

广州市城乡居民社会医疗保险

就医指南

(2017 年度 第一版)

(大中专院校学生篇)

广州市医疗保险服务管理局

2017 年 8 月 编印

前言

本指南适用于参加我市城乡居民医保的大中专院校学生（以下统称大中专参保学生），包括在本市行政区域内的各类高等院校、中等职业技术学校、技工学校及科研院所等院校的全日制在校学生。

一、社会医疗保险凭证

具有医保功能的广州市社会保障卡（简称社保卡）、广州市社会医疗保险磁条卡（简称医保卡）均可作为参保人员就医、办理医保有关业务的凭证，统称社会医疗保险凭证（简称“医保凭证”）。

（一）领卡后的注意事项

核对社保卡或医保卡及存折上的姓名、有效身份证件号码、性别等信息。如信息有误，请尽快按规定到相应的医保、社保经办机构办理资料核查或变更事宜。资料变更后，参保人根据所持卡类型不同，到以下对应机构办理相关业务：

社保卡：持该卡类型的参保人，可凭原社保卡、本人有效身份证件及复印件、医保经办机构出具的《个人资料变更确认表》到广州市社会保障卡服务中心指定服务网点办理重制卡业务。

医保卡：持该卡类型的参保人，可凭原医保卡、本人有效身份证件及复印件、医保经办机构出具的《个人资料变更确认表》到医保卡服务银行任一营业网点，根据银行相关要求办理重制卡。

（二）社保卡或医保卡的使用

1. 参保人在定点医疗机构办理就医登记时必须出示社保卡或医保卡，在其出示有效医保凭证前，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，应当在入院3日内补办示证手续，家属或其他陪同人员应当配合办理相关手续。

备注：参保人符合国家、省、市人口与计划生育政策规定，办理门诊产检登记或分娩、终止妊娠住院登记时，还须出示符合计划生育规定的证明材料。

2. 社保卡或医保卡挂失

社保卡挂失、补卡等相关业务，可到广州市社会保障卡服务中心服务网点办理（详情可查询社保卡服务网站<http://card.gz.gov.cn>，或参阅《广州市社会保障卡使用手册》）。

