医保服务

目录

第一篇. 重要医保概念介绍 3

一、 医保目录 4

二、 医保限定支付范围 4

1. 概念及举例 4

2. 查询方式 4

第二篇. 广州市医保 6

一、 适用人群 6

二、 就医管理规定 6

1. 普通门诊 6

2. 住院 7

3. 门诊特定病种（以下简称“门特”） 7

三、 就医流程 8

1. 普通门诊及住院 8

2. 门特 8

（1） 申请及使用流程 8

（2） 申请条件 8

四、 就医待遇 9

1. 普通门诊 9

2. 住院 9

3. 门特 10

4. 穗岁康待遇 11

五、 医保结算单举例（以住院为例） 12

第三篇. 省直、市直医保 14

一、 适用人群 14

二、 门诊特殊检查或治疗项目审批流程 14

三、 住院备案流程 14

四、 特殊材料记账规定 15

五、 门诊特定病种 15

1. 申请条件 15
2. 申请流程 16
第四篇. 广东省内其他各地市医保（除外广州） 17
一、 适用人群 17
二、 住院流程及备案渠道 17
1. 住院流程 17
2. 备案渠道 18
3. 注意事项 18
三、 门特认定及使用 19
1. 门特认定流程 19
2. 门特认定材料 20
3. 门特使用规定 20
4. 门特待遇追溯 20
四、 普通门诊 21
五、 各地市咨询电话（微信扫描下方二维码查看） 21
六、 结算待遇政策 22
第五篇. 广东省外异地医保 28
一、 适用人群 28
二、 普通门诊及门特 28
三、 住院流程及待遇 29
1. 住院流程 29
2. 住院待遇 29
第六篇. 补记账 30
一、 适用情形 30
二、 门诊医疗费用 30
1. 补记账规定 30
2. 补记账流程 31
三、 住院医疗费用 32
1. 补记账规定 32
2. 补记账流程 32

本指南所依据的政策截止至2022年11月，后续有其他重大更新可查阅我院门诊服务公众号或其他官方渠道。我院常见医保咨询方式如下：

1. 现场咨询：

越秀院区：越秀院区1号楼1楼门诊综合服务中心4号窗口

黄埔院区：黄埔院区1楼大厅综合服务中心3、4号窗

2. 电话咨询：

越秀院区：020-87342921　020-87343133

黄埔院区：020-87341480

3. 线上咨询：

下载并安装“中肿掌上就医”App—在门诊模块中选择就医咨询—呼叫人工客服后申请转至医保客服咨询

第一篇.重要医保概念介绍

一、医保目录

根据医保报销规定，所有药品、耗材、诊疗项目可分为甲类、乙类和自费类：

- **甲类：**全部纳入医保，按共付段比例报销。
- **乙类：**参保人按比例先自付一部分费用后，剩余费用纳入医保按共付段比例报。
- **自费类：**费用不纳入医保，全部由参保人承担。

二、医保限定支付范围

1．概念及举例

基本医疗保险目录中对部分药品、耗材以及医疗服务项目规定了支付范围，若患者病情符合支付范围，则按照该项目所属的医保等级（甲/乙类）纳入医保报销，若病情不符合，则自费支付。

举例：“聚乙二醇化重组人粒细胞刺激因子”属于乙类药品，但基本医疗保险药品目录中规定限制用药范围为“限前次化疗曾发生重度中性粒细胞减少合并发热的患者”，当患者病情不符合该限定支付范围时，即前次化疗没有发生重度中性粒细胞减少合并发热，则视为不符合医保限定支付范围，患者需自费承担。

2．查询方式

①**门诊患者：**处方或门诊费用清单上显示为“支付”的即表示患者病情符合医保限定支付范围，显示为“不支付”则表示患者病情不符合医保限定支付范围，显示空白则表示该药品没有限定支付范围，直接按照医保目录等级支付。

②**住院患者：**办理出院时可在护士站查看参保人自费知情同意书的附表，其中“是否为限制性用药”列标记为是的，即代表患者病情不符合医保限定支付范围，已按自费处理。也可在完成出院结算后，在住院费用清单上查看。

药品的详细医保限定支付范围可通过国务院客户端小程序查询，具体查询路径如下：**国务院客户端——主题服务——医疗——医保药品目录——输入药品通用名称**。

第二篇.广州市医保

一、 适用人群

- 广州市职工基本医疗保险参保人
- 广州市城乡居民基本医疗保险参保人

二、 就医管理规定

1. 普通门诊

（1） 我院为三级甲等肿瘤专科医院，参保患者在我院就医，无需办理选点。

（2） 对于以非肿瘤疾病为主要检查治疗目的或以体检为目的到门诊就诊的参保患者，原则上不得纳入医保记账。

（3） 门诊处方一般不得超过 7 日用量；急诊处方一般不得超过 3 日用量。对于因肿瘤或其他慢性疾病需长期服用的同一类药物，处方不得超过 1 个月用量，部分药物可延长至 3 个月，具体药品范围以我院药事管理与药物治疗学委员会或药学部相关规定为准。

