

广州市城镇居民
基本医疗保险宣传资料
大中专学生篇

广州市医疗保险服务管理局
二〇一〇年八月

一、参保缴费

（一）参保登记及变更

各类高等学校、中等职业技术学校及技工学校全日制就读的学生（简称“大中专学生”）不论户籍，由学校负责统一进行参保登记。

如参保人需要停止参加居民医疗保险，或需要变更参保资料的，由所在学校回原参保登记机构办理相关手续。

（二）缴费

1. 缴费标准

每个居民医保年度每人 280 元，其中，个人缴纳 80 元，政府资助 200 元。

2. 缴费方式

大中专学生应于办理居民医疗保险参保登记的次月 4-23 日，持征缴核定单到税务部门目前委托的本市建设银行、农业银行、广州银行（原广州商业银行，下同）、中国银行、交通银行、工商银行、光大银行各营业网点办理缴纳居民医疗保险费手续。可采用的缴费方式有：柜台缴费、自助终端缴费、网上银行缴费、电话银行缴费、委托银行自动转账缴费。

下一居民医保年度连续参保的应于当年 6 月 4 日起凭有效身份证件到税务部门委托的征缴银行缴交医保费，如委托银行自动转账缴费的，请保证扣款账户有足够的余额，否则，将因划扣不成功影响医保待遇的享受。

温馨提示：如委托银行自动转账缴费的，请确认已办理好委托银行自动划账的手续。

二、居民医保卡

“广州市城镇居民医疗保险卡”（以下简称“居民医保卡”）作为本市居民医疗保险参保人就医及申请办理有关医疗保险业务的凭证，由广州市医疗保险服务管理局（以下简称“市医保局”）统一管理。

（一）居民医保卡的领取

在学校为在校学生办理新参保登记的次月 19 日后，由学校到制卡银行通知的地点领取居民医保卡，并将居民医保卡及时发至已缴纳居民医疗保险费的参保学生。

【领卡后的注意事项】

1. 核对居民医保卡上的姓名、居民身份证号码等资料。如资料有误，请尽快到学校办理变更手续。
2. 领卡后请尽快修改密码，可在制卡银行广州市区内的任一营业网点或多媒体查询机、ATM 机上修改密码。

（二）居民医保卡的使用

1. 参保人在定点医疗机构办理就医登记时必须出示居民医保卡，在其出示有效医疗保险凭证前，就医所发生的费用全部由参保人自行承担。

急诊入院或者由于意识不清等情况不能当场出示的，参保人亲属应当在入院 3 个工作日内为其补办示证手续。

参保人因符合计划生育政策规定的生育及终止妊娠办理住院登记和进行产前门诊检查时，应同时出示计生部门审批有效的计划生育服务证原件及复印件。

居民医保卡遗失或重制期间，可暂凭挂失证明或重制卡回执及有效身

份证件就医。

2. 居民医保卡不设个人医疗账户，但具普通储蓄卡金融功能，参保人零星报销的医疗费可直接注入该卡账户。

3. 居民医保卡作为享受医保待遇凭证之一，由参保人自行保管，仅限本人使用，不得转借他人、冒用、涂改等。

4. 居民医保卡遗失的，应及时向制卡银行挂失；居民医保卡挂失、密码挂失、损坏卡重制等相关卡业务，到制卡银行广州市区内任一营业网点办理。因个人资料有误需重制卡的，由学校前往所属社保基金中心办理变更手续后，再到市医保局直属分局或制卡银行指定营业网点办理重制卡。

