

2022 年度中山市城乡居民医疗保险缴费标准及待遇表

2022.1-2022.12

参保人群	年缴费基数 52680 元	险种和最高支付限额	医保待遇					
	缴费比例和金额		普通门诊待遇（不设起付标准）					
城乡居民、持居住证人员	个人缴纳 1.4%（737.52 元）；市、镇街两级财政各补贴 0.6%（316.08 元）	基本医疗保障 422032 元	医保费用		统筹支付	个人自付		
			社区定点医疗机构		70%	30%		
			镇街级定点医疗机构		20%	80%		
			参保人普通门诊转诊实行社区首诊制，逐级转诊，按转诊前定点医疗机构级别享受同等待遇。年度最高支付限额 2110 元。					
			一类门诊特定病种待遇（不设起付标准）					
			种类：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、精神发育迟滞伴发精神障碍。 年度最高支付限额：6000 元。		种类：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、肺脏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）、肝脏移植术后抗排斥治疗、血友病、恶性肿瘤（化疗、含生物靶向药物、内分泌治疗）、恶性肿瘤（放疗）、艾滋病、活动性肺结核、耐药药肺结核、精神分裂症使用长效针剂 年度最高支付限额：所有险种年度最高支付限额。			
			报销比例：诊治特定病种的门诊医保费用，按市内同级别住院支付比例报销。					
			二类门诊特定病种待遇（不设起付标准）					
			种类：慢性阻塞性肺疾病、高血压病、冠心病、慢性心功能不全、糖尿病、类风湿关节炎、帕金森病、癫痫、脑血管疾病后遗症、强直性脊柱炎、克罗恩病、重症肌无力、小儿脑性瘫痪、房颤（抗凝治疗）、甲状旁腺功能减退症。 年度最高支付限额：8000 元。		种类：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、骨髓增生异常综合症、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、新冠肺炎出院患者门诊康复治疗、多发性硬化。 年度最高支付限额：12000 元。			
			报销比例：诊治特定病种的门诊医保费用，报销 70%。					
大中专学生	个人缴纳 1.0%（526.80 元）；本市户籍市、镇街两级财政各补贴 0.6%（316.08 元）；非本市户籍同级政府补贴 1.2%（632.16 元）	基本医疗保障 422032 元	住院待遇（含日间手术、生育）					
			医保费用（即医疗总费用减自费费用）		起付标准		统筹支付	个人自付
			起付标准内的部分以及超出年度最高支付限额部分。 年度最高支付限额为基本医疗保险年度最高支付限额		住院	日间手术	0%	100%
			起付额至年度最高支付限额部分	一级医院	600	400	92%	8%
				二级医院	800	600	90%	10%
				三级医院	1000	800	80%	20%
办理有效的异地就医备案或市外转院手续		按市内同级定点医疗机构起付标准和支付比例报销						
已参加基本医疗保险的参保人，个人无需缴费		大病医疗保险 211016 元	住院和门诊特定病种就医享受城乡居民基本医疗保险待遇后，同一医保年度内个人支付的医保费用累计。		起付标准		统筹支付	
					15000 元<自付≤30000 元		60%	
					自付>30000 元		65%	
已参加城乡居民基本医疗保险的本市户籍居民	个人缴纳 2.5%（1317.00 元）	补充医疗保险 422032 元	参保人享受城乡居民基本医疗保险待遇和大病保险待遇后，达到以下条件，由城乡居民补充医疗保险统筹基金支付。		范围	统筹支付比例	支付限额	
			住院（含一类门诊特定病种）		起付标准 2500 元以上	90%	年度最高支付限额	
			门诊	已登记二类门诊特定病种的（含普通门诊和二类门特）		不设起付标准	30%	与二类门特最高支付限额合并计算
				未登记二类门诊特定病种的（直接到本市直属（含直管）定点医疗机构的待遇）		不设起付标准	20%	1055 元

中山市社会医疗保险就医指南

(2022 医保年度基本+大病最高统筹限额: 633048 元)

(2022 医保年度基本+大病+补充最高统筹限额: 1055080 元)