（4） 对于门诊联网结算的参保患者，再次开药时间不得提前超过 7 天，如确有特殊情况，应由参保患者提供纸质情况说明，医保办审核后纳入医保记账。

2．住院

（1） 参保人住院期间不能在本院门诊使用医保记账（含普通门诊及门诊特殊病种）。

（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，自医嘱出院日期的次日起，所发生费用须有个人支付。

（3） 出院带口服药的品种和数量应符合本次就诊疾病病情所需，一般不得超过 7 日用量，出院不得开具诊疗项目及医疗服务设施等费用。

（4） 出院后因病情需要，符合入院标准的可再次入院治疗，与出院时间长短无关。

3．门诊特定病种（以下简称“门特”）

（1） 同一门特病种只能选 1 家医院使用，如在外院已有同一病种的申请，需在我院进行门特变更或者待有效期过期后，再来本院申请同类门特病种。

（2） 门特批文两年有效，请妥善保存。患者每次就医均需携带纸质批文前往人工收费窗口出示批文缴费；已开通医保电子凭证的，可通过我院 APP 或小程序进行医保移动支付，但需正确选择待遇类型

（3） 续期患者最早可提前 30 天办理，提前时间过早无法办理。

（4） 参保人住院期间不得同时享受门诊特定病种待遇。

（5） 恶性肿瘤辅助治疗门特不得用于化疗（含靶向、免疫、内分泌

治疗）及放疗项目的记账。

三、 就医流程

1．普通门诊及住院

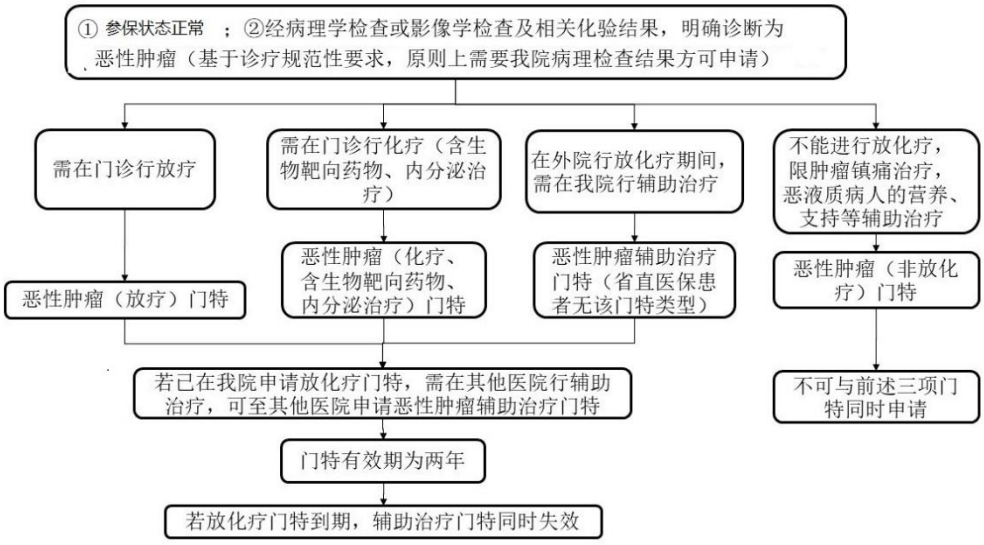
带齐身份证、医保卡等相关证件→直接前往我院就诊并缴费（无需办理选点手续）

2．门特

（1） 申请及使用流程

副主任或以上医师审核参保人是否符合申请条件→若符合，医生在线上提交申请→参保人带齐身份证、医保卡、病理报告或与诊断相关的检验检查结果前往医保窗口审核，门特续期应携带我院原有门特批文（越秀：一号楼 1 楼综合服务中心 4 号窗；黄埔：1 楼大厅综合服务中心 3、4 号窗）→审核通过，领取门特批文→前往收费处缴费，缴费时必须主动出示门特批文。

（2） 申请条件



四、 就医待遇

1．普通门诊

人员类型	共付段统筹基金支付比例			统筹基金最高支付限额
	基层医疗机构	其他医疗机构和指定专科医疗机构（直接就医）	其他医疗机构和指定专科医疗机构（经选定基层医疗机构转诊后 30 日内）	
未成年人及在校学生	80%	50%	55%	1000 元/人·年
其他居民	60%	/	/	600 元/人·年
职工	80%	45%	55%	300 元/人·月 不滚存、不累计

2．住院

人员类别	起付标准	共付段统筹基金支付比例
未成年人及中小学生	500 元	80%
其他居民	500 元	70%
在职职工	1600 元	80%
退休人员	1120 元	86%