医保卡挂失、密码挂失、损坏卡重制等相关业务，可到对应的医保卡服务银行广州市内任一营业网点办理。

社保卡或医保卡遗失或重制期间，可凭服务银行出具的挂失证明或补换卡凭据及有效身份证件在本市社会保险定点医疗机构就医及办理医疗费用结算。

3. 参加城乡居民医保的参保人，没有个人账户资金划入社保卡或医保卡。

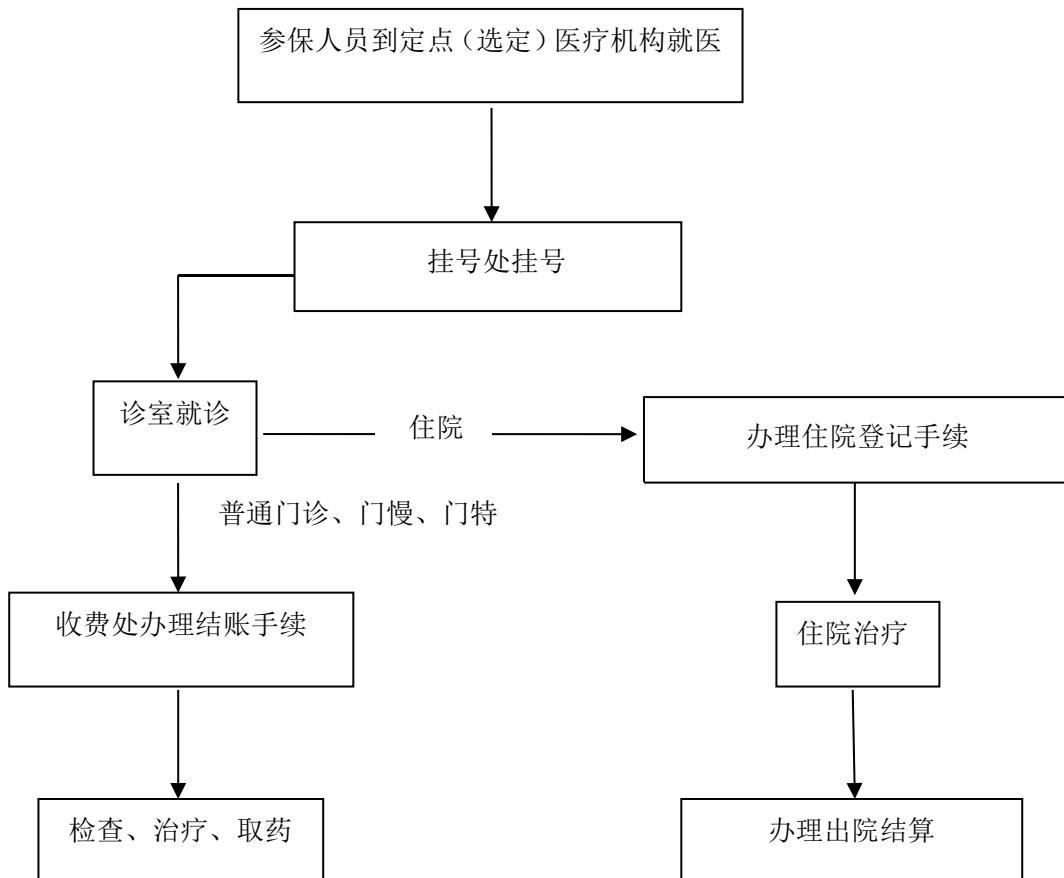
4. 参保人不得将本人的医保凭证借给他人，或冒用他人的医保凭证办理医保就医记账、费用报销。

5. (1) 社保(医保)卡银行服务电话：光大银行：95595；

农业银行：87611191；广州银行：4008396699；广发银行：82632000；中国银行：95566；交通银行：95559；工商银行：95588；建设银行：95533；招商银行：38999789；广州农商银行：95313。

(2) 广州市社会保障卡服务中心统一服务电话：12343。

二、就医流程



- * 参保人在医保就医过程中，应出示有效医保凭证，并配合定点医疗机构进行身份核实。
- * 首次进行普通门诊（含急诊，下同）、产前门诊检查、门慢、门特就医，请按规定办理相关手续。
- * 新参保制发医保凭证期间，参保人员可凭办理参保登记所用的有效身份证件在本市社会保险定点医疗机构就医及办理医疗费用结算。

三、城乡居民医保待遇标准

大中专参保学生可按规定享受普通门诊、住院、门诊指定慢性病、门诊特定项目、指定单病种以及符合计划生育政策规定的生育医疗待遇。

(一) 普通门诊待遇标准

方式一：

自主选择本校医疗机构或其他医疗机构（以下简称学校选定医疗机构）为本校学生提供普通门诊医疗服务，并与社会保险经办机构签订协议的大中专院校，其参保学生按以下方式享受普通门诊待遇：

学校选定医疗机构按照普通门诊药品目录及社会医疗保险有关规定为大中专参保学生提供普通门诊医疗服务。大中专参保学生在学校选定医疗机构就医发生的普通门诊费用，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费用，普通门诊专项资金的支付比例由大中专院校自行确定。

大中专参保学生因毕业、退学等情况的，可到本市社会保险经办机构办理普通门诊选定医疗机构手续后，按规定到其选定医疗机构享受相应的普通门诊待遇。

方式二：

其他大中专参保学生在选定的定点医疗机构进行门诊就诊，发生的属于本市社会医疗保险普通门诊药品目录范围内的基本医疗药费，由统筹基金按以下规定支付：

统筹基金支付比例		年度最高 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		
80%	40%（直接就医）	1000 元/人
	50%（经基层医疗机构转诊）	

大中专参保学生在实施国家基本药物制度的基层社区医疗机构门诊就医，一般诊疗费由统筹基金按 70% 比例支付。

1. 普通门诊选点流程

大中专参保学生应选择 1 家基层医疗机构（简称“小点”）及 1 家其他医疗机构（简称“大点”）作为其普通门诊就医的选定医疗机构。在指定的专科医疗机构进行相应专科门诊就医不受选点限制。

