

以此件为准

中山保规字〔2021〕5号

# 中山市医疗保障局文件

中山医保发〔2021〕83号

## 中山市医疗保障局关于印发《中山市医疗保险实施细则》的通知

火炬开发区管委会，翠亨新区管委会，各镇政府、街道办事处，市各有关单位：

为贯彻落实《中山市职工医疗保险办法》（中府〔2021〕87号）和《中山市城乡居民医疗保险办法》（中府〔2021〕88号），我局制定了《中山市医疗保险实施细则》，现印发给你们，请遵照执行。执行过程中遇到的问题，请径向中山市医疗保障事业管理中心反映。

(此页无正文)



(联系人: 中山市医疗保障事业管理中心办公室, 联系电话:  
88103060)

# 中山市医疗保险实施细则

## 第一章 总则

**第一条** 为贯彻落实《中山市职工医疗保险办法》(中府〔2021〕87号)和《中山市城乡居民医疗保险办法》(中府〔2021〕88号),结合国家、省医疗保障经办管理有关规定,制定本实施细则。

## 第二章 职工基本医疗保险参保及缴费

**第二条** 用人单位和个人按下列规定办理职工基本医疗保险参保和缴费手续:

(一) 用人单位应当自成立之日起30日内,向税务部门办理缴费登记手续,每月向税务部门申报并足额缴纳职工基本医疗保险费。

(二) 灵活就业人员应携带本人有效身份证件、广东省就业登记证明或个体工商户营业执照等资料向税务部门办理新缴费登记手续。灵活就业人员逐月足额缴纳职工基本医疗保险费。

(三) 市人力资源社会保障部门应每月向税务部门为失业人员、工伤残退职工统一办理缴费登记手续,并按规定逐月从相应的社会保险基金中足额支付职工基本医疗保险费。市退役军人事务部门应每月向税务部门为退役士兵和未在用人单位参保的伤残军人统一办理缴费登记手续,并按规定逐月足额缴纳应由财政补助的职

工基本医疗保险费。

(四)本市户籍特困供养人员、最低生活保障对象和低收入家庭成员等人员参加职工基本医疗保险(含一次性缴纳职工基本医疗保险)后,可持本人身份证等资料在参保次月起至医保年度结束后3个月内,向户籍所在地镇街医疗保障职能部门申请本医保年度个人缴费补助。已享受城乡居民基本医疗保险个人缴费补助的,不得重复申领职工基本医疗保险个人缴费补助。

**第三条** 参加职工基本医疗保险后,参保人发生服兵役、服刑、离职、出国(境)定居、不再以灵活就业人员身份参保、死亡等情形的,用人单位或个人应在当月持相关资料向税务部门办理减员或停保等变更手续。

参加职工基本医疗保险的人员,如需在下个医保年度变更参保类型,应在当年11月1日至11月25日向税务部门办理变更手续,并在当年的12月按变更后参保类型缴纳职工基本医疗保险费。2022医保年度变更参保类型办理时间延长至2021年12月缴费申报前。

**第四条** 个人中断缴费后,按下列不同情况进行补缴:

(一)用人单位中断缴费的,按国家有关规定执行。

(二)个人在参加职工基本医疗保险期间中断缴费,同时符合下列条件的,可在中断缴费首月起12个月内携带有效身份证件、银行账户等资料以个人身份向税务部门办理补缴职工基本医疗保险费手续。

1. 连续参加本市基本医疗保险 1 年以上（不含补缴）；
2. 中断缴费 3 个月以内。

（三）参保人从城乡居民基本医疗保险转为职工基本医疗保险中断缴费，同时符合下列条件的，可在中断缴费首月起 12 个月内携带有效身份证件、银行账户等资料以个人身份向税务部门办理补缴职工基本医疗保险费手续。

1. 连续参加本市基本医疗保险 2 年以上（不含补缴）；
2. 中断缴费 3 个月以内。

（四）参保人从职工基本医疗保险转为城乡居民基本医疗保险中断缴费，同时符合下列条件的，可在中断缴费首月起 3 个月内携带有效身份证件、银行账户等资料向各镇街医疗保障职能部门办理补缴城乡居民基本医疗保险费手续。

1. 连续参加本市基本医疗保险 2 年以上（不含补缴）；
2. 中断缴费 3 个月以内。

**第五条** 达到法定退休年龄的参保人按下列规定办理职工医疗保险退休核定手续：

（一）参保人确定本市为职工医疗保险待遇享受地，且符合本市职工缴费年限规定的，在达到法定退休年龄次月 25 日前，持本人有效身份证件向市医疗保障经办机构或各镇街医疗保障职能部门办理职工医疗保险退休核定手续。市医疗保障经办机构或各镇街医疗保障职能部门须在受理之日起 20 个工作日内作出核定。

（二）参保人应在办理医疗保险退休核定手续前，确定本市为职工医疗保险待遇享受地，一经确认不得变更。参保人应在办理职工医疗保险退休核定手续前，将本人市外其他统筹地区职工基本医疗保险实际缴费年限转移接续至本市，职工医疗保险退休核定后不再办理职工基本医疗保险关系转移。

（三）参保人在达到法定退休年龄时，经核定符合本市职工缴费年限规定的，可不再缴纳职工基本医疗保险费，超出规定年限的职工基本医疗保险费不予退还，享受退休人员相应的职工医疗保险待遇；因用人单位或个人原因未及时办理职工医疗保险退休核定手续，超出规定年限的职工基本医疗保险费不予退还。

（四）2021年12月1日前已办理本市基本医疗保险（含住院基本医疗保险）一次性缴费的退休人员、基本医疗保险及补充医疗保险（含综合基本医疗保险）一次性缴费的退休人员、基本医疗保险一次性缴费及补充医疗保险实际缴费年限累计满10年的人员，无需办理职工医疗保险退休核定手续，享受退休人员相应的职工医疗保险待遇。

（五）符合享受退休人员单建统筹职工基本医疗保险待遇且选择按月缴纳统账结合职工基本医疗保险费的个人，应在统账结合职工基本医疗保险实际缴费年限累计满10年的次月25日前，持本人有效身份证件向市医疗保障经办机构或各镇街医疗保障职能部门办理职工医疗保险退休核定手续。

(六) 2021年12月1日前已办理本市基本医疗保险(含住院基本医疗保险)一次性缴费的退休人员,2010年6月起至2020年11月期间,在本市按月领取社会养老保险待遇或以个人身份参加本市城镇职工养老保险的,且以本市城乡居民身份逐月缴纳补充医疗保险的实际缴费年限,可累计计算为统账结合职工基本医疗保险实际缴费年限。