3．门特

符合申请条件的患者成功办理门特后，在门诊发生的相关医疗费用可享受住院报销待遇，具体待遇如下：

<table>
<tr><th colspan="2">门诊特定病种</th><th colspan="2">医保每月最高报销金额</th><th rowspan="2">有效期</th><th rowspan="2">申请及适用范围</th><th rowspan="2">是否有限定报销范围</th></tr>
<tr><th>分类</th><th>病种名称</th><th>职工医保</th><th>城乡居民医保</th></tr>
<tr><td>二类</td><td>恶性肿瘤放射治疗</td><td colspan="2">无</td><td>两年</td><td rowspan="4">本院申请，本院使用</td><td rowspan="4">无二级目录限制，但检查及治疗项目需跟肿瘤相关</td></tr>
<tr><td>二类</td><td>恶性肿瘤化学治疗</td><td colspan="2">无</td><td>两年</td></tr>
<tr><td>二类</td><td>恶性肿瘤辅助治疗</td><td colspan="2">无</td><td>两年</td></tr>
<tr><td>二类</td><td>恶性肿瘤（非放化疗）</td><td>800 元/月</td><td>640 元/月</td><td>两年</td></tr>
<tr><td>一类</td><td>高血压病</td><td>200 元/月</td><td>50 元/月</td><td>长期</td><td rowspan="4">外院申请，可在我院使用；
我院暂不开放申请</td><td rowspan="4">有对应药品及诊疗项目报销目录(即二级目录)，目录以外的不予报销</td></tr>
<tr><td>一类</td><td>糖尿病</td><td>200 元/月</td><td>50 元/月</td><td>长期</td></tr>
<tr><td>一类</td><td>冠状动脉粥样硬化性心脏病</td><td>200 元/月</td><td>50 元/月</td><td>长期</td></tr>
<tr><td>一类</td><td>肝硬化</td><td>400 元/月</td><td>50 元/月</td><td>长期</td></tr>
</table>

4. 穗岁康待遇

<table>
<tr><td colspan="6">产品条款：详见“穗岁康”微信公众号投保须知
参保无限制：不限年龄、不限既往史、不限职业、无等待期</td></tr>
<tr><th>待遇</th><th>保障范围</th><th>年度免赔额</th><th>赔付比例</th><th>年度支付限额</th><th>备注</th></tr>
<tr><td>穗岁康 I</td><td>住院+门特：目录内起付线及共付段内个人负担的基本医疗费用补偿</td><td>1.6 万元</td><td>80%</td><td>100 万元</td><td>起付线不纳入穗岁康 I 的免赔额累计</td></tr>
<tr><td>穗岁康 II</td><td>住院：目录外合规药品费用+检验检查费用</td><td>1.6 万元</td><td>70%</td><td>100 万元</td><td rowspan="3">①乙类项目先行自付费用
②集采药品、居民医保检查检验等超限额费用
③限制性用药不符合限制支付范围的费用
④医保目录外且不属于负面清单的费用</td></tr>
<tr><td>穗岁康 III-1</td><td>普通门诊（含急诊）+门特：目录外合规药品费用
①协议期内谈判药品
②符合指定适应症范围的创新药品</td><td>1.6 万元</td><td>60%</td><td rowspan="2">30 万元</td></tr>
<tr><td>穗岁康 III-2</td><td>其他合规药品</td><td>4.5 万元</td><td>50%</td></tr>
<tr><td>特定人群</td><td>指定病种筛查费用补偿</td><td>无</td><td>80%</td><td>最高支付 100 元
单次筛查费用低于 100 元按实际费用的 80%支付</td><td>鼻咽癌、肝癌、乳腺癌、前列腺癌、大肠癌等</td></tr>
</table>

咨询热线：穗岁康专线 400-830-8843；中国人寿寿险 95519；中国人保财险 95518；平安养老 95511-6；太平洋寿险：95500

五、 医保结算单示例（以住院为例）

参保人在我院各收费窗口办理医保结算后，应主动请收费员打印医保结算单，并对结算单上的各项金额进行核对，有疑问的需当场向收费员提出，或到医保前台咨询处理。为便于各位参保人理解结算单，现对医保结算单解释如下：

以某位广州市居民医保住院患者为例，本次住院总费用10,252.97元，基金支付3,227.36元，个人支付7,025.61元，医保报销情况详见下表：

	个人现金	基本医疗保险	重大疾病补助	基本药物补助	补充医疗保险	合计
诊查费	0	0	0	0	0	0
床位费	0	0	0	0	0	0
自费费用	4,350.21	0	0	0	0	4,350.21
部分项目自付费用	657.15	0	0	0	0	657.15
起付标准以下费用	500	0	0	0	0	500
基本医疗共付段	1,383.16	3,227.36	0	0	0	4,610.52
重大疾病共付段	0	0	0	0	0	0
超限额以上费用	135.09	0	0	0	0	135.09
合计	**7,025.61**	**3,227.36**	**0**	**0**	**0**	**10,252.97**

其中：

1）**自费费用：**指医保目录等级为自费以及不符合医保限定支付范围的药品、耗材、诊疗项目等。本例中自费费用总计4,350.21元；

2）**部分项目自付费用：**指医保目录等级为乙类的药品、诊疗项目、医保服务设施中需要个人先自付的部分，本例中部分项目自付费用累计为657.15元；

3）**起付标准以下费用：**指起付线，医保局根据不同的参保人员类别及医院等级类别设定了相应起付标准。本例中按照医保规定，城乡居民在三级医院住院治疗，起付线为 500 元；

4）**基本医疗共付段：**指起付标准以上至统筹基金最高支付限额以内应由参保人员和医保统筹基金按比例共同负担的医保基本医疗费用。医保局根据不同的参保人员类别及医院等级类别设定了相应支付比例。

