

# 2021 医保年度中山市基本、补充和大病医疗保险缴费标准及待遇 2021.9.1

参保人群	缴费基数 3940 元 缴费比例和金额	险种	医 保 待 遇					
职工	单位缴纳 2.0% (78.80 元), 个人缴纳 0.5% (19.70 元)  (今年实施阶段性降低用人单位基本缴费费率, 单位缴纳 1.5% 即 59.10 元)	基本 医疗 保 险	<b>一类门诊特定病种待遇</b>		<b>二类门诊特定病种待遇</b>			
			<b>种类:</b> 肾脏移植术后抗排斥治疗、造血干细胞移植术后抗排斥治疗、心脏移植术后抗排斥治疗、肺移植术后抗排斥治疗、慢性肾功能不全(血透治疗)、慢性肾功能不全(腹透治疗)、肝移植术后抗排斥治疗、恶性肿瘤(化疗, 含生物靶向药物治疗、内分泌治疗、免疫治疗)、艾滋病、活动性肺结核和耐药肺结核。 <b>待遇:</b> 限定范围内的门诊医保费用, 按市内三级别住院支付比例报销, 年度最高支付限额为基本医疗保险住院支付限额, 每个季度为一结算周期。		<b>种类:</b> 精神分裂症、分裂情感性障碍、持久的妄想性障碍(偏执性精神病)、双相(情感)障碍、癫痫所致精神障碍和精神发育迟滞伴发精神障碍。 <b>待遇:</b> 限定范围内的门诊医保费用, 按市内同级别住院支付比例, 年度最高支付限额为 6000 元。			
			<b>二类门诊特定病种待遇</b> 参保人登记两个或两个以上的二类门特病种, 其门诊统筹年度最高支付限额取较高年度最高支付限额的病种额度				<b>种类:</b> 肝硬化(失代偿期)、慢性肾功能不全(非透析治疗)、恶性肿瘤(非放射治疗)、系统性红斑狼疮、慢性乙型肝炎、丙型肝炎(HCV RNA 阳性)、肾病综合征、地中海贫血(海洋性贫血或珠蛋白生成障碍性贫血)、再生障碍性贫血、肺动脉高压、支气管哮喘、骨髓纤维化、骨髓增生异常综合征、c 型尼曼匹克病、肢端肥大症、银屑病、溃疡性结肠炎、湿性年龄相关性黄斑变性、糖尿病黄斑水肿、脉络膜新生血管、视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿和新冠肺炎出院患者门诊康复治疗。 <b>待遇:</b> 限定范围内的门诊医保费用, 由基本医疗保险基金支付 70%, 个人自付 30%, 年度最高支付限额为 8000 元。	
			<b>种类:</b> 糖尿病、冠心病、慢性阻塞性肺疾病、帕金森病、高血压病、脑血管疾病后遗症、类风湿关节炎、重症肌无力、癫痫、慢性心功能不全、多发性硬化、强直性脊柱炎、小儿脑性瘫痪、克罗恩病、房颤(抗凝治疗)和甲状腺功能减退症。 <b>待遇:</b> 限定范围内的门诊医保费用, 由基本医疗保险基金支付 70%, 个人自付 30%, 年度最高支付限额为 8000 元。		<b>种类:</b> 丙型肝炎(限聚乙二醇干扰素治疗)。 <b>待遇:</b> 限定范围内的门诊医保费用, 由基本医疗保险基金支付 70%, 个人自付 30%, 年度最高支付限额为 35000 元。			
非本市户籍积分入学学生、港澳台居民、百佳学子	个人缴纳 1.5% (59.10 元); 市、镇(区)两级财政各补贴 0.5% (19.70 元)	基本 医疗 保 险	<b>谈判抗癌药待遇</b>					
