

2024年度中山市职工医疗保险缴费标准及待遇表

参保人群及缴费基数	缴费费率		险种和最高支付限额	医保待遇（2024.1.1-2024.12.31）							
	统账结合	单建统筹		普通门诊待遇（不设起付标准）							
用人单位及职工 个人缴费基数为本人月工资收入（设定上下限）	用人单位缴纳5.8%； 个人缴纳2.0%	用人单位缴纳3.3%； 个人缴纳0.7%	基本 医疗 保 险	统 账 结 合 1 2 2 0 7 4 8 元	单 建 统 筹 8 1 3 8 3 2 元	医保费用		统账结合统筹支付		单建统筹统筹支付	
								在职人员	退休人员	在职人员	退休人员
						社区定点医疗机构		80%	82%	70%	72%
						镇街级定点医疗机构		70%	72%	60%	62%
						市直属（含直管）定点医疗机构（转诊/急诊）		60%	62%	50%	52%
						市直属（含直管）定点医疗机构（选点）		50%	52%	/	/
						年度最高支付限额		3051元		2543元	
灵活就业人员（4060-20300元之间选择）	个人缴纳7.0%	个人缴纳3.2%			一类门诊特定病种待遇（不设起付标准）						
失业人员 6760元	参加统账结合： 从失业基金支出7.8%，个人不缴纳				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： 肾脏移植术后抗排异治疗、造血干细胞移植术后抗排异治疗、心脏移植术后抗排异治疗、肺脏移植术后抗排异治疗、慢性肾功能不全（血透治疗）、慢性肾功能不全（腹透治疗）、肝脏移植术后抗排异治疗、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、耐多药肺结核、精神分裂症（长效针剂） 年度最高支付限额： 所有险种年度最高支付限额合计					
	工伤残退职工按伤残津贴	参加统账结合： 工伤基金缴纳5.0%，个人缴纳2.0%				报销比例： 诊治门诊特定病种的医保费用，按相应职工基本医疗保险参保类型的市内同级别定点医疗机构住院支付比例标准。					
退役士兵待安排工作期间6760元	参加统账结合： 财政补助5.8%，个人缴纳2.0%				二类门诊特定病种待遇（不设起付标准）						
残疾军人 6760元	用人单位缴纳5.8%， 财政补助2.0%	用人单位缴纳3.3%， 财政补助0.7%			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： 统账结合12000元；单建统筹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（非放化疗）、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、多发性硬化 年度最高支付限额： 12000元					
	未就业的参加统账结合： 财政补助7.0%				报销比例： 诊治门诊特定病种的医保费用，统账结合在职人员统筹支付80%、退休人员统筹支付82%；单建统筹在职人员统筹支付70%、退休人员统筹支付72%。						
达到法定退休年龄未达缴费年限按月缴费人员 6760元	个人缴纳5.0%	个人缴纳2.5%			个人账户：统账结合参保人建立个人账户，在职人员按个人缴费基数的2%计入。退休人员按每月133元的标准计入，达到法定退休年龄但不符合缴费年限且选择按月缴费期间不计发个人账户。						
			住院待遇（含日间手术）								
			医保费用		起付标准/元		统账结合统筹支付		单建统筹统筹支付		
			住院	日间手术	在职人员	退休人员	在职人员	退休人员			
起付标准	一级医院	400	200	95%	97%	92%	94%				
	二级医院	600	400	92%	94%	90%	92%				
年度最高支付限额部分	三级医院	800	600	90%	92%	85%	87%				
	办理有效的异地就医备案或市外转诊手续		按市内同级定点医疗机构起付标准和支付比例报销								
年度最高支付限额		<1年		406916元		203458元					
		≥1年		1220748元		813832元					
参加职工基本医疗保险的参保人，单位及个人无需缴费	大病 医 疗 保 险	统 账 结 合 8 1 3 8 3 2 元	单 建 统 筹 4 0 6 9 1 6 元	住院和门诊享受基本医疗保险待遇后，同一医保年度内个人支付的合规医疗费用累计		统账结合人员		单建统筹人员			
						起付标准		起付标准		统筹支付	
				3000元<自付≤8000元		80%		12000元<自付≤30000元		60%	
				自付>8000元		85%		自付>30000元		65%	
最高支付限额		<1年		406916元		<1年		203458元			
		≥1年		813832元		≥1年		406916元			