本例中基本医疗共付段总金额为 4,610.52 元，按照医保规定，其他居民在三级医院住院治疗，医保统筹基金报销 70%，因此共付段医保统筹基金需支付 3,227.36 元，个人应负担 1,383.16 元。

5）**超限额以上费用：**指超出住院检验检查费限额部分的费用（仅针对城乡居民社会医疗保险）、统筹基金年度累计最高支付限额以上费用及因药品集中采购所致的超限价费用。本例中因药品集中采购所致的超限价金额为 135.09 元，因此超限额以上费用累计 135.09 元。

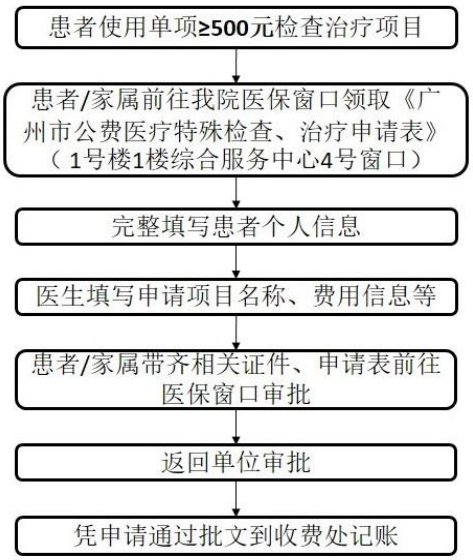
第三篇.省直、市直医保

一、 适用人群

- 广东省直医保
- 广州市直医保（含纳入市直的区属医保）
- 越秀区、荔湾区、海珠区公费医疗

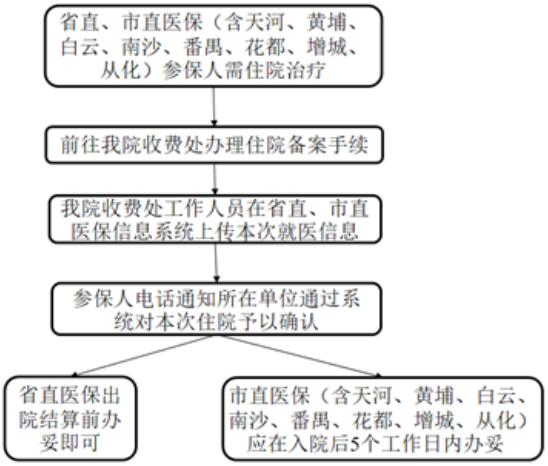
二、 门诊特殊检查或治疗项目审批流程

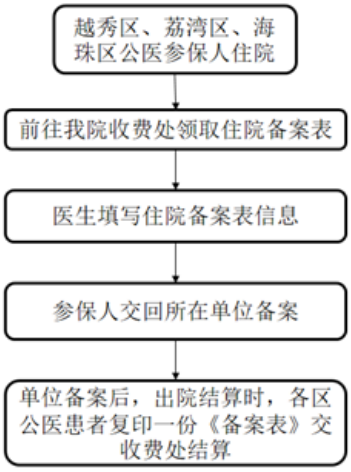
越秀、荔湾、海珠区公医患者开具大于等于500元的检查治疗项目时需审批，审批流程如下：



三、 住院备案流程

参保人需住院治疗时，应前往**我院收费处**办理住院备案手续，备案流程如下图所示：





四、 特殊材料记账规定

省直、市直（含纳入市直医保管理的区属医保）参保人住院或门特使用单项费用高于 1 万元的耗材时，参保人应前往我院医保前台，申请办理高值耗材备案手续，经参保人所在单位确认后，费用按规定支付。