**第六条** 达到法定退休年龄且确认本市为职工医疗保险待遇享受地的个人,其累计实际缴费年限不符合本市职工缴费年限规定的,在达到法定退休年龄次月25日前持本人有效身份证件、银行账户等资料,选择下列其中一种方式缴费:

(一)个人向市医疗保障经办机构或各镇街医疗保障职能部门办理一次性缴纳职工基本医疗保险费手续。

(二)个人向市医疗保障经办机构或各镇街医疗保障职能部门办理按月继续缴费手续后,按月向税务部门缴纳职工基本医疗保险费。个人由按月缴费方式转为一次性缴费方式的,参照本条第一项规定执行。

(三)符合享受退休人员单建统筹职工基本医疗保险待遇的个人,可向市医疗保障经办机构或各镇街医疗保障职能部门办理按月继续缴费手续后,按月向税务部门缴纳统账结合职工基本医疗保险费;或向市医疗保障经办机构或各镇街医疗保障职能部门办理一次性缴纳统账结合职工基本医疗保险费手续。

(四)本市户籍人员无缴费意愿或无力缴纳职工基本医疗保险费的,可按规定向各镇街医疗保障职能部门申请参加城乡居民医疗保险。

### 第三章 城乡居民医疗保险参保及缴费

**第七条** 城乡居民医疗保险费统一按年征收。每年9月1日至12月31日为下个医保年度参保申请期。每年9月1日至10月31日为下个医保年度参保关系变更申请期,2021年12月1日前以居民身份参加本市基本医疗保险的参保人,参保关系变更申请期延长至2021年12月30日。每年11月1日至12月31日为下个医保年度扣费期,次年1月1日至12月31日为待遇享受期。城乡居民基本医疗保险参保申报和缴费方式具体按下列规定执行:

(一)城乡居民以个人身份或家庭户(同一《居民户口簿》的多个成员)参保的,持本人有效身份证件、银行账户等资料,在参保申请期内向各镇街医疗保障职能部门办理参保登记手续。城乡居民以村集体(含村民委员会、经济联合社、农村股份合作社、村民小组等)、居委会为参保单位的,参保单位代收城乡居民医疗保险费后,持参保单位银行账户等资料,在参保申请期内向所在镇街医疗保障职能部门办理参保登记手续。

(二)持居住证人员持本市有效居住证(含港澳台居民居住证)、银行账户等资料,在参保申请期内向所在镇街医疗保障职能

部门办理参保登记手续。参保人居住证到期后下个医保年度不自动续保，若已缴费成功可按规定享受当年度城乡居民基本医疗保险待遇。参保人若需在下个医保年度继续参保，应持本市有效居住证向所在镇街医疗保障职能部门按规定重新办理参保登记手续。

（三）本市就读的本市户籍大中专学生及中小幼学生参加城乡居民医疗保险的参保和缴费方式按照本条第一项规定执行。

（四）本市就读的非本市户籍大中专学生及中小幼学生参加城乡居民基本医疗保险，由所在学校统一组织参保，学校可为学生代收代缴城乡居民基本医疗保险费。各学校按统一格式提供参保学生名单（毕业班学生须注明缴费月数）、学校银行账户等资料（以下统称参保资料）办理参保登记手续，按以下规定执行：

1. 市属（镇街）中专学校、中小幼学校在每年9月1日至10月20日期间将参保资料提交市（镇街）教育体育部门。市（镇街）教育体育部门确认后，在每年10月31日前向市医疗保障经办机构（各镇街医疗保障职能部门）办理参保登记手续。

2. 市人力资源社会保障部门管辖的技工院校在每年9月1日至10月20日期间将参保资料提交市人力资源社会保障部门，经市人力资源社会保障部门确认后，在每年10月31日前向市医疗保障经办机构办理参保登记手续。

3. 省属学校在每年9月1日至10月31日期间向市医疗保障经办机构提交参保资料办理参保登记手续。

4. 非市教育体育部门管辖的本市高校在每年9月1日至10月31日期间向所在镇街医疗保障职能部门提交参保资料办理参保登记手续。

5. 省属大中专学校非本市户籍学生的财政补助部分先由市财政按参保人员名册统一核付，再由市财政部门向省财政申领。

6. 各学校对本校纳入扶贫助学范围的非本市户籍大中专学生进行身份核定，及时向市财政申请预算，做好纳入扶贫助学范围的非本市户籍大中专学生应当由个人缴纳的城乡居民基本医疗保险费补助工作。

（五）毕业班学生可根据个人意愿选择按全年标准或半年（6个月）标准缴费，选择半年（6个月）标准参保的，财政按半年（6个月）标准补助。

（六）各镇街医疗保障职能部门作为参保单位建立一个医保缴费登记账户，统一为本镇街困难群体办理参保登记，在每年扣费期足额缴纳城乡居民基本医疗保险费。各镇街医疗保障职能部门向本级财政申请本镇街困难群体应当由个人缴纳的城乡居民基本医疗保险费的财政补助。市儿童福利院作为参保单位建立一个医保缴费登记账户，统一为集中供养孤儿办理参保登记，在每年扣费期足额缴纳城乡居民基本医疗保险费。市儿童福利院向市财政申请供养孤儿应当由个人缴纳的城乡居民基本医疗保险费的财政补助。困难群体参加城乡居民基本医疗保险后退出困难群体身份的，无需交回应

当由个人缴纳的城乡居民基本医疗保险费的财政补助。参保人在认定为困难群体身份前已自行参加城乡居民基本医疗保险的，不退还已缴纳的城乡居民基本医疗保险费。

**第八条** 已办理本市城乡居民医疗保险参保登记手续的参保人，如中途未办理停保或中途未参加职工基本医疗保险的，无需重新办理参保登记手续，视为下个医保年度自动续保，城乡居民医疗保险费从其提供的银行账户直接代扣。

已办理本市城乡居民医疗保险参保登记手续的参保人，因户籍迁出本市、就业、服兵役、服刑、转学到异地、出国（境）定居、参加市外其他统筹地区城乡居民基本医疗保险、死亡等情形，不再参加下个医保年度城乡居民医疗保险的，须持有关资料在发生之日起至参保关系变更申请期结束前向各镇街医疗保障职能部门办理变更手续。

未办理本市城乡居民医疗保险参保登记手续或中途参加职工基本医疗保险的人员，在下个医保年度参加本市城乡居民医疗保险的，需在下个医保年度参保申请期内向各镇街医疗保障职能部门办理参保登记手续。