大中专参保学生在选择“大点”作为其普通门诊就医的定点医疗机构前，须先选择 1 家“小点”作为其普通门诊就医的选定医疗机构。

2. 普通门诊改点流程

在一个城乡居民医保年度（指每年的 1 月 1 日到 12 月 31 日，下同）内，大中专参保学生未在选定的定点医疗机构发生普通门诊记账医疗费用，需变更选定定点医疗机构的，可到将选定的定点医疗机构办理改点并由参保人签字确认。

大中专参保学生在选定的定点医疗机构成功就医结算 1 次后，在 1 个城乡居民医保年度内原则上不予变更选定医疗机构。但如大中专参保学生确因病情需要、在年度内发生户口迁移、居住地变化、学籍改变、转学升学或因定点医疗机构资格变化等情形需变更选定定点医疗机构的，可携带相关

证明资料到医保二级经办机构办理变更手续并由参保人签字确认。

(二) 门诊指定慢性病待遇标准

目前，广州市社会医疗保险门诊指定慢性病病种有以下20种：阿尔茨海默氏病、癫痫、肝硬化、高血压病、冠状动脉粥样硬化性心脏病、类风湿关节炎、慢性肾功能不全（非透析）、慢性肾小球肾炎、慢性心力衰竭（心功能III级以上）、慢性阻塞性肺疾病、脑血管病后遗症、帕金森病、强直性脊柱炎、糖尿病、膝关节骨性关节炎、系统性红斑狼疮、心脏瓣膜替换手术后抗凝治疗、炎症性肠病（溃疡性结肠炎、克罗恩病）、支气管哮喘、重性精神疾病（精神分裂症、分裂情感性障碍、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）。

大中专参保学生患有上述门诊指定慢性病的，须经具备诊断资格的医保定点医疗机构确诊登记后，可在具备治疗资格的定点医疗机构门诊就医，发生的相应专科药品目录范围内的基本医疗药费，统筹基金支付标准如下：

定点医疗机构类别	统筹基金支付比例	统筹基金最高支付限额	备注
基层医疗机构	70%		
其他医疗机构 和指定专科 医疗机构	50%	50元/病种·月， 不滚存，不累计	参保人员最多可选择其中3个病种享受医保待遇

(三) 门诊特定项目待遇标准

统筹基金支付门诊特定项目基本医疗费用，应当符合我市社会医疗保险门诊特定项目药品目录及诊疗项目范围。

1. 门诊特定项目的类别及登记

除急诊留观外，其余项目都须经登记，一般情况下，登记业务都在定点医疗机构完成。

项目类别	就医地点	确诊与登记	登记有效期
尿毒症透析	指定的定点医疗机构	须经指定定点医疗机构确诊并审核确认	一年
恶性肿瘤化疗、放疗及期间的辅助治疗	二、三级定点医疗机构		一年
肾脏、肝脏、心脏、肺脏、骨髓移植术后抗排异治疗	指定的定点医疗机构		一年
血友病治疗			终身有效
慢性再生障碍性贫血治疗	二、三级定点医疗机构		一年
重型β地中海贫血治疗			一年
慢性丙型肝炎治疗	指定的定点医疗机构		累计18个月
慢性乙型肝炎治疗	二、三级定点医疗机构		一年
小儿脑性瘫痪治疗	二、三级定点医疗机构		一年
耐多药肺结核治疗	指定的定点医疗机构		一年
艾滋病病毒感染治疗		无需指定医疗机构确诊并审核确认	一年
急诊留院观察	二、三级定点医疗机构		/
家庭病床	指定的定点医疗机构	在可开展相应项目的指定定点医疗机构办理	90天

*未经指定定点医疗机构确诊并审核确认的门诊特定项目医疗费用，与所确诊的门诊特定项目不相关的医疗费用，以及在非选定医院就医发生的门诊特定项目基本医疗费用，统筹基金不予支付。