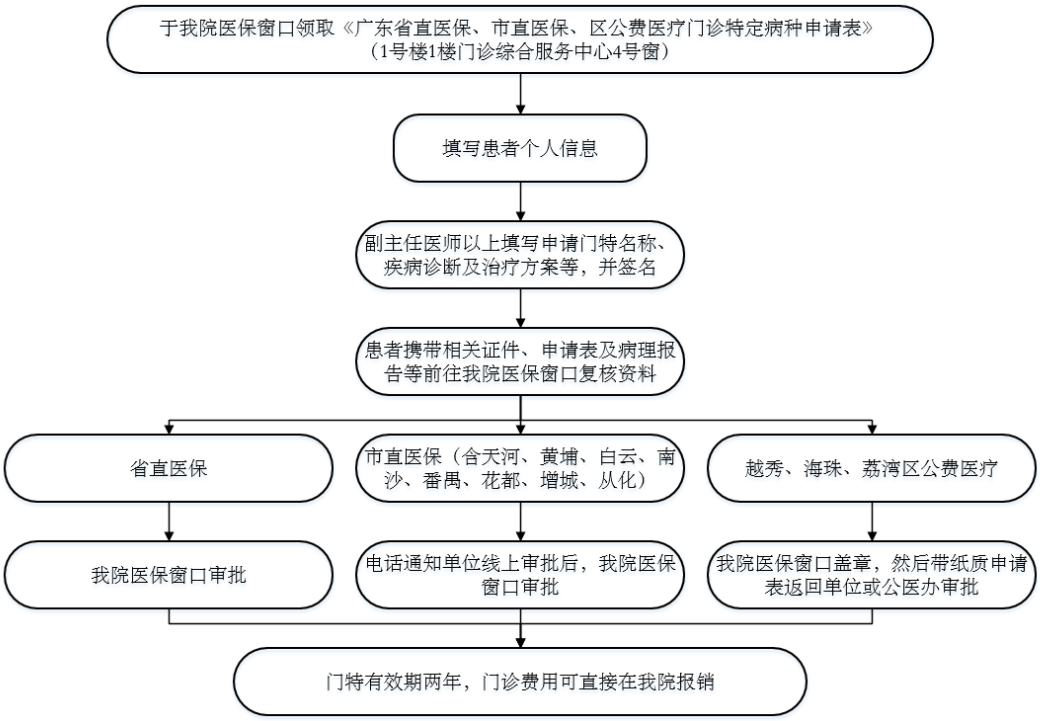
患者类别	待遇类型	耗材费用类别	记账规定	自付部分累计
省直、市直医保（含纳入市直医保管理的区属医保）	普通住院 门诊特定病种	1 万元＜单项费用≤3 万元	自付 10%	个人先自付费用，纳入大病保险合规医疗费用支付范围，不纳入补充医疗保险支付范围
		3 万元＜单项费用≤5 万元	自付 15%	
		单项费用＞5 万元	自付 20%	

五、 门诊特定病种

1．申请条件

见“第二篇 广州市医保→就医流程→门特→申请条件”

2. 申请流程



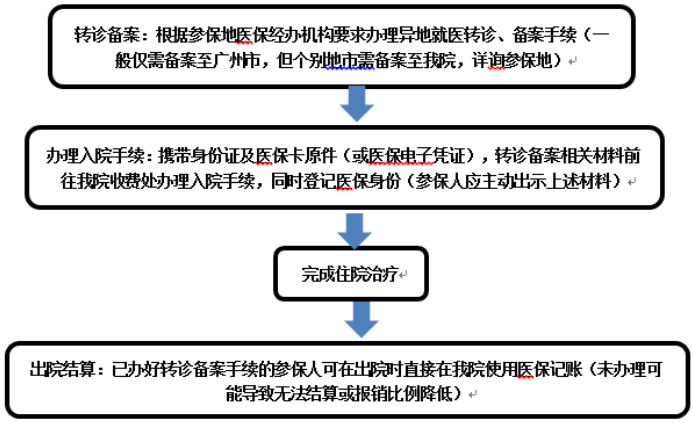
第四篇.广东省内其他各地市医保（除外广州）

一、 适用人群

- **异地安置退休人员：**指退休后在广州定居并迁入户籍的人员。
- **异地长期居住人员：**近期拟在或已在广州连续居住生活半年以上的人员，根据居住证等材料办理。
- **常驻异地工作人员：**指用人单位派驻广州工作且符合参保地规定的人员，根据派出证明、异地工作证明、工作合同等材料办理。
- **异地转诊人员：**指符合参保地转诊转院规定的人员。
- **临时异地就医人员：**因紧急救治和抢救需要，在广州定点医疗机构接受紧急诊疗的人员。

二、 住院流程及备案渠道

1. 住院流程



2．备案渠道

（1）手机端备案（推荐）：微信小程序“粤省事”、“粤医保”

粤省事　　粤医保

（2）“粤省事”操作流程

①登录→我的→我的证照：选择社会保障卡并授权关联

②返回粤省事主页→左上角切换至所在参保地→医保

③就医保障：异地就医→异地就医备案登记→按页面提示准备相关材料并上传

（3）“粤医保”操作流程

①激活医保电子凭证

②首页：异地就医备案→阅读《备案告知书》→填写备案信息

（4）现场办理

前往各参保地医保中心、社保中心服务大厅办理。可提前电话咨询参保地具体要求及流程。

3．注意事项

（1）我院越秀院区和黄埔院区的异地就医机构编码均为H44010400129

（2）备案进度及所需时长具体以参保地办理规定为准，为避免影响

待遇如有任何疑问请拨打参保地经办机构电话咨询（区号+12333 或12345）。

三、 门特认定及使用 （以下流程仅供参考，具体需以各地市或区县实际执行的流程为准）

1．门特认定流程(首次申请)