			<b>待遇:</b> 在选定的市内定点医疗机构门诊和住院期间使用谈判抗癌药, 按市内同级医院支付比例, 年度最高支付限额为基本医疗保险住院支付限额。 <b>办理流程:</b> 在就诊医院(中山市人民医院、中山市中医院、中山市博爱医院、中山市小榄人民医院、中山陈星海医院、中山市火炬开发区医院)办理谈判抗癌药的登记和变更。					
			<b>基本医疗保险住院待遇</b>					
			医保费用(即医疗总费用减自费费用)		个人自付(%)		统筹支付(%)	
大中中专学生、非本市户籍	个人缴纳 1.5% (59.10 元), 按校隶属关系, 由财政补贴 1% (39.40 元)	基本 医疗 保 险	<b>年度最高支付限额[与门诊特定病种待遇共用]:</b> 连续参保缴费不满 1 年, 年度最高支付限额为 94560 元; 连续参保缴费满 1 年(含 1 年)以上的, 年度最高支付限额为 283680 元。					
			<b>生育医疗费用报销待遇</b>					
			<b>享受条件:</b> 符合计划生育政策, 排胎上月正常缴纳我市基本医疗保险, 根据缴费情况给予一次性定额标准					
			缴费情况	12 周以下流产	12 周以上至 28 周以下阴道产	28 周以上阴道产	剖宫产、28 周以上多胎	
灵活就业	个人缴纳 2.5% (98.50 元)	基本 医疗 保 险	连续参保满 1 年(含 1 年)		300 元	1500 元	3000 元	4000 元
			连续参保满 6 个月不满 12 个月		90 元	450 元	900 元	1200 元
			连续参保缴费不满 6 个月		不享受待遇			
职工 城乡居民 其他人员	单位缴纳 4.5% (177.30 元), 个人缴 1.5% (59.10 元)  个人缴纳 3% (118.20 元) (无个人账户)  个人缴纳 6% (236.40 元)	补 充 医 疗 保 险	<b>个人账户</b>					
			<b>划入标准:</b> 36 周岁以下的, 划入 60 元; 36 周岁以上至 46 周岁以下的, 划入 75 元; 46 周岁以上的, 划入 97.5 元。 <b>使用范围:</b> 1. 在市内定点医疗机构就医发生的由个人支付(自付和自费)的医疗费用; 2. 在市内定点零售药店购买药品、医疗器械、医用材料及消毒用品所发生的费用; 3. 用于投保指定的商业健康保险。					
			<b>补充医疗保险住院待遇</b>					
已参加基本医疗保险参保人, 单位及人均无需缴费		大 病 医 疗 保 险	仅参加基本医疗保险和连续参加补充医疗保险缴费不满 1 年		参保人因病住院, 享受基本医疗保险住院医保待遇及门诊特定病种医疗费用报销待遇后, 同一医保年度内个人支付的医保费用累计超过 1.5 万元以上部分, 由大病医疗保险资金支付 60%。连续缴纳基本医疗保险费不满 1 年的、满 1 年以上的, 年度最高支付限额分别为 94560 元、189120 元。			
			连续参加补充医疗保险缴费满 1 年或以上		参保人因病住院, 享受基本医疗保险住院医保待遇、门诊特定病种医疗费用报销待遇及补充医疗保险住院医保待遇后, 同一医保年度内个人支付的医保费用累计超过 6000 元以上部分, 由大病医疗保险资金支付 80%。连续缴纳补充医疗保险费满 1 年不满 2 年的、满 2 年不满 3 年的、满 3 年以上的, 年度最高支付限额分别为 283680 元、378240 元、472800 元。			