说明：此表所指退休人员指本市职工基本医疗保险参保人经审批符合退休资格或达到法定退休年龄且符合缴费年限的人员，按规定可享受退休人员职工基本医疗保险待遇。

中山市社会医疗保险就医指南

(2024 医保年度统账结合职工基本+大病最高统筹限额: 2034580 元)

(2024 医保年度单建统筹职工基本+大病最高统筹限额: 1220748 元)

一、就医须知

1. 参保人员在定点医药机构就医购药时, 应主动表明参保身份, 出示医保电子凭证或社会保障卡等有效凭证, 遵守就医地就医、购药有关流程和规范。
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. 参保人应当选定 1 个镇街(或片区)社区卫生服务中心(含其管辖的定点社区卫生服务站、镇街级定点医疗机构)为其普通门诊统筹定点医疗机构。参保人可在粤医保小程序或到我市卫生服务医疗机构或各医保经办服务窗口办理普通门诊选点, 首次办理选点立即生效。如需变更普通门诊统筹定点医疗机构的, 按规定办理变更手续, 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. 统账结合职工基本医疗保险参保人在选定普通门诊统筹定点医疗机构后, 可再选定 1 家本市直属(含直管)定点医疗机构门诊就医。参保人如需变更市直属(含直管)定点医疗机构的, 应当按有关规定办理变更手续, 办理变更手续后即时生效, 到变更后定点医疗机构就医, 按规定享受相应的普通门诊统筹待遇。
3. 因病情需要从镇街转至本市直属(含直管)定点医疗机构就医发生的医保费用, 需在次日内就医方可享受普通门诊转诊待遇; 如参保人选定的镇街未设镇街级定点医疗机构的, 可在选定的社区卫生服务中心(含其管辖的定点社区卫生服务站)办理转诊手续。
4. 本市直属(含直管)定点医疗机构包括: 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、中山市骨科医院、中山市口腔医院。

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: 一类门特选择 1 家符合条件的作为费用结算机构。二类门特参加单建统筹的选择 1 至 3 家符合条件的作为费用结算机构(已办理异地就医备案的在备案就医地选定 1 家), 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; 参加统账结合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(已办理异地就医备案的, 在备案就医地选定符合条件的作为其门特费用结算医疗机构)。
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, 可在有效期满前 30 日内或在有效期终止后 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”小程序或广东省政务服务网(可同时办理普通门诊选点)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。已上线联网结算医院可在国家医保服务平台网站(<http://fuwu.nhsa.gov.cn>)查询。

五、异地转诊手续

1. 符合市外转诊条件从本市定点医疗机构转往市外医院就医的, 需由本市具有转诊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。
2. 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 6 个月内有效。参保人每次异地转诊备案手续可享受 6 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 6 个月或超过 6 个月仍未就医的, 应重新办理异地转诊手续。
3. 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、中山市骨科医院、江门市中心医院、江门市五邑中医院。

六、异地就医报销待遇

1. 已办理有效异地就医备案或有效转诊手续的, 住院和门诊特定病种按市内同级医院待遇支付, 异地普通门诊待遇详见《中山市异地就医备案登记办事指南》。
2. 参保人自行到市外定点医疗机构住院和门诊特定病种发生的医保费用和合规医疗费用的 80%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, 职工基本医疗保险统筹基金不予支付。
3. 未能联网结算的异地住院或门诊医疗费用先由个人垫付, 可自门诊就医日或出院日起 1 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。

说明: 如有异议, 以相关政策文件为准。