**第九条** 本市户籍城乡居民（含本市户籍学生）可在参加本市城乡居民基本医疗保险的基础上，自愿参加城乡居民补充医疗保险。未参加本市城乡居民基本医疗保险的，不可单独参加城乡居民补充医疗保险。

以个人身份或家庭户参保的参保人，可在参加城乡居民基本医疗保险同时参加城乡居民补充医疗保险，同步在银行账户扣费；以村集体、居委会为参保单位的城乡居民，可在村集体、居委会参加城乡居民基本医疗保险后，向各镇街医疗保障职能部门办理城乡居民补充医疗保险参保登记手续。

**第十条** 参加城乡居民基本医疗保险和城乡居民补充医疗保险的参保人，在医保年度集中缴费期内缴纳城乡居民医疗保险费时，按下列方式扣费：

（一）个人银行账户扣费。城乡居民以个人身份参保的，应提供本人银行账户缴纳城乡居民医疗保险费，确实不能提供本人银行账户的，可提供直系亲属或监护人银行账户。

（二）家庭户银行账户扣费。城乡居民以家庭户参保的，可指定《居民户口簿》中一个成员的银行账户作为家庭扣费账户统一缴纳城乡居民医疗保险费。

（三）村（居）账户扣费。以村集体、居委会为参保单位的城乡居民，可由户籍所在地在村（居）提供银行账户统一代缴城乡居民医疗保险费。

（四）特定单位账户扣费。非本市户籍大中专学生及中小幼学生可由所在学校提供银行账户统一代缴城乡居民基本医疗保险费；困难群体由所在镇街提供银行账户统一代缴城乡居民基本医疗保险费；集中供养孤儿由市儿童福利院提供银行账户统一代缴城乡居

民基本医疗保险费。

参保人若确实无法提供银行账户的，可向税务部门缴纳城乡居民医疗保险费。符合参加城乡居民医疗保险条件的参保人参保申请确认后，须按时足额缴纳城乡居民医疗保险费。

**第十一条** 参保人中途参加城乡居民基本医疗保险按下列规定办理参保登记手续：

（一）新生儿在出生之日起 3 个月内参保的，可由代办人持户口簿、银行账户等资料向各镇街医疗保障职能部门办理中途参保登记手续，缴纳出生（或申请）当月至医保年度末剩余月份的城乡居民基本医疗保险费。

（二）下列人员申请中途参加城乡居民基本医疗保险的，可持有效身份证件、银行账户等资料，在符合参保条件之日起 3 个月内向市医疗保障经办机构或各镇街医疗保障职能部门办理中途参保登记手续，缴纳申请当月至医保年度末剩余月份的城乡居民基本医疗保险费。符合参保条件的界定标准：新迁入本市户籍人员为《居民户口簿》记录的户籍迁入之日；退役士兵为《中国人民解放军义务兵（士官）退出现役证》的发证之日；刑满释放人员为《释放通知书》的释放之日；中途新（转）入本市就读学生为新（转）入学就读之日；中途停止参加职工基本医疗保险的本市户籍人员（含停领失业保险待遇人员）为办理停保的次月 1 日（领取失业保险待遇期限满的次月 1 日）；本市引进紧缺适用人才及高层次人才未就业

的持本市居住证直系亲属为居住证有效期开始之日或用人单位人才引进之日；重度残疾人、精神和智力残疾人为《中华人民共和国残疾人证》的发证之日。

(三)除上述人员外的本市户籍城乡居民可在每年1月1日至12月31日持本人有效身份证件、银行账户等资料向各镇街医疗保障职能部门办理当年度中途参保登记手续，按当年度缴费标准，一次性缴纳当年度城乡居民基本医疗保险费。

**第十二条** 参保人缴纳城乡居民医疗保险费后，在待遇享受期开始前，因死亡、重复缴费、参加职工基本医疗保险、在其他统筹地区参加城乡居民基本医疗保险及其他符合国家、省规定退费情形的，可在符合退费情形发生之日起3个月内，持本人有效身份证件、银行账户等资料向市医疗保障经办机构或各镇街医疗保障职能部门申请办理退费。城乡居民医疗保险费原则上按原渠道退回，因参保人死亡而导致的退费可退回法定继承人账户。参保人逾期未申请退费的，不予办理退费手续。

待遇享受期开始后，个人缴费不再退回。

**第十三条** 下列部门或学校在每年10月31日前向市医疗保障经办机构提供在册学生名单，由市医疗保障经办机构对学生身份进行标记：

(一)市教育体育部门负责提供本市直属及各镇街中专学校、中小幼学校在册学生名单。

(二)市人力资源社会保障部门负责提供其管辖范围内技工院校在册学生名单。

(三)省属学校及非市教育和体育部门管辖的本市高校负责提供本校在册学生名单。

市民政部门和市残联分别向市医疗保障经办机构提供本市困境儿童和本市户籍重度残疾人名单，市医疗保障经办机构对名单人员进行身份标记，并及时更新；市民政部门确认本市户籍特困供养人员、孤儿、事实无人抚养儿童、最低生活保障对象和低收入家庭成员的身份信息，并及时更新、上传信息系统，实现上述人员参保名单动态管理。

## 第四章 待遇及就医管理

**第十四条** 职工医疗保险和城乡居民医疗保险参保人享受普通门诊统筹待遇，按下列规定执行：

### (一) 普通门诊定点医疗机构就医选点

参保人可持本人医疗保障凭证向 1 家社区定点医疗机构、市医疗保障经办机构、各镇街医疗保障职能部门或通过线上渠道办理普通门诊定点医疗机构就医选点手续。

### (二) 普通门诊定点医疗机构就医选点变更

参保人持本人医疗保障凭证向市医疗保障经办机构、各镇街医疗保障职能部门或通过线上渠道办理普通门诊定点医疗机构就医

选点变更手续。

### （三）普通门诊转诊管理

1. 参保人在选定社区定点医疗机构就医时，有下列情形之一的，可转往上一级市内定点医疗机构就医：

- （1）属于本定点医疗机构目前不能确诊的病症；
- （2）属于本定点医疗机构目前无设备或无技术诊治的疾病；
- （3）其他符合转诊条件的。

2. 参保人门诊转诊实行社区首诊制，从社区转往镇街，或从社区转往镇街后再转往市直属（含直管）定点医疗机构，均需在次日内就医方可享受普通门诊转诊待遇。

### （四）普通门诊异地就医待遇

已办理长期异地就医、异地转诊等异地就医备案手续或异地急诊就医的参保人，发生的普通门诊医疗费用按下列规定享受待遇：

1. 普通门诊统筹异地就医待遇不设起付标准。
2. 参保人普通门诊异地就医年度最高支付限额为普通门诊医疗费用年度包干费额度。

3. 统账结合职工基本医疗保险、单建统筹职工基本医疗保险参保人，在异地定点医疗机构就医发生的门诊医保费用，由职工基本医疗保险统筹基金分别支付 40%、20%；城乡居民基本医疗保险参保人，在异地定点医疗机构就医发生的门诊医保费用，由城乡居民基本医疗保险统筹基金支付 20%；城乡居民补充医疗保险参保人，