制卡银行服务电话：中国光大银行： 95595

中国农业银行： 95599

广州银行： 96699

三、就医须知及待遇标准

参保人员按规定享受住院、门诊特定项目、指定慢性病和普通门（急）诊医疗保险待遇，居民医疗保险基金（以下简称“基金”）支付参保人员在居民医疗保险年度内因疾病、意外事故就医发生的基本医疗费用以及符合计划生育政策规定的生育期内所发生的产前门诊检查医疗费用及生育或终止妊娠所发生的住院医疗费用。在定点医疗机构发生的住院、门诊特定项目和指定慢性病医疗费用，由医疗机构和参保人进行结算，属于基金支付的费用，由医疗机构记账；属于个人支付的费用，由参保人现金支付。在学校选定的医疗机构发生的普通门（急）诊医疗费用，按所在学校的相关规定结算报销。

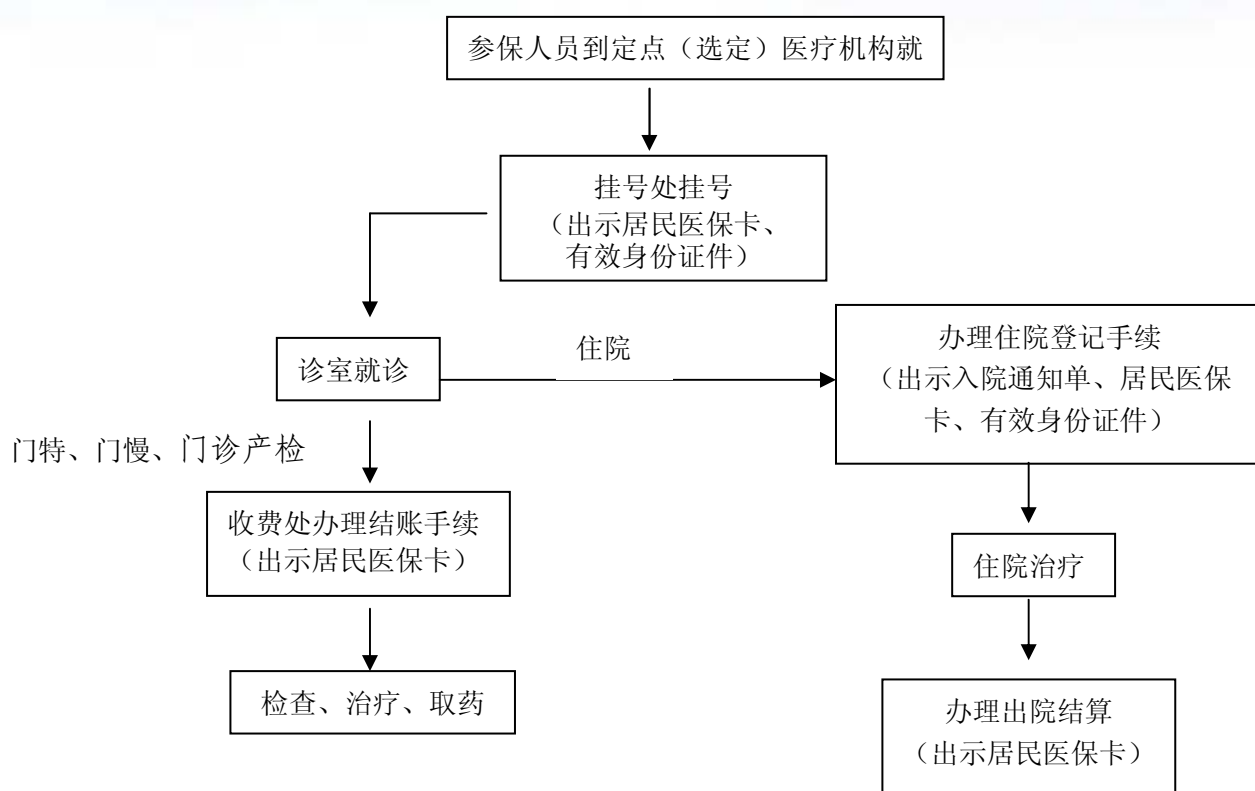
基本医疗费用是指属于基本医疗保险用药范围、诊疗项目范围、医疗服务设施范围及支付标准规定的费用,但不含个人按规定比例先自付的费用。