*经确认的参保病人须在指定定点医疗机构中选定 1 家作为本人相应门诊特定项目治疗的选定医院。选定医院一经确定，原则上一个年度内不得变更。但参保病人确因病情需要、在年度内发生户口迁移、居住地变化或因定点医疗机构资格变化等情形需要变更选定医院的，可到医疗保险经办机构办理变更手续。

2. 门诊特定项目待遇标准

家庭病床按一级定点医疗机构住院的支付比例，其余门诊特定项目的统筹基金支付比例与对应级别的住院支付比例一致。

门诊特定项目类别	起付标准	每月最高支付限额
尿毒症透析		/
恶性肿瘤化疗、放疗及期间的辅助治疗		/
肾脏、肝脏、心脏、肺脏、骨髓移植术后抗排异治疗		6000 元
血友病治疗		/
慢性再生障碍性贫血治疗		6000 元
重型β地中海贫血治疗		3000 元
慢性丙型肝炎治疗		3500 元
慢性乙型肝炎治疗		420 元
小儿脑性瘫痪治疗		560 元
耐多药肺结核治疗		560 元
艾滋病病毒感染治疗		560 元
家庭病床	300 元/期	/
急诊留院观察	1000 元/次·年度	/

- *最高支付限额以上费用统筹基金不予支付。
- *急诊留观直接转入本院住院治疗的，急诊留观的医疗费用并入住院费用一并结算。
- *家庭病床起付标准每 90 日计算一次。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。

(四) 门诊诊查费待遇标准

参保人按社会保险相关就医管理规定在指定定点公立医疗机构（名单公布于广州市人力资源和社会保障局官方网站）门诊就医时，每诊次发生的“门诊诊查费”（包括普通门诊诊查费、急诊诊查费、专家门诊诊查费）纳入社会保险基金支付范围，支付限额标准为每人每诊次最高 7 元，不足 7 元按实际发生金额支付，超出部分社会保险基金不予支付。“门诊诊查费”不纳入参保人员的普通门诊、门诊指定慢性病、门诊特定项目、城乡居民产前门诊检查、门诊接种狂犬病疫苗相应待遇限额计算。

(五) 门诊接种狂犬疫苗待遇

门诊接种狂犬疫苗，统筹基金按参保人员相应的住院基本医疗费用支付比例支付，不设起付标准，每人每年最高支付 200 元。

(六) 产前门诊检查待遇标准

大中专参保学生在符合计划生育政策规定的生育期内，可在我市生育保险定点医疗机构中选定 1 家进行产前门诊检查。统筹基金支付产前门诊检查的具体项目，参照本市生育保险规定的诊疗项目执行，不分甲、乙类，统筹基金按 50% 标准

支付，统筹基金支付限额为每人每孕次 300 元。

(七) 住院待遇标准

1. 住院医疗费用中，个人应负担费用：

自费费用。

医保药品、诊疗项目、医保服务设施三个目录范围内，规定由参保人员先自付部分比例以及超限额标准的费用。

起付标准及以下费用。

共付段自付费用。

超出住院检验检查费限额部分的费用。

统筹基金年度累计最高支付限额以上的费用。

2. 大中专参保学生每次住院基本医疗费用统筹基金的起付标准、共付段统筹基金支付比例为：

医院级别	起付标准	共付段统筹基金支付比例
一级	300 元	85%
二级	600 元	75%
三级	1000 元	65%

3. 住院床位费每床日结算标准

定点医疗机构等级	普通病房	监护室	层流病房	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. 住院检验检查费限额

定点医疗机构级别	一级	二级	三级
限额标准	500 元	1000 元	1500 元

备注：

(1) 重新计算起付线的，重新计算住院检验检查费限额。

(2) 因精神病在本市精神病专科医疗机构或指定综合性医疗机构精神病专区住院治疗的，不设检验检查费用最高支付限额。

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结核病的，每超过 180 天的，须再支付一次起付标准费用。因精神病在本市精神病专科医疗机构或指定综合性医疗机构精神病专区住院治疗的，无需支付起付标准。