在享受城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹待遇后的医保费用，由城乡居民补充医疗保险基金支付 20%。

**第十五条** 门诊特定病种分为一类门诊特定病种和二类门诊特定病种。《广东省基本医疗保险门诊特定病种管理办法》规定范围内的门诊特定病种统称为省统一门诊特定病种，《广东省基本医疗保险门诊特定病种管理办法》实施前本市已开展且未纳入省统一门诊特定病种的门诊特定病种统称为本市开展门诊特定病种。一类门诊特定病种和二类门诊特定病种的范围、年度最高支付限额详见附件 1 和附表 2。

**第十六条** 职工医疗保险和城乡居民医疗保险参保人享受门诊特定病种统筹待遇，按下列规定执行：

（一）门诊特定病种认定及续期流程

1. 符合门诊特定病种准入标准的参保人，应选择具备相应门诊特定病种服务资格的定点医疗机构进行认定和就医。

2. 参保人向具备相应认定资格的定点医疗机构提出门诊特定病种认定申请，符合准入标准的，定点医疗机构将认定信息上传至医保信息系统进行备案。待遇享受有效期自定点医疗机构按规定将认定信息上传至医保系统备案之日起，按自然日计算，到期自动终止。

3. 已办理省内异地就医备案的参保人，患省统一门诊特定病种，可在备案就医地的定点医疗机构办理门诊特定病种认定；已办

理省外异地就医备案的参保人患门诊特定病种或参保人患本市开展门诊特定病种，应向本市具备相应门诊特定病种认定资格的定点医疗机构申请认定。

4. 参保人门诊特定病种待遇在有效期结束后自动失效，如需继续享受门诊特定病种待遇的，应在有效期满前 30 日内向定点医疗机构申请办理续期，续期有效期自前一有效期满当日起，按自然日计算，到期自动终止。未按规定办理续期的参保人在前一有效期终止后 30 日以内补办续期的，可继续享受待遇，续期有效期自前一有效期满后次日起，按自然日计算，到期自动终止。续期流程按认定流程执行。

## （二）门诊特定病种选点

1. 参保人享受本市门诊特定病种统筹待遇，可持本人医疗保障凭证，按下列规定向市医疗保障经办机构或各镇街医疗保障职能部门或定点医疗机构办理选点手续：

（1）一类门诊特定病种参保人，应在本市定点医药机构中选定 1 家符合条件的作为其门诊特定病种费用结算机构；

（2）二类门诊特定病种参保人，参加单建统筹职工基本医疗保险或只参加城乡居民基本医疗保险的，可在本市定点医药机构中选定 1 至 3 家符合条件的作为其门诊特定病种费用结算机构，除患传染类疾病门诊特定病种外，其中至少 1 家为社区定点医疗机构；

（3）二类门诊特定病种参保人，参加统账结合职工基本医疗

保险或城乡居民补充医疗保险的，可在本市定点医药机构中选定符合条件的作为其门诊特定病种费用结算机构。

2. 已办理长期异地就医备案的参保人享受异地门诊特定病种统筹待遇，可持本人医疗保障凭证，按下列规定向市医疗保障经办机构或各镇街医疗保障职能部门办理选点手续：

（1）一类门诊特定病种参保人，应在备案就医地的定点医药机构中选定1家符合条件的作为其门诊特定病种费用结算机构；

（2）二类门诊特定病种参保人，参加单建统筹职工基本医疗保险或只参加城乡居民基本医疗保险的，可在备案就医地的定点医药机构中选定1家符合条件的作为其门诊特定病种费用结算机构；

（3）二类门诊特定病种参保人，参加统账结合职工基本医疗保险或城乡居民补充医疗保险的，可在备案就医地的定点医药机构中选定符合条件的作为其门诊特定病种费用结算机构。

### （三）门诊特定病种选点变更

参保人选定门诊特定病种定点医疗机构后，原则上1年内不能变更。在待遇有效期内，参保人确因病情需要、居住地迁移、工作地址变更、定点医疗机构门诊特定病种服务范围变动等情形需要变更门诊特定病种定点医疗机构的，可持本人医疗保障凭证及相关证明材料到市医疗保障经办机构或各镇街医疗保障职能部门办理变更手续，变更成功次日生效。

### （四）门诊特定病种就医管理

1. 本市门诊特定病种参保人，根据病情需要，病情稳定的参保人一次处方药品的用药时间可延长至 4-12 周。

2. 为了规范长处方管理，原则上参保人须在药物使用余量一周内方可开具下一次长处方。

（五）门诊特定病种准入标准及待遇享受期、具有门诊特定病种服务资格的定点医疗机构名单等由市医疗保障经办机构另行公布。

**第十七条** 参保人在市内定点医疗机构就医结算按照下列规定执行：

（一）参保人在门诊就医时应出示本人居民身份证或社会保障卡等，并用本人医疗保障凭证进行费用结算。

（二）参保人住院，应凭本人居民身份证或社会保障卡等办理入院登记手续；经定点医疗机构核实身份和审核通过待遇资格的，出院时进行联网结算。参保人入院时因特殊原因暂不能出示本人居民身份证或社会保障卡等的，应向定点医疗机构说明原因，并在入院后 3 天内出示。参保人出院时仍不能出示的，先按定点医疗机构要求交足住院押金，暂不结算医疗费用，待出示本人居民身份证或社会保障卡后，再结算此次住院医疗费用。

**第十八条** 参保人住院因病情需要市内转诊（仅限本市上下级定点医疗机构间）且符合下列情形的，由转出定点医疗机构按规定为其办理市内转诊手续后，参保人次日内在转入定点医疗机构办理

入院手续的，可连续计算住院起付标准。转入定点医疗机构住院起付标准为转入定点医疗机构住院起付标准与转出定点医疗机构已支付住院起付标准的正值差额。

（一）下级定点医疗机构转上级定点医疗机构情形

1. 超出医疗机构核准登记的诊疗科目范围的；
2. 不具备相关医疗技术临床应用资质或手术资质的；
3. 经评估，病情复杂、医疗风险大、难以控制病情、难以实施有效救治或难以判断预后的；
4. 不能明确诊断，需进一步诊治的；
5. 其它因技术、设备条件限制不能处置的；
6. 符合相关病种分级诊疗指南的。