(一) 就医流程

1. 普通门(急)诊

按所在学校的相关规定在学校选定医疗机构普通门(急)诊就医。

2. 住院、门诊特定项目、指定慢性病



(二) 享受医疗保险待遇的起始时间

参保人群	享受待遇时间	备注
按居民医疗保险年度参保缴费的人员	从当年9月1日开始享受	居民医疗保险年度待遇享受至该居民医保年度末
年度中途参保缴费的人员	从缴费次月开始享受居民医疗保险待遇	
首次参保的大中专学生	在当年11月30日前参保缴费到帐的，从当年9月1日开始享受	

(三) 居民医疗保险基金不予支付的情形

居民医疗保险年度内未缴纳居民医疗保险费的，不能享受相应年度的医疗保险待遇。已缴纳居民医疗保险费的参保人，有以下情形之一的，其当次治疗发生的医疗费用，基金不予支付：

1. 未经核准，在广州市社会保险定点医疗机构以外的医疗机构就医的；
2. 自杀、自残的（精神病除外）；
3. 斗殴、酗酒、吸毒及其他因犯罪或违反《治安管理处罚法》所致伤病的；
4. 明确已由他方承担医疗费赔偿责任的交通事故、意外事故、医疗事故或明确由工伤保险支付的；
5. 在国外或香港、澳门特别行政区以及台湾地区就医的；
6. 国家、省、市规定的不予支付的其他情形。

（四）普通门（急）诊待遇标准

各高等院校、中等职业技术学校及技工学校应选定本校医疗机构或其它医疗机构作为大中专学生普通门（急）诊就医的“选定医疗机构”，并制定就医管理和报销的相关规定。大中专学生在学校选定医疗机构就医发生的普通门诊基本医疗费用，普通门诊专项资金的支付比例不得低于90%；在其他医疗机构就医发生的普通门诊基本医疗费用，普通门诊专项资金的支付比例由所在学校自行确定。

（五）产前门诊检查待遇标准

参保人员在符合计划生育政策规定的生育期内，可到指定的生育保险定点医疗机构中选定1家进行产前门诊检查，所发生的产前门诊检查医疗费用，居民医疗保险基金按50%的标准支付，支付限额为每孕次720元/人。

（六）指定慢性病门诊待遇标准

目前已开展的指定慢性病有：糖尿病、高血压病、冠心病、帕金森病、类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮、精神分裂症。

参保人患有上述慢性病的，经指定定点医疗机构确诊后，可在具备治疗资格的定点医疗机构门诊就医，属于指定慢性病相应的门诊专科药品目录范围内的药费，由基金按规定比例支付，每一种指定慢性病每月支付最高上限为100元，不滚存、不累计，参保人最多可选择其中2个病种享受医疗保险待遇。基金及个人支付比例如下：

定点医疗机构类别	基金支付比例	个人支付比例
社区卫生服务机构（在二、三级医疗机构本部设置的除外）	80%	20%
其他医疗机构	60%	40%

（七）住院待遇标准

参保人员因病情需要住院治疗的，由定点医疗机构在医保信息系统上进行就医登记及医疗费用记账结算。基金支付住院医疗费用设定有起付线（基金起付标准）、共付段（起付线以上、封顶线以下部分的医疗费）、封顶线（基金最高支付限额），待遇标准如下：

1. 每次住院起付标准

定点医疗机构等级	住院起付标准
一级	150 元
二级	300 元
三级	600 元

2. 共付段基金及个人支付比例

定点医疗机构等级	首次参保或重新参保		连续两年或以上参保	
	基金	个人	基金	个人
一级	85%	15%	90%	10%
二级	75%	25%	80%	20%
三级	65%	35%	70%	30%