①在我院直接审批，审批即可使用：东莞、云浮；

②我院审批并联系参保地备案后可使用：佛山、汕头（先备案后申请门特）、中山、韶关、肇庆、江门、茂名、揭阳、汕尾；

③需返回参保地办理门特审批及备案手续：河源、珠海、清远、湛江、潮州、梅州、惠州、深圳、阳江。

2. 门特认定材料

返回参保地认定门特需准备的材料（仅供参考，详询各地医保经办机构）：

（1）门诊特定病种待遇认定申请表；

（2）疾病诊断证明、病理报告、CT、MR 等检查检验报告等（医疗机构盖章）；

（3）出院记录（如办理门特前有住院）；

（4）身份证及医保卡原件

特殊情况：清远要求医疗机构出具治疗方案（咨询当地领取表格）并加盖医疗机构印章；

3. 门特使用规定

（1）放化疗门特：记账放化疗项目、放化疗期间的检验检查、辅助治疗药物等；

（2）非放化疗门特：恶性肿瘤镇痛治疗，恶液质病人的营养、支持等辅助治疗

注意：清远、珠海、深圳对放化疗及非放化疗门特的使用有其他规定，详询参保地。

4. 门特待遇追溯

确诊恶性肿瘤后，门特认定成功前的门诊放化疗费用及检验检查费用请参保人自行咨询参保地医保经办机构是否能带回参保地报销！

四、 普通门诊

部分地市普通门诊暂未开通，普通门诊使用及报销政策详询参保地

五、各地市咨询电话（微信扫描下方二维码查看）

六、结算待遇政策

省内异地就医直接结算原则上执行就医地（广州市）的支付范围及有关规定，起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊特定病种范围等报销政策执行参保地规定。**注意：信息均来源于广东省内各地市医保部门官方网站，但无法做到实时更新，若与当地实际医保政策有出入的，请以当地医保部门的政策解释为准**。

省内各地市住院待遇

地市	基本医疗保险住院待遇（市外三级医疗机构）		
	起付标准	报销比例	最高支付限额
东莞	2000 元（14 岁以下儿童减半） 常住异地备案 1300 元	**已办理备案及转院（按年度纳入医保结算的金额）** 住院费用≤8 万元：在职 85%；退休 90% 8 万元＜住院费用≤16 万元：在职 75%；退休 80% 住院费用＞16 万元：在职 65%；退休 70% **未办备案及转院支付比例下降 15%**	连续参保缴费时间≤2 个月：无额度 2＜连续参保缴费时间≤12 个月：3 万 12＜连续参保缴费时间≤24 个月：5 万 连续参保缴费时间＞24 月：上年度全市职工年平均工资的 8 倍
云浮	1500 元	①职工：异地居住 85%。其他：首次市外住院 65%，非首次 75% ②居民：异地居住 75%。其他：首次市外住院 75%，非首次 60%	①职工：基本医疗保险 50 万/年+大病 30 万/年 ②居民：基本医疗保险 30 万/年+大病 20 万/年
韶关	1600 元	① 职工：转诊 80%(退休职工 83%)，未转诊 55%（退休职工 58%）； ② 居民：转诊 70%，未转诊降低 45%	①职工：基本医疗保险 15 万/年+大病 40 万/年 ②居民：参保一年 20 万，参保一年以上 25 万元
佛山	1200 元	已转诊 85%；未转诊 51%（不区分职工和居民）	详询参保地

地市	基本医疗保险住院待遇（市外三级医疗机构）		
	起付标准	报销比例	最高支付限额
汕头	1000 元	① 职工：转诊 72%（退休职工 76%）；未转诊 60%； ② 居民：转诊 60%，未转诊 45%	①在职及退休职工：参保一年以内 10 万，一年以上 40 万 ②居民：参保一年以内 10 万，一年以上 25 万
中山	职工 800 元 居民 1000 元	**有转院**：①职工：统账 90%；单账 85%；②退休职工：统账 92%；单账 87%；③居民：转院 80% **无转院**：①职工和退休职工：仅纳入当次住院纳入统筹金额的 70%，比例不变；②居民：仅纳入当次住院纳入统筹金额的 50%，比例不变	**职工**：①统账：满一年 94 万，不满一年 31 万 ②单账：不满一年 15 万，满一年 63 万 **居民**：基本医疗保险 42 万
肇庆	①异地常住人员：1200 元 ②临时转外就医人员：1440 元	① 在职：异地常住 80%，异地转诊 70%，未转诊 50% ② 退休：异地常住 85%，异地转诊 75%，未转诊 55% ③ 居民：异地常住 70%，异地转诊 60%，未转诊 40%	基本医疗保险：职工 30 万/年；居民 22 万/年
江门	① 异地常住人员：900 元（退休职工 800 元） ② 临时转外就医人员：1500 元（退休职工 1400 元）	异地常住人员：职工 83%（退休职工 86%）；居民 65% 临时转外就医有转诊：职工 64%（退休职工 67%）；居民 40% 临时转外就医无转诊：职工 32%（退休职工 35%）；居民 20% 无转诊无备案：无法结算	职工 65 万/年 居民 30 万/年
揭阳	1200 元	① 职工：75% ② 居民：60%	①基本医疗保险：30 万 ②大病：职工 40 万；居民 25 万
茂名	第一次 1000 元，第二次 900 元，第三次 800 元，第四次 700 元，第四次以后均为 700 元	① 职工：异地常住 80%；异地就医转诊 75%，未转诊 60% ② 退休：异地常住 85%；异地就医转诊 80%，未转诊 65% ③ 居民：异地常住 65%；异地就医转诊 60%，未转诊 45%	①基本医疗保险：职工 20 万；居民 18 万 ②大病医疗保险：职工 40 万；居民 30 万
珠海	成年人 1000 元，未成年人减半，同一医保年内达到第五次住院均减半（成年人 500 元，未成年人 250 元）	异地常住：一档在职 92%，退休职工 94%。二档居民及单账 90% 异地转诊就医：有转诊报销比例与上相比降低 2%； 单价 2000 以上的材料，先自费 10%，然后按 70%报销；没有转诊：报销比例均为 60%；单价 2000 以上的材料，按 60%报销	①连续参保 6 个月（含第 6 个月）：2 万 ②6 个月以上 12 个月以内（含第 12 个月）：8 万 ③12 个月以上：40 万 居民集中参保期缴费，次年基本医疗保险最高限额 40 万