（二）上级定点医疗机构转下级定点医疗机构情形

1. 急危重症期治疗后病情稳定，需要继续康复治疗的患者；
2. 手术后病情稳定，需要继续康复治疗的患者；
3. 诊断明确，不需特殊治疗的病例或需要长期治疗的慢性病患者；
4. 恶性肿瘤明确诊断和治疗方案后，或不可治愈性慢性疾病的安宁疗护；
5. 年老、衰弱、失能、失智需要慢病照护和长期护理的患者；
6. 符合相关病种分级诊疗指南的。

**第十九条** 下列参保人员可申请长期异地就医备案手续，备案

完成后其医疗费用可以直接结算：

（一）异地安置退休人员：指退休后在异地定居并且户籍迁入定居地的人员。

（二）异地长期居住人员：指近期拟在或已在异地同一地区连续居住生活半年以上的人员。

（三）常驻异地工作人员：指用人单位派驻异地工作半年以上的人员。在校学生寒暑假或因病休学期间，回到户籍所在地，以及在异地分校学习或实习期间比同常驻异地工作人员，且不受半年以上的时间限制。

符合以上（一）至（三）项规定条件之一的参保人可持有关资料向市医疗保障经办机构、各镇街医疗保障职能部门或通过线上渠道办理异地就医备案手续，如需延期、终止异地就医备案或异地居住地、联系电话等信息发生变更，应及时向市医疗保障经办机构或各镇街医疗保障职能部门办理备案变更手续。备案有效期起始时间从备案成功之日起计算。已办理长期异地就医备案的参保人，备案有效期内，参保地不再保留为就医统筹区。

长期异地就医备案所需资料和有关办事流程由市医疗保障经办机构另行制定，并向社会公布。

**第二十条** 参保人符合下列转诊条件可办理异地转诊备案手续：

（一）市内医疗机构无足够条件诊治及抢救的危重患者。

(二) 经本市直属(含直管)定点医疗机构检查会诊仍不能确诊的疑难病症。

(三) 病情需要而市内医疗机构无设备、无药物或无技术进行的检查治疗的。

(四) 已办理异地转诊手续的参保人, 出院医嘱要求返院复诊治疗该疾病的。

(五) 已办理异地转诊手续的参保人, 因病情需要经本市原转诊定点医疗机构或异地三级(专科)定点医疗机构确认, 需再转往其他定点医疗机构就医的。

(六) 已办理长期异地就医备案的参保人, 因病情需要经异地三级(专科)定点医疗机构确认, 需再转往其他统筹区定点医疗机构就医的。

(七) 参保人异地急诊就医后, 出院医嘱要求返院复诊治疗该疾病的; 参保人异地急诊就医后因病情需要, 经异地定点医疗机构确认, 需要再转往其他定点医疗机构就医的。

(八) 经本市医学专家认定符合转诊条件。

### **第二十一条** 参保人按下列规定办理异地转诊备案手续:

(一) 参保人符合本细则第二十条第(一)至(三)项规定需转往市外定点医疗机构的, 应当向本市具有转诊资格的定点医疗机构办理异地转诊手续, 由定点医疗机构将转诊信息上传至医保信息系统备案成功后, 方可转往异地定点医疗机构就医。

(二) 已办理异地转诊手续的参保人，出院医嘱要求返院复诊治疗该疾病的，可向原转出定点医疗机构、市医疗保障经办机构或各镇街医疗保障职能部门办理异地转诊手续。

(三) 已办理异地转诊手续的参保人，因病情需要再转往市外定点医疗机构的，需持本人医疗保障凭证、出院记录等相关再转诊证明资料向原转出定点医疗机构、市医疗保障经办机构或各镇街医疗保障职能部门办理异地就医再转诊备案手续。

(四) 已办理长期异地就医备案的参保人，因病情需要再转往其他统筹区定点医疗机构就医的，需持本人医疗保障凭证、出院记录等相关再转诊证明资料向市医疗保障经办机构或各镇街医疗保障职能部门办理异地就医再转诊备案手续。

(五) 参保人患本市无抢救条件的急、危重病，经首诊定点医疗机构医务科科长或分管院长同意后可先行转诊，定点医疗机构应在3个工作日内将转诊信息上传至医保信息系统，为参保人补办异地转诊备案手续。新生儿未参保前因病情需要异地转诊的，转出定点医疗机构应在新生儿参保后及时补办异地转诊手续。

## **第二十二条** 参保人异地转诊就医按下列规定执行：

(一) 市内定点医疗机构应严格执行首诊负责制和等级医疗机构的有关规定，属本等级医疗机构诊疗能力范围内的病人，不得办理异地转诊手续。

(二) 参保人应向转入的市外定点医疗机构主管医生及出入院

处出示有效转诊表。

(三) 参保人已办理异地转诊手续, 只限在选定转诊的定点医疗机构就医, 自转诊备案成功之日起 3 个月内有效。参保人每次异地转诊备案手续可享受 3 个月内本次备案的同一种疾病多次住院待遇及多次门诊统筹待遇。治疗超过 3 个月或超过 3 个月仍未办理就医的, 应重新办理异地转诊手续。

(四) 本市具有异地转诊资格的定点医疗机构: 中山市人民医院、中山市中医院、中山市博爱医院、中山市第二人民医院、中山市第三人民医院(限精神疾病)、中山市小榄人民医院、中山积水潭骨科医院。具有异地转诊资格的定点医疗机构名单若有更新, 由市医疗保障经办机构向社会公布。

### **第二十三条** 参保人按下列规定办理异地急诊就医备案手续:

(一) 参保人因紧急救治和抢救需要等发生临时异地住院的, 应持本人医疗保障凭证、急诊诊断证明等资料在出院前向市医疗保障经办机构或各镇街医疗保障职能部门申请补办异地急诊备案手续。

(二) 参保人异地急诊就医后, 出院医嘱要求返院复诊治疗该疾病的, 应持本人医疗保障凭证、出院记录等资料向市医疗保障经办机构或各镇街医疗保障职能部门办理转诊备案手续。