(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，自定点医疗机构医嘱出院日期的次日起，所发生费用须由个人支付。

(3) 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。

(4) 符合计划生育政策规定的生育或终止妊娠发生的住院医疗费用，按照我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) 基本药物待遇标准

参保人员在实施国家基本药物制度的基层社区医疗机构就医，使用基本药物发生的费用，城乡居民医保统筹基金的支付比例在相应规定标准基础上增加 10%。

(九) 统筹基金年度累计最高支付限额

参保人员住院、指定单病种、门诊特定项目、门诊指定慢性病、普通门诊以及符合计划生育政策规定的生育医疗费用，统筹基金年度累计最高支付限额为缴费基数的 6 倍。2017 城乡居民医保年度统筹基金最高支付限额为 198173 元。

四、个人自付费用比例

参保人员使用社会医疗保险属于乙类的药品、诊疗项目及医用材料，个人先自付费用比例如下：

乙类项目类别	个人先自付比例
药品	15%
治疗项目	20%
检查项目	30%
可单独收费的一次性医用材料	30%
安装各种人造器官和体内置放材料	50%

五、大病保险待遇

参保人无需另行缴费，还可在享受城乡居民医保待遇基础上享受大病保险待遇：

(一) 2017 年 1 月 1 日至 2017 年 5 月 31 日就医发生的大病保险医疗费用按以下标准享受待遇：

1. 参保人员住院或门特治疗发生的基本医疗费用中，属于城乡居民医保统筹基金最高支付限额以下所对应的个人自付医疗费用，全年累计超过 1.8 万元以上部分由大病保险资金支付 50%。

2. 参保人员住院或进行门特治疗发生的基本医疗费用，全年累计超过城乡居民医保统筹基金最高支付限额以上部

分，由大病保险资金支付 70%。

3. 参保人员连续参保不满 2 年的，年度最高限额为 12 万元；连续参保 2 年以上不满 5 年的，年度最高支付限额为 15 万元；连续参保满 5 年的，年度最高支付限额为 18 万元（连续参保首年计算时间为 2015 年）。

(二) 2017 年 6 月 1 日至 2017 年 12 月 31 日就医发生的大病保险医疗费用按以下标准享受待遇：

1. 参保人员住院或门特治疗发生的基本医疗费用中，属于城乡居民医保统筹基金最高支付限额以下所对应的个人自付医疗费用，全年累计超过 1.8 万元以上部分由大病保险资金支付 60%。

2. 参保人员住院或进行门特治疗发生的基本医疗费用，全年累计超过城乡居民医保统筹基金最高支付限额以上部分，由大病保险资金支付 90%。

3. 大病保险年度最高支付限额为 40 万元；连续参保 2 年及以上的参保人，年度最高支付限额为 45 万元；对属于享受医疗费用减免待遇的社会医疗救助对象的参保人，不设年度最高支付限额。

六、异地就医

(一) 异地就医范围

大中专参保学生属于以下异地就医情形的，可按规定享受相应的城乡居民医疗保险待遇：

1. 异地急诊：参保人员在境内异地医疗机构因急诊、抢救发生的符合规定的急诊留观、住院费用。

2. 学生异地就医：在校学生休假、因病休学期间，回到户籍所在地或父母现居住地的地级市范围内，或在异地分校学习、实习期间在异地医疗机构的住院、门诊特定项目、门诊指定慢性病就医。

3. 异地转诊：参保人员经本市医疗保险经办机构确认后转异地医疗机构住院治疗的。

4. 政策规定的其他异地就医。

（二）异地就医管理

1. 具有广州市正式学籍的大中专院校的在校学生，如需长期在异地分校学习、实习或病休期间回到户籍所在地或父母现居住地的，应事前办理异地就医确认手续。参保人可在居住地、学习地所属地级市辖区范围内选择1~3家的异地医疗机构，作为参保人的异地就医医疗机构，所属地级市辖区已有异地联网指定医疗机构的，应首选异地联网指定医疗机构（相关名单经市人社局门户网站进行公布）。