地市	基本医疗保险住院待遇（市外三级医疗机构）		
	起付标准	**报销比例**	**最高支付限额**
潮州	1200 元	职工 70%；居民 60%	职工 35 万；居民 30 万
梅州	职工和居民： ① 有备案 650 元 ② 无备案 1600 元	① 在职：转诊 85%，未转诊 80% ② 退休：转诊 90%，未转诊 85% ③ 居民：转诊 60%，未转诊 50%	职工基本医疗保险 11 万+补充险 30 万 居民基本医疗保险 50 万+大病 20 万
阳江	① 异地常住人员 900 元 ② 临时转外就医人员 1000 元	①在职：异地居住 76%，转诊 66%，未转诊 61% ②退休：异地居住 78%，转诊 68%，未转诊 63% ③居民：异地居住 60%，转诊 50%，未转诊 45%	基本医疗保险 10 万+大病 20 万
汕尾	800 元	备案：职工 80%；居民 60%； 未备案：无法结算，带回参保地零星报销	职工 75.4 万，居民 65.4 万
清远	1200 元（2023 年将更新） 在当地医院办理转院手续免起付线	异地常住人员：职工 87%；退休职工 90%；居民 60% 异地转诊就医：职工 67%；退休职工 70%；居民 50%	职工 90 万；居民 50 万
河源	1000 元	异地常住人员：职工 85% 异地转诊就医：居民有备案 55%；无备案 45%；职工有备案 80%；无备案或缴费未满 6 个月 60%	居民：基本 25 万+大病 16.8 万 职工：基本 45 万+大病 16.8 万
惠州	1600 元	**异地常住：**职工 95%；居民 75% **异地转诊就医：**职工 50%；居民 45%	职工：60 万；居民 50 万
湛江	居民：500 元 职工：800 元	转诊（三级）：职工 80%，退休职工 83%，居民 50% 仅备案无转诊：职工 60%；退休职工 63%，居民 40%	职工基本 10 万；大病 70 万 居民基本 20 万，大病 60 万
深圳	无备案和转诊 1000 元 有备案或转诊 400 元	**有转诊和备案** 一档和二挡：90%（退休职工 95%） 三档：75% **无转诊备案**	参保不满 6 个月：1 万 6 个月到 12 个月：5 万 12 个月-24 个月：10 万 24 个月-36 个月：15 万 36 个月-72 个月 20 万

地市	基本医疗保险住院待遇（市外三级医疗机构）		
	起付标准	报销比例	最高支付限额
		在有转诊备案待遇的基础上乘以 0.9	72 个月以上：100 万

省内各地市门特待遇

地市	放疗及化疗门特		非放化疗门特	
	支付比例	限额	支付比例	限额
东莞	职工及居民 85%；退休职工 90%	同住院	职工及居民 75%；退休职工 80%	1.2 万/年
云浮	85%	同住院	职工 85%；居民 75%	职工 4 万/年；居民 3.2 万/年
韶关	职工 80%；退休职工 83%；居民 70% 未办异地就医备案降低 25%	同住院	职工 60%；退休职工 65%；居民 40% 未办异地就医备案降低 25%	职工 600 元/月；居民 400 元/月
佛山	90%	8 万/年（放化疗一共 8 万）	75%	1.万/年
汕头	职工 85% ；居民 75%	同住院	70%	职工 350 元/月；居民 300 元/月
中山	同住院	同住院	统账 80%；单账 70%	1.2 万/年
肇庆	同住院	职工 15 万/年；居民 12 万/年	职工 80%；居民 65%	职工 2200 元/季度；居民 1700/季度
江门	同住院	同住院	异地常住：职工 80%；居民 50% 临时转外就医：职工 72%；居民 30%	职工 3600 元/季度；居民 720 元/季度
揭阳	职工 75%；居民 60%	基本医疗保险 30 万 大病：职工 40 万；居民 25 万	职工 75%；居民 60%	职工 350 元/月；居民 300 元/月
茂名	同住院	同住院	同住院	职工 6000 元/年；居民 3600 元/年
珠海	同住院	同住院	前三年（高额）：在职和居民 80%，退休 85%；第三到八年：60%。**2022 年底政策将有调整**	前三年：1.65 万/年； 第三到八年：8000 元/年
潮州	职工 80%；居民 70%	职工 8 万/年；居民 6.4 万/年 （额度按照申请日期核准，比如职工医保额度为 8 万/年，4 月申请的门特，当年额度只有 6 万）	职工 80%；居民 70%	职工 4 万；居民 3.2 万
梅州	同住院	职工 8 万/年；居民 6 万/年	职工 75%；居民 70%	职工 6000 元/年；居民 5000 元/年