(三) 参保人异地急诊就医后, 因病情需要经异地定点医疗机构确认需要再转往其他定点医疗机构就医的, 应持本人医疗保障凭

证、出院记录等相关再转诊证明资料及时向市医疗保障经办机构或各镇街医疗保障职能部门办理异地就医再转诊备案手续。

**第二十四条** 城乡居民基本医疗保险参保人发生的生育医疗费用符合国家生育政策的，可按规定享受城乡居民基本医疗保险待遇。

减胎术、胎物残留和保胎等发生的医疗费用，按职工（城乡居民）基本医疗保险的有关规定享受相应待遇。

**第二十五条** 因交通意外损伤所发生的医疗费用，属下列情形之一的，由职工（城乡居民）基本医疗保险基金按有关规定予以支付：

- （一）超过第三人责任部分的医疗费用。
- （二）公安交警部门不予受理。
- （三）经公安交警部门事故处理而无法认定责任的。

**第二十六条** 参保人在定点医疗机构进行医疗费用医保结算按下列规定执行：

（一）市内定点医疗机构联网结算。参保人在市内定点医疗机构进行医疗费用医保结算，其中个人支付部分由参保人与定点医疗机构直接进行结算，可按规定使用个人账户进行支付；统筹基金支付部分由市医疗保障经办机构与定点医疗机构进行结算。

（二）异地定点医疗机构联网结算。参保人在选定的全国联网定点医疗机构就医的，入院时需出示本人居民身份证或社会保障

卡，由接诊的定点医疗机构办理异地就医身份确认和就医登记。经审核通过的，参保人出院凭本人医疗保障凭证进行费用结算，其中个人支付部分由参保人与就医定点医疗机构直接进行结算，统筹基金支付部分由市医疗保障经办机构与就医定点医疗机构进行结算。

**第二十七条** 参保人未在定点医疗机构进行医疗费用医保结算的，按下列规定进行零星报销：

（一）参保人住院或门诊就医，符合下列条件可纳入零星医疗费用报销范围：

1. 因紧急救治和抢救需要在异地的非联网定点医疗机构或非定点医疗机构发生的符合规定的医疗费用；

2. 因含他方责任、工伤合并疾病等经确认不能联网结算的医疗费用；

3. 其他符合零星报销的情况。

（二）参保人应在住院或门诊就医后，可自门诊就医日或出院日起1年内向市医疗保障经办机构或各镇街医疗保障职能部门办理零星报销手续，超过1年不予受理，因不可抗力或存在法律纠纷等特殊情况的除外。

（三）参保人报销因意外伤害引起的医疗费用时，参保人员应提供首诊病历或入院记录、外伤经过情况说明；若涉及第三方责任的，应提供交通事故认定书、法院判决书、调解协议书等公检法部门出具的相关证明材料。交通事故认定书等证明材料没有明确具体

责任比例的，医疗费用零星报销按《广东省道路交通安全条例》等相关规定执行。

（四）工伤期间合并治疗疾病或外伤合并治疗疾病所发生的医疗费用，按规定纳入基本医疗保险基金支付范围，不能区分基金支付范围的收费项目，其费用的50%纳入基本医疗保险基金支付范围。参保人提供的医疗费用明细清单中，具体收费项目缺少单价、不能提供项目明细或未能提供符合限定支付范围的费用项目所规定的相关证据，其相关费用由参保人个人自费。

（五）参保人就医发生的医疗费用中含政府等减免项目的（非当地医保等报销），该次就医的医疗费用按减免后剩余费用部分占费用总额的比例进行核付。

（六）参保人异地就医发生的医疗费用零星报销参照国家和省药品目录及支付标准、本市公立医疗机构医疗服务项目和医用耗材价格及支付标准执行。

（七）参保人同一次就医不得享受两个以上统筹地区医疗保险待遇。参保人应当凭医疗费用的原始凭证申请零星报销，市医疗保障经办机构或各镇街医疗保障职能部门对已报销的凭证不予再次审核报销。

**第二十八条** 定点医疗机构为住院参保人提供医疗服务时，使用属于个人全部负担或超限价的药品、诊疗项目、医用材料、超标准的医疗服务设施及特需服务等费用的，应征得参保人或其家属同

意并签字（急救除外），未征得参保人或其家属同意并签字的，市医疗保障经办机构或参保人有权拒付相关费用。

**第二十九条** 下列情形所发生的医疗费用，职工医疗保险基金和城乡居民医疗保险基金不予支付：

（一）同时在两家以上医疗机构住院就医，重复时间内的住院费用。

（二）住院参保人经该医疗机构或参与医疗保障监督考核工作的医学专家鉴定，确认符合出院的，从确认出院次日起所发生的医疗费用。

（三）国家、省和市规定医疗保险基金不予支付的其他情形。

## 第五章 个人账户管理

**第三十条** 个人账户转移按下列规定执行：

（一）参保人职工基本医疗保险关系由市外其他统筹地区转入本市的，可办理个人账户转移手续，将其个人账户余额转入参保人在本市建立的个人账户。

（二）参保人在转移职工基本医疗保险关系时，个人账户余额确实无法办理转出的，可持本人医疗保障凭证等资料向市医疗保障经办机构申请提取其个人账户余额。

**第三十一条** 当参保人出现以下特殊情况时，个人账户余额按下列规定执行：

(一) 参保人退休前出国(境)定居、外籍参保人离境回国工作的,可持本人医疗保障凭证、出国(境)定居证明材料或离境的相关证照材料向市医疗保障经办机构申请提取其个人账户余额。

(二) 参保人死亡的,继承人(代表人)可持参保人与继承人的关系证明、继承人(代表人)有效身份证件等相关材料向市医疗保障经办机构申请提取其个人账户余额。

## 第六章 附则

**第三十二条** 本细则所称医疗保障凭证包含医保电子凭证、身份证、社会保障卡等医疗保障部门规定的有效凭证。本细则所称参保人员类别简称与《中山市职工医疗保险办法》及《中山市城乡居民医疗保险办法》一致。《中山市职工医疗保险办法》中所称参保人达到法定退休年龄的年龄条件,按市人力资源社会保障部门有关规定执行。《中山市城乡居民医疗保险办法》所称“返贫致贫人员”修改为“易返贫致贫人员”。

参保人享受职工(城乡居民)基本医疗保险待遇后个人支付的医保费用即累计为职工(城乡居民)大病保险的年度累计起付标准。

参保人一次性缴纳的职工基本医疗保险费,并按缴纳月份逐月按当年度职工月平均工资标准划入职工基本医疗保险费当月收入。

**第三十三条** 参保人在2010年6月至2021年11月期间,在本市按月领取社会养老保险待遇或以个人身份参加本市城镇职工养

老保险，且以城乡居民身份参加本市基本医疗保险相应全部月份的补缴信息，经市医疗保障经办机构统一核定后，由各镇街医疗保障职能部门统一组织办理补缴。办理补缴时间为 2021 年 12 月 1 日至 2022 年 11 月 30 日，逾期不作补缴处理。