一、市内就医须知

1. 参保人在门诊就医时应出示本人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。
2. 参保人住院, 应凭本人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。
3. 参保人入院时因特殊原因暂不能出示身份证或社会保障卡等的, 应向定点医疗机构说明原因, 并于入院后 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, 待出示本人身份证或社会保障卡等后, 再结算此次住院医疗费用。
4. 参保人因病情需要市内转诊(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为其办理转诊手续后, 参保人于次日内在转入定点医疗机构办理入院手续的, 可连续计算住院起付标准。

二、普通门诊选点和转诊制度

1. 参保人可持医疗保障凭证向一家社区定点医疗机构、各医保服务窗口或线上渠道办理普通门诊选点。该社区管理机构管辖范围内的所有社区定点医疗机构及相关联的镇街级定点医疗机构均为其就医点。参保人如需变更就医选点的, 自办理变更手续的次月起, 到变更后的定点医疗机构就医, 按规定享受相应的普通门诊统筹待遇。
2. 因病情需要, 参保人从社区定点医疗机构转诊到相关联的镇街级定点医疗机构就医的, 享受社区定点医疗机构同等待遇; 再从镇街级定点医疗机构转诊到本市直属(含直管)定点医疗机构就医的, 享受镇街级定点医疗机构同等待遇。需于次日内就医才能享受门诊转诊待遇。

三、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, 待遇享受有效期自定点医疗机构按照规定将认定信息上传至医保系统备案之日起, 按照自然日计算, 到期自动终止。
3. 门诊选点要求: 一类门诊选择 1 家符合条件的作为费用结算机构。二类门诊仅参加城乡居民基本医疗保险的选择 1 至 3 家符合条件的作为费用结算机构, 除患传染类疾病门诊外, 其中至少 1 家为社区定点医疗机构; 参加城乡居民补充医疗的在本市定点医院中选定符合条件的作为其费用结算机构。
4. 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, 持本人医疗保障凭证及相关证明材料到市行政服务中心医保服务窗口或各镇街医保职能部门窗口办理变更手续, 变更成功次日生效。
5. 参保人门诊特定病种待遇在有效期结束后自动失效, 如需继续享受的, 应在有效期满前 30 日内或有效期终止后 30 日内向定点医疗机构申请办理续期。续期流程按照认定流程执行。

四、异地就医备案手续

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, 提供相应材料到“粤医保”小程序自助办理或到市行政服务中心医保服务窗口或各镇街医保服务窗口备案登记, 选择一个异地统筹区作为就医地, 备案后在我市定点医疗机构就医不能刷卡结算。

五、异地转诊手续

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, 需由本市具有转院资格的定点医疗机构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, 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。
2. 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原转出定点医疗机构、市行政服务中心医保服务窗口或各镇街医保服务窗口办理异地就医再转诊备案手续审批。
3. 参保人办理了异地转诊手续, 仅限在选定转诊定点医疗机构就医, 自转诊备案成功之日起 3 个月内有效。每次异地转诊手续享受本次转诊的同一种疾病 3 个月内多次住院待遇, 及治疗该病种的多次门诊特定病种待遇。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。
4. 具有异地转诊资格的我市定点医疗机构有: 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。

六、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>)住院和门诊的, 可凭身份证和社保卡进行入院登记, 出院时或结算时凭本人医疗保障凭证直接联网结算。
2. 已办理有效异地就医备案或有效转院手续的, 住院和门诊特定病种按市内同级医院待遇支付。普通门诊年度最高支付限额为普通门诊医疗费用全年包干费额度, 城乡居民基本医疗保险统筹支付 20%, 补充医疗保险医保统筹支付 20%。
3. 参保人自行到市外定点医疗机构住院和符合转诊条件但未办理转诊手续的门诊特定病种发生的医保费用的 50%按规定予以报销。自行到非定点医疗机构发生的医疗费用, 除急诊、抢救外, 城乡居民基本医疗保险统筹基金不予支付。
4. 临时外出疑似急诊的, 在入院后出院前持病情记录、急诊诊断证明等能确认入院情况的资料, 到市行政服务中心医保服务窗口或各镇街医保职能部门窗口登记审批, 如确属于临时外出急诊的, 则按市内同级医院待遇支付。
5. 未能联网结算的异地住院或门诊特定病种医疗费用先由个人垫付, 出院后一年内到市行政服务中心医保服务窗口或各镇街医保职能部门窗口办理医疗费用零星报销。