# 中山市社会医疗保险就医指南

(2021 医保年度基本+大病最高支付限额：472800 元)

(2021 医保年度基本+补充+大病最高支付限额：1229280 元)

## 一、市内就医须知

1. 门诊、住院就医时应向主诊医生及收费处出示社保卡或医保电子凭证，表明参保者身份；出院时凭社保卡或医保电子凭证直接刷卡联网结算，享受相应医保待遇。
2. 如因紧急入院，未及时带有社保卡或医保电子凭证，应向医院表明医保身份，并于入院后尽快持社保卡或医保电子凭证按医保病人补办登记手续；若入院时尚未制卡或遗失社保卡，可申请紧急制卡；若出院时还未领卡，可先在医院交足全额医疗费用挂账，待领卡后再回医院用社保卡或医保电子凭证结算。
3. 参保人因病情需要市内转院（仅限我市上下级定点医疗机构间）由转出定点医疗机构按规定办理转院手续后，参保人于次日内在转入定点医疗机构办理入院手续，可连续计算住院起付额。

## 二、异地人员备案登记

符合异地安置退休人员、异地长期居住人员和常驻异地工作人员条件的参保人，按要求提供相应材料，在粤医保小程序自助办理，或到各镇街医保经办机构备案登记，选择一个异地统筹区作为就医地，备案后在我市定点医院就医不能刷卡结算。

## 三、市外转院手续

1. 符合市外转院条件从本市定点医疗机构转往市外医院就医的，需由本市三级医院或相当的市级专科医院（市人民医院、市中医院、市博爱医院、市第二人民医院、市第三人民医院（限精神疾病）、市小榄人民医院、中山积水潭骨科医院、江门市中心医院、江门市五邑中医院）主管医生开具市外转诊审批表，并经科主任、医务科审批同意后，方可转诊。本市无抢救条件的危重病人需及时转院的，可经约定医疗机构医务科科长或院长批准后转院，但约定医疗机构需当日向市行政服务中心医保经办机构备案。

2. 需转往市外定点医院的，原则上应转往我市上级定点医疗机构：广东省人民医院、中国人民解放军南部战区总医院（原广州军区广州总医院）、中山大学附属第一医院、中山大学孙逸仙纪念医院（原中山大学附属第二医院）、中山大学附属第三医院、中山大学附属肿瘤医院、广州医科大学第一附属医院、广州医科大学第二附属医院、广州医科大学第三附属医院、广州医科大学附属肿瘤医院、暨南大学医学院第一附属医院、广州市第一人民医院、南方医科大学珠江医院、南方医科大学南方医院、南方医科大学第三附属医院、广东省第二人民医院、广东省中医院、广州中医药大学第一附属医院、中山大学中山眼科中心、广东省妇幼保健院（广东省妇女儿童医院）、广州市妇女儿童医疗中心、广东省工伤康复医院。

3. 异地住院又需转院的，原则上转回市内定点医疗机构，确需转往当地其他医院的，应由转出医院提出申请，由参保人或用人单位报市医保经办机构审批。

## 四、异地就医报销流程和待遇

1. 已办理有效异地就医备案手续的，在已上线联网结算医院（查询网站：<http://fuwu.nhsa.gov.cn>）住院的，可凭身份证和社保卡进行入院登记，出院时凭社保卡直接联网结算。已办理有效转院手续的按市外转院待遇支付，已办理有效异地就医备案手续的按市内同级医院待遇支付。

2. 自行到我市上级定点医疗机构住院按规定实际报销费用的 70%予以支付，自行到非我市上级定点医疗机构住院按规定实际报销费用的 50%予以支付。

3. 临时外出疑似急诊的，在入院后出院前持病情记录等能确认入院情况的资料，到市行政服务中心医保经办机构登记审批，如确属于临时外出急诊的，则按市内同级医院待遇支付。

4. 未能联网结算的异地住院医疗费用先由个人垫付，出院后一年内到各镇街医保经办机构办理医疗费用零星报销。

5. 参保人在非医保定点医疗机构发生的住院医疗费用，除急诊、抢救外，基本医疗保险基金不予支付。

## 五、门特病种办理

1. 参保人到市内定点医疗机构的接诊医生提出门特病种办理申请，接诊医生填写《门诊特定病种待遇认定申请表》，科室主任复核。

2. 参保人备齐相关资料交到医院医务科或医保部门审核确认，符合认定标准的，给予登记备案，并发放专用诊疗卡。

3. 自核定之日起享受门诊特定病种医疗费用报销待遇，每次因诊治特定病种就医，都必须出示门诊特定病种专用诊疗卡。

4. 参保人选定门特定点机构后，原则上一年内不变更，确因病情需要、居住地迁移、工作地址变更、定点医疗机构门特病种服务范围变动等情形的，可到各镇街医保经办机构办理变更手续。

咨询热线：0760-12345 微信公众号：ZSSYLBZJ

中山市医疗保障局官网网址：<http://hsa.zs.gov.cn/>