**第三十四条** 2021 年 12 月 1 日前已参加基本医疗保险的全日制高等学校和中等职业学校的非本市户籍学生按月缴费至 2021 年 11 月，2021 年 9 月至 12 月按规定办理下个医保年度城乡居民医疗保险参保登记手续。2021 年 12 月 1 日前已登记积分入学学生或百佳人员子女参保的学生，继续在原银行账户扣费至毕业当年。参保人毕业后仍在本市就读的，新入学后需及时向所在学校申请参保登记手续。

**第三十五条** 各镇街协助辖区内城乡居民参保的宣传发动、政策咨询，并在每年 9 月至 12 月组织村民委员会和社区工作站动员所有城乡居民参加城乡居民医疗保险。定点医疗机构协助将新生儿参保指引派发给该机构出生的新生儿家属，引导其按规定参保。

**第三十六条** 2021 年 12 月 1 日前参加原门诊基本医疗保险且已办理就医选点的参保人，原选定定点医疗机构视为其普通门诊就医点。2021 年 12 月 1 日前已办理一类及二类门诊特定病种选点的参保人，原选定定点医疗机构视为其门诊特定病种费用结算机构。

2021 年 12 月 1 日前已登记原门诊基本医疗保险的“两病”（高血压、糖尿病）门诊慢性病种的参保人，无需重新认定门诊特定病

种。

**第三十七条** 参保人对医疗保险待遇给付有异议的，可向市医疗保障经办机构、各镇街医疗保障职能部门或定点医药机构查询、反映；发现违反医疗保险规定的单位和人员，可向市医疗保障行政机关和有关监督部门投诉、检举。

**第三十八条** 参保人职工基本医疗保险关系由市外其他统筹地区转入本市，自转出地最后缴费当月起 3 个月以内参加本市职工基本医疗保险的，在市外其他统筹地区转入职工基本医疗保险连续缴费年限视同本市职工基本医疗保险连续缴费年限。在市外其他统筹地区的职工基本医疗保险连续缴费年限计算方法按本市职工基本医疗保险有关规定执行；超过 3 个月参加本市职工基本医疗保险的，其连续缴费年限重新计算。

**第三十九条** 本细则所明确医疗保障经办政务服务事项申办资料，按照国家和省医疗保障经办政务服务事项清单要求执行，市医疗保障经办机构及税务部门应对照清单要求动态调整，并向社会公布。本细则所涉及医疗保障经办政务服务事项有关规程如有变更或国家和省出台新规定的，从其规定。

**第四十条** 本细则自 2021 年 12 月 1 日开始施行，有效期 5 年。实施当月按本细则征收医疗保险费，2022 年 1 月 1 日起按《中山市职工医疗保险办法》和《中山市城乡居民医疗保险办法》享受相应医疗保险待遇，过去有关规定与本细则不一致的，以本细则为准。

《关于加强社会医疗保险管理问题的通知》(中社保〔1999〕37号)、《中山市社会医疗保险约定医疗机构奖励办法》(中劳社〔2001〕27号)、《中山市社会医疗保险约定医疗机构违规行为处理意见》(中劳社〔2001〕64号)、《关于将射频治疗子宫肌瘤及子宫出血纳入医保支付范围的批复》(中劳社〔2002〕57号)、《印发〈中山市基本医疗保险非处方药目录〉的通知》(中劳社〔2004〕43号)、《关于明确透析治疗部分诊疗项目医保支付比例的通知》(中劳社〔2007〕27号)、《中山市城乡居民门诊基本医疗保险定点医疗机构管理办法》(中劳社〔2008〕89号)、《关于将部分药品和诊疗项目纳入城乡居民门诊基本医疗保险统筹基金支付范围的通知》(中劳社〔2009〕77号)、《印发中山市社会医疗保险特定病种和特殊病种门诊费用报销管理办法的通知》(中人社〔2010〕22号)、《中山市基本医疗保险实施细则》(中人社〔2010〕23号)、《关于对部分特殊人员参加我市基本医疗保险个人缴费部分进行补贴的通知》(中人社发〔2011〕206号)、《关于血友病等2种特定病种门诊医疗费用医保支付范围的通知》(中人社发〔2011〕238号)、《关于一般诊疗费报销比例有关问题的通知》(中人社发〔2011〕242号)、《关于部分人员缴纳医疗保险费有关问题的通知》(中人社发〔2011〕326号)、《关于设立丙型肝炎(限聚乙二醇干扰素治疗)为独立特殊病种的批复》(中人社〔2012〕72号)、《关于对非本市户

籍贫困学生参加我市社会医疗保险个人缴费部分进行补贴有关问题的通知》(中人社发〔2012〕121号)、《关于丙型肝炎病种(限聚乙二醇干扰素治疗)门诊医疗费用医保支付范围的通知》(中人社发〔2012〕220号)、《关于我市一至四级工伤职工参加社会医疗保险有关问题的通知》(中人社发〔2012〕388号)、《关于我市基本医疗保险各类恶性肿瘤(放、化疗)特定病种有关事项的通知》(中人社发〔2013〕132号)、《印发中山市门诊基本医疗保险实施细则的通知》(中人社发〔2013〕187号)、《关于我市失业人员参加门诊基本医疗保险有关问题的通知》(中人社发〔2013〕193号)、《关于一般诊疗费医保报销比例有关问题的通知》(中人社发〔2013〕205号)、《关于将部分外伤医疗费用纳入基本医疗保险基金支付范围的批复》(中人社〔2014〕9号)、《关于将H7N9禽流感患者门诊医疗费用纳入医保报销范围的紧急通知》(中人社发〔2014〕50号)、《关于将艾滋病纳入基本医疗保险特定病种范围的通知》(中人社发〔2014〕77号)、《关于将部分项目纳入特定病种医保支付范围的通知》(中人社发〔2014〕343号)、《关于对我市社会医疗保险缴费基数取整至十位的批复》(中人社〔2015〕89号)、《关于将精神分裂症等6种重性精神疾病纳入基本医疗保险特定病种范围有关事项的通知》(中人社发〔2015〕416号)、《关于我市基本医疗保险心、肺移植术后(限抗排斥治疗)特定病种有关