地市	放疗及化疗门特		非放化疗门特	
	支付比例	限额	支付比例	限额
阳江	同住院	同住院	同住院	职工 1200 元/月；居民 1000 元/月
汕尾	同住院	同住院	同住院	同住院
清远	同住院	同住院	同住院	职工 6000 元/年；居民 3000 元/年
河源	80%	同住院	职工和居民 70%，退休职工 73%	500 元/月
惠州	职工 95%；参保不满 6 月为 50%；居民 95%	同住院	-	-
湛江	居民 60%；职工 80%；退休职工 83%	化疗：居民 10 万/年；职工 12 万/年 放疗：居民 1.6 万/年，职工 2 万/年	居民 60%；职工 80%；退休职工 83%	职工 6000/年；居民 5000/年
深圳	放化疗及核素治疗门特报销比例：参保不满 12 个月，报销比例 60%；满 12 个月不满 36 个月，报销比例 75%；满 36 个月，报销比例 90%。	详询参保地	一档 70%，满 70 周岁 80%，二、三档 60%	年度限额 2 万

第五篇.广东省外异地医保

一、适用人群

与广东省内其他各地市医保一致，详见“第四篇. 广东省内其他各地市医保→适用人群”。

二、普通门诊及门特

截止 2022 年 9 月，全国超一半的统筹区（约 280 个地市）已启动普通门诊及恶性肿瘤放化疗门特费用跨省直接结算试点工作，参保人可微信搜索小程序“国家异地就医备案”查询参保地是否开通普通门诊及门特费用跨省直接结算。

若已开通，可前往我院人工收费窗口试结算，但若因系统等原因未能结算成功，可自费后带回参保地报销。结算失败原因及报销待遇等以参保地答复为准。

三、住院流程及待遇

1．住院流程

与广东省内其他各地市医保一致，详见“第四篇 广东省内其他各地市医保→住院流程及备案渠道”。

2．住院待遇

详询参保地医保经办机构：当地区号+12345/12333

第六篇.补记账

一、适用情形

因系统故障、医保目录异常或个人待遇异常等客观原因导致不能在我院收费窗口正常医保记账且无法及时解决，但又必须先结算时，可先通过中肿掌上就医 APP、自助机、微信公众号自费结算门诊及住院医疗费用，并根据需要在收费处领取《医疗费用医保补记账指引》，待异常原因解除后，再带齐所有医疗收据、医保卡、身份证等返院办理补记账。

医保补记账仅针对因为客观原因未能办理医保结算的情形，若因为患者个人原因（如未主动告知医保身份及出示医保凭证或个人拒绝办理医保等）造成未使用医保结算的，我院不予办理补记账。

二、门诊医疗费用

1．补记账规定

对于门诊费用，广州市职工/居民医保、广东省省直医保、广州市市直医保（纳入市直管理的各区属医保）可先自费后择期返院办理门诊费用医保补记账，其他医保身份目前不支持返院办理补记账，可自费结算后带回参保地咨询零星

报销事宜。

2. 补记账流程

（1）先支付后结算

A.通过中肿掌上就医 APP、微信公众号、自助机、处方扫码付自费支付。注意不要点击申请电子发票，否则将无法办理补记账！

B.三个月内，带好医保卡、身份证、有效门特批文等直接前往人工收费窗口办理医保补记账，无需办理退费手续。

为方便后续办理补记账，强烈建议使用该方式，但该方式不支持综合特需门诊开具的收费项目。在我院住院期间自费缴纳的门诊费用，不能再通过医保补记账享受普通门诊或门特医保待遇。办理门特待遇补记账的，请主动出示门特批文并保证费用发生日期在门特有效期内。

（2）人工窗口缴费再补记账

A.若无法通过中肿掌上就医 APP、自助机等自费缴费，可先在人工窗口自费缴费

B.根据实际情况按需在人工收费窗口领取《医疗费用医保补记账指引》

C.三个月内，前往我院人工收费窗口咨询如何办理退费手续，再按指引依次办理退费及补记账手续。若因客观原因无法成功办理退费及补记账，可至医保前台，由医保前台出

具说明，再返回医保经办机构办理零星报销。

采用人工窗口自费缴费后再退费方式，手续非常复杂，且无法保证一定能成功补记账，因此应尽量避免采用该方式。

三、住院医疗费用

1．补记账规定

对于因客观原因造成自费结算的住院费用，所有医保身份均可返院办理住院费用医保补记账（部分异地医保病友可能无法成功办理，具体以人工收费窗口实际操作结果为准）。

2．补记账流程

因系统故障、待遇冻结等原因导致无法在出院时用医保报销，且又需要先结算出院，可自费缴纳本次住院医疗费用，根据实际情况按需在人工收费窗口领取《医疗费用医保补记账指引》，三个月内带齐所有医疗收据、医保卡、身份证等前往医保前台，医保前台工作人员审核材料，并确认是否可补记账，医保前台出具退款单，前往人工收费窗口办理补记账。

若因客观原因不能成功办理补记账，可至医保前台，由医保前台出具说明，再返回参保地办理零星报销。