* 原参加本市城镇职工基本医疗保险或城镇灵活就业人员医疗保险，在停保后 3 个月内转换参加居民医保的，按连续参保比例支付。

3. 住院床位费每床日按以下标准结算

定点医疗机构等级	普通病房	监护室	层流病房	门（急）诊留观
一级	29.6 元	56 元	224 元	
二级	33.3 元	63 元	252 元	9 元
三级	37 元	70 元	280 元	10 元

4. 住院医疗费用中，个人应负担以下费用：

- (1) 自费费用；
- (2) 先自付费用(即医保药品、诊疗项目、医保服务设施三个目录范围内，规定由参保人先自付部分比例的费用)；
- (3) 起付标准以下费用；
- (4) 共付段自付费用；
- (5) 居民医保基金年度累计最高支付限额以上的费用。

5. 注意事项

(1) 住院治疗连续时间每超过 90 天的，须再支付一次起付标准费用。在专科医院连续住院治疗精神病、结核病的，每超过 180 天的，须再支付一次起付标准费用。

(2) 住院治疗符合出院标准的，应及时出院。凡应出院而不按规定出院的，自定点医疗机构医嘱出院日期的次日起，所发生费用须个人支付。

(3) 出院后因病情需要，符合入院标准的可入院治疗。

(4) 符合计划生育政策规定的产前门诊检查、生育或终止妊娠发生的住院医疗费用，按照本市企业职工生育保险医疗费支付项目和目录范围执行，但支付标准按上述规定执行。

(八) 门诊特定项目医疗保险待遇

1. 门诊特定项目的类别、就医地点、申请与审批见下表:

项目类别	就医地点	申请与审批	审批有效期
急诊留观	二、三级 医疗机构	无需审批	
重型 β 地中海贫血		终身有效	
恶性肿瘤化疗、放疗		在可开展相应项目的指定定点医疗机构办理	一年
尿毒症血透、腹透			
肾移植术后抗排异治疗			
肝脏移植术后抗排异治疗			
血友病治疗			
慢性丙型肝炎治疗	指定的医疗机构	六个月(最多申请三次)	
家庭病床	指定的医疗机构	凭二、三级定点医疗机构诊断证明到指定定点医疗机构办理	三个月

*未经审批的门诊特定项目医疗费用, 以及与所申请的门诊特定项目不相关的医疗费用, 基金不予支付。

*家庭病床治疗期间转住院的, 从住院之日起原家庭病床有效期即终止。

2. 门诊特定项目的起付标准及基金每月最高支付限额

门诊特定项目类别	起付标准	共付段统筹基金支付比例	基金最高支付限额	
急诊留观	600 元/居民医保年度	与参保人住院的共付段统筹基金支付比例一致		
恶性肿瘤化疗、放疗	无			6000 元/月
尿毒症血透、腹透				
肾移植术后抗排异治疗			4500 元/月	
肝脏移植术后抗排异治疗			3000 元/月	
血友病治疗			3500 元/月	
重型 β 地中海贫血				
慢性丙型肝炎治疗				
家庭病床		150 元/期	与参保人在一级定点医疗机构住院的共付段统筹基金支付比例一致	

*最高支付限额以上费用基金不予支付。

*急诊留观直接转入住院治疗的，急诊留观的医疗费用并入住院费用结算。

（九）居民医保基金年度累计最高支付限额

参保人员住院、门诊特定项目、指定慢性病及普通门（急）诊的基本医疗费用，一个居民医保年度内基金累计支付的最高限额，为上年度本市城镇单位职工年平均工资的 3 倍。

（十）关于待遇追溯问题

1. 待遇追溯相关情形：

2010 年起，在当年 11 月 30 日前，大中专学生参保缴费到帐的，其待遇享受起始点为当年的 9 月 1 日，待遇追溯期从 9 月 1 日起至缴费的当月止。

2. 属于可追溯医保待遇的月份里发生符合规定的基本医疗费用，按以下办法办理：

（1）住院、急诊留观以及审批有效期内的门诊特定项目、指定慢性病。按“参保人先交押金，医院延迟结算”方式操作。步骤如下：

参保人在发生上述费用时，应向医院告知已参保或准备参保，病人与医院协商后可向医院缴纳与当次医疗费等额的押金，病人先离院，待参保人能正常享受居民医保待遇后，凭居民医保卡、有效身份证件、押金收据、出院小结到原发生费用的医疗机构办理费用结算。