事项的通知》(中人社发〔2016〕206号)、《关于取消我市社会医疗保险药品目录部分药品品种的通知》(中人社发〔2016〕240号)、《关于调整我市困难群体大病医疗保险待遇的通知》(中人社发〔2016〕373号)、《关于调整我市困境儿童大病医疗保险待遇的通知》(中人社发〔2018〕107号)、《关于我市参保人市内转院连续计算住院起付额有关问题的通知》(中人社发〔2018〕222号)、《关于进一步提高精神分裂症等6种重性精神疾病特定病种门诊统筹待遇的通知》(中人社发〔2018〕245号)、《关于做好我市大病医疗保险有关工作的通知》(中人社发〔2018〕256号)、《关于完善我市社会医疗保险政策的通知》(中人社发〔2018〕308号)、《关于将肺结核(包括耐多药肺结核)纳入基本医疗保险特定病种范围有关事项的通知》(中人社发〔2018〕404号)、《关于社保年度调整及2019社保年度沿用2018社保年度医疗保险缴费基数和年度最高支付限额的通知》(中山医保发〔2019〕14号)、《关于暂停将我市社保年度调整为自然年度相关事宜的函》(中山医保函〔2019〕48号)、《关于落实对我市病情稳定的门诊慢性病参保人开具长处方规定的紧急通知》(中山医保发〔2020〕7号)、《关于我市阶段性减征用人单位基本医疗保险费的实施意见》(中山医保发〔2020〕13号)、《关于调整我市补充医疗保险和门诊基本医疗保险缴费基数等事项的通知》(中山医保发〔2020〕21号)、《关于公布2020

医保年度我市医疗保险缴费基数和年度累计支付限额的通知》(中山医保发〔2020〕32号)、《关于恢复将我市医保年度调整为自然年度的通知》(中山医保发〔2020〕35号)、《关于做好我市医疗保险费缓缴工作的通知》(中山医保发〔2020〕58号)、《关于2021医保年度沿用2020医保年度医疗保险缴费基数和年度最高支付限额的通知》(中山医保发〔2020〕60号)、《转发广东省医疗保障局〈关于印发广东省基本医疗保险门诊特定病种管理办法的通知〉的通知》(中山医保发〔2020〕63号)自本细则实施之日起同时废止。

附表 1

中山市一类门诊特定病种范围及年度最高支付限额表

序号	病种名称	病种类别	病种类型	年度最高支付限额 (元)
1	分裂情感性障碍	省统一病种	一类门特	6000
2	持久的妄想性障碍(偏执性精神病)	省统一病种	一类门特	6000
3	双相(情感)障碍	省统一病种	一类门特	6000
4	癫痫所致精神障碍	省统一病种	一类门特	6000
5	精神发育迟滞伴发精神障碍	省统一病种	一类门特	6000
6	精神分裂症	省统一病种	一类门特	6000
7	精神分裂症(长效针剂)	省统一病种	一类门特	所有险种年度最高 支付限额总额
8	慢性肾功能不全(血透治疗)	省统一病种	一类门特	
9	慢性肾功能不全(腹透治疗)	省统一病种	一类门特	
10	恶性肿瘤(化疗,含生物靶向药物、内分泌治疗)	省统一病种	一类门特	
11	恶性肿瘤(放疗)	省统一病种	一类门特	
12	肾脏移植术后抗排异治疗	省统一病种	一类门特	
13	造血干细胞移植后抗排异治疗	省统一病种	一类门特	
14	心脏移植术后抗排异治疗	省统一病种	一类门特	
15	肝脏移植术后抗排异治疗	省统一病种	一类门特	
16	肺脏移植术后抗排异治疗	省统一病种	一类门特	
17	艾滋病	省统一病种	一类门特	
18	活动性肺结核	省统一病种	一类门特	
19	耐多药肺结核	省统一病种	一类门特	
20	血友病	省统一病种	一类门特	

附表 2

中山市二类门诊特定病种范围及年度最高支付限额表

序号	病种名称	病种类别	病种类型	年度最高支付限额（元）	
				统账结合	单建统筹以及城乡居民医保
1	慢性阻塞性肺疾病	省统一病种	二类门特	12000	8000
2	高血压病	省统一病种	二类门特	12000	8000
3	冠心病	省统一病种	二类门特	12000	8000
4	慢性心功能不全	省统一病种	二类门特	12000	8000
5	糖尿病	省统一病种	二类门特	12000	8000
6	类风湿关节炎	省统一病种	二类门特	12000	8000
7	帕金森病	省统一病种	二类门特	12000	8000
8	癫痫	省统一病种	二类门特	12000	8000
9	脑血管疾病后遗症	省统一病种	二类门特	12000	8000
10	强直性脊柱炎	省统一病种	二类门特	12000	8000
11	克罗恩病	省统一病种	二类门特	12000	8000
12	重症肌无力	本市开展病种	二类门特	12000	8000
13	小儿脑性瘫痪	本市开展病种	二类门特	12000	8000
14	房颤（抗凝治疗）	本市开展病种	二类门特	12000	8000
15	甲状旁腺功能减退症	本市开展病种	二类门特	12000	8000
16	肾病综合征	本市开展病种	二类门特	12000	12000
17	多发性硬化	省统一病种	二类门特	12000	12000
18	肝硬化（失代偿期）	省统一病种	二类门特	12000	12000

序号	病种名称	病种类别	病种类型	年度最高支付限额（元）	
				统账结合	单建统筹以及城乡居民医保
19	慢性乙型肝炎	省统一病种	二类门特	12000	12000
20	丙型肝炎（HCV RNA 阳性）	省统一病种	二类门特	12000	12000
21	慢性肾功能不全（非透析治疗）	省统一病种	二类门特	12000	12000
22	恶性肿瘤（非放化疗）	省统一病种	二类门特	12000	12000
23	地中海贫血（海洋性贫血或珠蛋白生成障碍性贫血）	省统一病种	二类门特	12000	12000
24	再生障碍性贫血	省统一病种	二类门特	12000	12000
25	系统性红斑狼疮	省统一病种	二类门特	12000	12000
26	肺动脉高压	省统一病种	二类门特	12000	12000
27	支气管哮喘	省统一病种	二类门特	12000	12000
28	骨髓纤维化	省统一病种	二类门特	12000	12000
29	骨髓增生异常综合症	省统一病种	二类门特	12000	12000
30	C型尼曼匹克病	省统一病种	二类门特	12000	12000
31	肢端肥大症	省统一病种	二类门特	12000	12000
32	银屑病	省统一病种	二类门特	12000	12000
33	溃疡性结肠炎	省统一病种	二类门特	12000	12000
34	湿性年龄相关性黄斑变性	省统一病种	二类门特	12000	12000
35	糖尿病黄斑水肿	省统一病种	二类门特	12000	12000
36	脉络膜新生血管	省统一病种	二类门特	12000	12000

序号	病种名称	病种类别	病种类型	年度最高支付限额（元）	
				统账结合	单建统筹以及 城乡居民医保
37	视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿	省统一病种	二类门特	12000	12000
38	新冠肺炎出院患者门诊康复治疗	省统一病种	二类门特	12000	12000

公开方式：主动公开

---

中山市医疗保障局办公室

2021年11月17日印发