2. 申办异地就医时应提供如下资料：

a. 填写完整的《广州市社会医疗保险异地就医记录册》一式两份（可经市人社局门户网站下载）。

b. 社会医疗保险凭证或本人身份证件原件。（委托他人办理时：提供委托书、委托人身份证复印件、社会医疗保险凭证复印件及受委托人身份证原件、复印件；学校经办人办理时：提供学校介绍信及经办人本人身份证原件及复印件。）

c. 学校出具的相关证明，并由学校盖章确认。

3. 参保人实习、学习或休假结束返回学校，或因情况变化已不属异地就医范围等情形的，应及时到本市医保二级经办机构办理异地就医注销手续。

4. 已办理异地就医备案的参保人员在异地医疗机构开展门诊特定项目或门诊指定慢性病治疗的，需按门诊特定项目或门诊指定慢性病治疗的相关规定在本市医保二级经办机构办理相关手续。

5. 属于异地转诊的，须按照转统筹区外医疗机构就医相关规定办理转诊手续。因病情需要继续在统筹区外转诊医疗机构进行后续住院治疗，或参保人转市外治疗期间需再次转诊的，均需提供相关资料报本市医保二级经办机构确认。每次确认有效期为 6 个月。

6. 已经办理异地就医确认手续的参保人临时回本市统筹区内就医，在定点医疗机构发生急诊留院观察、急诊住院，以及已办理确认手续的门诊特定项目、指定门诊慢性病相关符合规定的医疗费用，由参保人先垫付医疗费用再到本市医保二级经办机构申办零星医疗费报销，其他医疗费用医疗保险基金不予支付。

7. 已办理异地门诊特定项目、指定门诊慢性病待遇确认的参保人，临时回本市统筹区内就医的，上述相关零星医疗费报销在一个城乡居民医保年度内累计不超过 6 个月。

（三）异地就医待遇

1. 已经办理异地就医确认手续的参保人员，在其选择的

异地联网指定医疗机构就医发生的符合规定的医疗费用，由异地联网指定医疗机构按相关规定给予结算。

2.已与异地联网指定医疗机构办理记账结算的医疗费用，本市医保二级经办机构不再办理该次就医医疗费的报销。

3.参保人员未经确认的长期异地就医、异地转诊发生住院、门诊特定项目和门诊指定慢性病的基本医疗费用，统筹基金按35%比例支付，相应的起付标准为1000元。

七、零星医疗费报销

(一) 零星报销范围

- 1.符合异地就医范围的基本医疗费用。
- 2.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记账结算的基本医疗费用。
- 3.参保人员确因患病急诊或抢救，以及病情特殊需要，经本市医保经办机构核准，在本统筹区内非我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。
- 4.符合医疗保险政策规定的其他特殊情况(详见市人社局门户网站的相关办事指南)。

(二) 零星报销所需资料

- 1.基本资料:
 - a.社会医疗保险凭证（社保卡或医保卡）原件（委托他人代理的，需携带委托书、委托人身份证件复印件、社会医疗保险凭证复印件及受委托人身份证件原件及复印件；学校经办人办理本单位报销业务，需提供学校介绍信及经办本人身份证原件及复印件）。

b. 财税部门印制的医疗费用收据或发票原件（加盖医疗机构收费业务专用章；背面须有参保人或家属签名）。

c. 医疗费用开支明细汇总清单（含参保人基本信息、就诊医疗机构信息、项目名称、药品剂型及剂量、规格及项目单价等；加盖医疗机构病历档案管理专用章或医疗机构业务专用章）。

2. 不同待遇业务类型的专项资料：

a. 办理住院医疗费用报销的：应提供出院小结或住院病案首页（或入院记录）等住院病历复印件（加盖医疗机构病历档案管理专用章或医疗机构业务专用章）。

b. 办理急诊留观医疗费用报销的：应提供急诊留观病历复印件（提供原件校验）。

c. 办理普通门诊或门诊特定项目费用报销的：应提供门诊病历封面及当次费用病历记录页复印件（提供原件校验，记录页中详细记录有姓名、性别等基本信息的可不提供首页）。

d. 办理产前门诊检查费用报销的：应提供产前门诊检查病历封面及当次费用病历记录页复印件，或提供《广州市孕产妇保健系统管理手册》封面、当次就诊记录页复印件及符合计划生育规定的证明材料复印件。