注意：若有多笔费用需追溯的，参保人须按费用发生的先后顺序到原就医的本市定点医疗机构通过信息系统办理结算！

（2）普通门（急）诊

按所在学校的相关规定报销。

3. 其他待遇追溯的情形：

参保人在符合计划生育政策规定的生育期内在选定的生育保险定点医疗机构发生的产前门诊检查费用，但因系统原因未能记账的。

四、异地就医

（一）异地就医范围

大中专学生参保人属于以下异地就医情形的，可按规定享受相应的居民基本医疗保险待遇：

1. 经审批同意转诊到市外公立医疗机构住院的；
2. 异地急诊住院或急诊留观的；
3. 在校学生寒暑假、因病休学期间，回到户籍所在地，或外地实习期间在当地公立医疗机构进行住院、门诊特定项目、指定慢性病治疗的；
4. 广州市大中专院校在广州市外分校的大中专学生在分校所在地公立医疗机构进行住院、门诊特定项目、指定慢性病治疗的。

不属于以上范围异地就医发生的医疗费用，居民医疗保险基金不予支付。

（二）异地就医管理

大中专学生异地就医的，参照我市异地就医的有关规定执行。

五、零星报销

通常情况下，大中专学生参保人住院、门诊特定项目和指定慢性病应在本市社会保险定点医疗机构就医，属于基金支付的费用，直接在定点医疗机构记账结算，无需再办理报销手续。

以下情形发生的住院、门诊特定项目和指定慢性病、生育门诊产检的基本医疗费用可到市医保局直属分局办理零星报销手续：

（一）符合异地就医范围的基本医疗费用；

（二）因待遇追溯、系统故障等客观原因导致未能在定点医疗机构正常结算，而定点医疗机构又不能通过系统补办结算的、已由参保人垫付的基本医疗费用；

（三）经市医保局核准，参保人确因病情特殊需要，在本统筹区内非本市社会保险定点医疗机构住院或急诊留观发生的基本医疗费用。

（四）参保人在符合计划生育政策规定的生育期内在选定的生育保险定点医疗机构发生的产前门诊检查费用，因系统原因未能记账的。

六、温馨提示

（一）本宣传资料仅适用于参加本市城镇居民医疗保险的大中专学生。

（二）本宣传资料中提到的社保年度，指社会保险年度，即当年 7 月 1 日至次年 6 月 30 日，与居民医保年度不同。

（三）根据规定，从 2010 年起，广州市城镇居民基本医疗保险年度调整为：当年的 9 月 1 日至次年的 8 月 31 日。（2009 居民医保年度相应调整为 2009 年 7 月 1 日至 2010 年 8 月 31 日。）

（四）本宣传资料所称大中专学生是指在本市公办或民办各类高等院校、中等职业技术学校及技工学校全日制就读的学生。

（五）在定点医疗机构就医过程中的各种审批事项一般均可在医疗机

构由院方通过系统直接办理，参保人无需亲临市医保局。在定点医疗机构就医过程中碰到问题，可直接到医院医保办或医务部门咨询、反映。

（六）本宣传资料未尽之处，可通过以下方式查询：

1. 网站：

广州劳动保障信息网：www.gzlss.gov.cn

广州医保管理网：www.gzyb.net

2. 电话：

省、市劳动保障咨询热线电话：12333

3. 亲临市医保局各直属分局。

温馨提示：本宣传资料内容如与政策有出入，请以最新政策公布为准。