医发生的符合规定范围内的医疗费用，累计最高限额为上年度本市在岗职工年平均工资的6倍，如2019年度最高支付限额为671034元（上年度本市在岗职工年平均工资为111839元）。

（七）职工重大疾病医疗补助待遇标准

在一个职工医保年度内，统筹基金支付额累计超过最高支付限额（封顶线）后，参保人所发生的住院及二类门诊特定病种基本医疗费用，由重大疾病医疗补助基金按95%比例支付，一类门诊特定病种、普通门诊基本医疗费用由重大疾病医疗补助基金按相应规定的标准支付，累计最高支付限额为上年度本市在岗职工年平均工资的3倍，如2019职工医保年度的标准为335517元。

（八）职工补充医疗保险待遇标准

足额缴纳职工补充医疗保险费的参保人，从缴费次月开始享受职工补充医疗保险待遇。

在一个职工医保年度内，职工补充医疗保险参保人因病住院或者进行二类门诊特定病种治疗发生的符合规定范围内的医疗费用中，属于统筹基金最高支付限额以下所对应的个人自付医疗费用，累计2000元以上部分由职工补充医疗保险金支付70%。

五、个人自付费用比例

参保人使用社会医疗保险属于乙类的药品、诊疗项目及医用材料，个人先自付费用比例如下：

乙类项目类别	个人先自付比例
药品	5%
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、异地就医

（一）异地就医范围

参保人属于以下在本市统筹区以外的境内其他地区（不含香港、澳门、台湾地区）异地就医情形的，可按规定享受相应的医保待遇：

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定点医疗机构（以下简称异地医疗机构）住院、门诊特定病种就医。

2. 异地急诊：参保人在境内异地医疗机构因急诊、抢救发生的符合规定的急诊留观、住院费用。

3. 异地转诊：本市参保人经本市医保经办机构确认后转异地医疗机构住院治疗的。

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，统筹基金不予支付。

（二）异地就医待遇

1. 长期异地就医、异地转诊的参保人员，应在异地发生费用前办理异地就医备案确认手续；异地急诊住院的参保人员，也可在急诊住院3个工作日内办理确认手续。

2. 已办理异地就医确认手续的参保人员，在其备案地的异地联网指定医疗机构就医发生的符合规定的住院医疗费用，由异地联网指定医疗机构按相关规定给予记账结算；发生的符合规定的其他医疗费用，由本市医保经办机构予以零星报销。

3. 已与异地联网指定医疗机构办理记账结算的医疗费用，本市医保经办机构不再办理该次就医医疗费用的报销。

相关异地就医业务办理手续及资料，详见广东政务服务网、广州医保微信公众号等官方公布内容。

七、零星医疗费报销

零星报销范围：

(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记账结算的基本医疗费用。

(三) 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，在本统筹区内非本市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。

经审核结算后，属于统筹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，统筹基金不予支付。相关零星报销业务办理手续及资料，详见广东政务服务网、广州医保微信公众号等官方公布内容。

八、个人账户

(一) 个人账户划入标准

参加职工医保的人员建立个人账户。个人账户按月划入标准：

人员类别	划入基数	到账比例
35周岁以下	本年度本人职工医保月缴费基数	2%
满35周岁至45周岁以下		3%
满45周岁至退休前(含退休延缴人员)		3.8%
退休人员	上年度本市在岗职工月平均工资	4.1%

(二) 个人账户划入查询

医疗保险经办机构为符合规定的参保人员建立个人账户，并按照有关规定标准于每月20日前，从社会医疗保险基金划入个人账户资金，职工医保参保人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社保(医保)卡服务银行的服务电话进行查询。

(三) 个人账户支付范围

参保人可使用个人账户的资金支付本人或者其直系亲属的下列费用：

1. 在定点医疗机构就医发生的、属于个人负担的医疗费用。
2. 在定点医疗机构预防接种和体检的费用。
3. 在定点零售药店购买药品及医疗用品的费用。
4. 其他符合国家、省、本市规定的费用。

提示：

1. 参保人直系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。

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。

属于参保人员死亡、转移社会医疗保险关系、退休前出境定居、外国人退休前离境回国情形的，需先在所属区社会保险经办机构及社会保险费征收机构办理减员及停保手续后，再到医疗保险经办机构申请办理支取个人账户余额、注销个人账户手续。相关个人账户业务办理手续及资料，详见广东政务服务网、广州医保微信公众号等官方公布内容。

九、就医管理有关规定

(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病种统筹待遇的部分，统筹基金不再重复支付普通门诊统筹待遇。

(三) 参保人不得伪造或提供伪造的医疗机构的发票、费用明细清单、诊断证明等资料办理零星报销手续。

(四) 用人单位和个人以欺诈、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。

(五) 参保人不得冒用、伪造医保凭证在社会保险定点医药机构就医购药。

(六) 参保人不得将医疗保险基金支付的药品、诊疗项目、医用材料等违规转卖。

十、温馨提示

(一) 本指南所称的“年度”、“职工医保年度”，是指当年7月1日至次年6月30日；“自然年度”是指每年1月1日至12月31日。

(二) 自2016年起，每年职工医保的门诊选点有效期起止时点为1月1日至12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。

(四) 在定点医疗机构就医过程中的门诊选点、门诊特定病种待遇确认、转诊转院等事项一般均可由定点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

广东政务服务网站

2. 电话

广州12345政府服务热线：(020) 12345

3. 亲临我市各医保经办机构

广州医保经办机构对外服务时间

名 称	服 务 地 址	对 外 服 务 时 间 (法定节假日除外,带▲为值班服务时间)
广州市医疗保险服务中心越秀分中心	越秀区梅东路28号4-5楼	星期一至星期五: 9:00~12:00 13:00~17:00 星期六: 9:00~12:00(5楼)▲
广州市医疗保险服务中心海珠分中心	海珠区昌岗中路74号二楼	星期一至星期五: 9:00~12:00 13:00~17:00
广州市医疗保险服务中心荔湾分中心	荔湾区花地大道中89号芳村金融大厦二楼	星期一至星期五: 9:00~12:00 13:00~17:00
广州市医疗保险服务中心天河分中心	天河区龙口东路358号天诚广场二楼	星期一至星期五: 9:00~12:00 13:00~17:00
广州市医疗保险服务中心白云分中心	白云区新达路55号	星期一至星期五: 9:00~12:00 13:00~17:00
广州市医疗保险服务中心黄埔分中心	黄埔区大沙东路311号	星期一至星期五: 9:00~12:00 13:00~17:00
广州市医疗保险服务中心南沙分中心	南沙区凤凰大道1号南沙政务服务中心三楼	星期一至星期五: 9:00~12:00 13:00~17:00
广州市医疗保险服务中心花都分中心	花都区花城街府西1路1号人力资源和社会保障局大院内1楼	星期一至星期五: 8:30~12:00 14:30~17:30
广州市医疗保险服务中心番禺分中心	番禺区市桥街平康路48号3号楼5楼	星期一至星期五: 8:30~12:00 14:30~17:30
广州市医疗保险服务中心从化分中心	从化区新城东路54号1楼	星期一至星期五: 8:30~12:00 14:30~17:30
广州市医疗保险服务中心增城分中心	增城区荔城街荔兴路18号广发银行5-6楼	星期一至星期五: 8:30~12:00 14:30~17:30
广铁医保中心 (仅服务广铁集团驻粤参保人员)	越秀区共和西路1号楼3楼	星期一至星期五: 8:30~12:00 14:30~17:30



广州医保微信公众号

温馨提示: 本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。