3. 根据市医保经办机构核报医疗费用的需要而要求参保人提供的其他材料，具体要求详见市人社局门户网站的相关办事指南。

（三）拨付

经审核结算后，属于城乡居民医保基金支付的费用将直

接拨付到参保人医保凭证中个人银行结算账户。超过1年未办理零星医疗费报销手续的，城乡居民医保基金不予支付。

八、就医管理

(一) 参保人不得要求定点医疗机构降低入院标准入院或已达到出院标准后故意延长住院时间。

(二) 参保人员在患病住院治疗期间，不得同时享受普通门诊统筹待遇；参保人员享受门诊特定项目、门诊指定慢性病统筹待遇的部分，统筹基金不再重复支付普通门诊统筹待遇。

(三) 参保人不得伪造医疗机构的发票、费用明细清单、诊断证明等资料办理零星报销手续。

(四) 参保人个人以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的，由社会保险行政部门责令退回骗取的社会保险金，处以违法行为涉及金额二倍以上五倍以下的罚款；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

(五) 参保人不得冒用、伪造医保凭证在社会保险定点医药机构就医。

(六) 参保人不得将医疗保险基金支付的药品、诊疗项目、医用材料等违规转卖。

九、温馨提示

(一) 本指南所称的基本医疗费用，是指属于基本医疗保险用药范围、诊疗项目范围、医疗服务设施范围和支付标准的医疗费用，但不含个人按照规定比例先自付的费用以及超限額标准的费用。

(二) 在定点医疗机构就医过程中的门诊选点、门慢及门特待遇确认、转诊转院等事项一般均可由定点医疗机构通过系统直接办理，参保人无需亲临医保经办机构。在就医过程中遇到问题，可直接到定点医疗机构医保办或医务部门咨询、反映。

(三) 本指南未尽之处，可通过以下方式查询：

1. 网站

广州市人力资源和社会保障局网站：www.hrssgz.gov.cn

广州市人力资源和社会保障局政民互动栏目：

<http://www.hrssgz.gov.cn/cjwt/index.html>

2. 电话

广州 12345 政府服务热线：(020) 12345

3. 亲临我市各医保二级经办机构

医保经办机构名单	服务地址
市医保局越秀分局	越秀区梅东路 28 号 4-5 楼
市医保局海珠分局	海珠区昌岗中路 74 号二楼
市医保局荔湾分局	荔湾区花地大道中 89 号芳村金融大厦二楼
市医保局天河分局	天河区龙口东路 358 号天诚广场二楼
市医保局白云分局	白云区新达路 55 号首层
市医保局黄埔分局	黄埔区大沙东路 311 号
市医保局南沙分局	南沙区凤凰大道 1 号广州南沙政务服务大厅三楼
市医保局萝岗分局	黄埔区香雪二路 2 号保利香雪商务大厦三楼
花都区医保办	花都区新华街公益大道兰花路人力资源和社会保障局大院内
番禺区医保办	番禺区市桥街平康路 48 号 3 号楼 5 楼
从化区城乡居民医保中心	从化区新城东路 54 号
增城区医保中心	增城区荔城街荔兴路 18 号广发银行 5-6 楼

对外服务时间：

1. 市医保局各分局：星期一～星期五：上午 9: 00～12: 00、下午 14: 00～17: 00，法定节假日除外。（其中，南沙分局为星期一～星期五：上午 9: 00～12: 00、下午 13: 00～17: 00，星期五下午 15: 30～17: 00 内部学习时间，不

对外办公)

2.花都区、番禺区、从化区、增城区医保经办机构为星期一～星期五上午 8:30~12: 00、下午 14: 30~17: 30。

温馨提示:本宣传资料内容如果与政策文件有出入或政策发生调整, 请以最新公布的政策为准。



广州人社官方微信



广州医保官方微信