

揭阳市医疗保障事业管理中心

揭市医保中心函〔2025〕18号

揭阳市医疗保障事业管理中心关于印发《揭阳市医疗保障就医指南》的通知

各县（市、区）医保中心，市医保中心各部门：

为进一步加强对我市参保人在医保就医方面的指引，着力提供更加便捷高效的医疗保障服务，根据《国家医疗保障局关于在医疗保障服务领域推动“高效办成一件事”的通知》（医保发〔2024〕2号）等文件精神，我中心制定了《揭阳市医疗保障就医指南》，现印发给你们。请结合实际认真贯彻落实并做好宣传引导工作。

揭阳市医疗保障事业管理中心

2025年1月17日

（联系人：市医保中心 李雯，联系电话：0663-8255001）

揭阳市医疗保障就医指南

本指南适用于揭阳市内参加职工基本医疗保险（含生育保险）和城乡居民基本医疗保险的人员（以下简称参保人）。

一、就医凭证

参保人在中国境内就医时需出示身份凭证：医保电子凭证或社会保障卡，省内可使用身份证。

我市临时外出就医人员前往广东省内各地市就医，无需办理异地就医备案手续，出院或就诊时可直接联网结算相关医疗费用；符合我市规定的异地长期居住人员（包括异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员）和跨省异地就医人员，需要按规定办理异地就医备案。

温馨提示：

（一）参保人原则上应本人持身份凭证就医，确因客观情况需委托他人办理就医手续的，受托人应当凭参保人本人身份凭证、病历和受托人身份证等相关材料办理就医手续。

（二）参保人不得将本人身份凭证借给他人或冒用他人的身份凭证办理医保就医、报销。

（三）社会保障卡申领、挂失及解挂、补卡、换卡等事项，请按照人力资源和社会保障部门相关规定办理。

二、就医管理

（一）就医地域

1.本地就医。参保人在我市定点医疗机构就医，可按规定享受医保待遇。医保定点医疗机构名单可进入“粤医保”微信小程序点击“我要就医”模块进行查询。

2.异地就医。参保人在市外工作、居住、生活或因病情需要等原因需在市外就医时，根据不同情况办理相应手续：临时外出就医人员前往广东省内各地市已开通联网直接结算的医疗机构就医，无需办理异地就医备案手续，出院或就诊后即可在医疗机构通过直接结算享受医疗费用的报销；符合我市规定的异地长期居住人员（包括异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员）和跨省异地就医人员，需要按规定办理异地就医备案，选择已开通联网直接结算的医疗机构就医，就诊后即可在医疗机构通过直接结算享受医疗费用的报销。

参保人可以进入“粤医保”小程序点击“查看更多”，点击“异地定点医药机构”查询省内、跨省异地联网定点医疗机构；跨省异地就医的也可通过“国家医保服务平台”APP或“国家异地就医备案”微信小程序--“异地备案”模块--“异地联网定点医药机构查询”--“异地联网定点医药机构”查询跨省异地联网定点医疗机构。

（二）就诊类别

1.门诊、住院

参保人在门诊就医时，需按照我市规定、结合个人就医意愿办理定点医疗机构选定手续，可在医保经办窗口、市内选定的定点医疗机构窗口、“粤医保”小程序办理。其中，如需普通门诊选点，填写《普通门诊定点医疗机构选定表》（附件1）；如需享受生育保险待遇，在提供生育服务的定点医疗机构中选定产前检查的定点医疗机构并填写《产前检查定点医疗机构选定表》（附件2）。

需要住院治疗的参保人，可以自主选择任一提供住院服务的定点医疗机构就医，无需办理定点手续。

目前我市参保人按规定办理以上相应手续后，在省内异地发生住院、普通门诊、生育医疗费用均可实现直接结算。

温馨提示：

参保人门诊选点时宜审慎选择定点医疗机构，避免后续门诊就医时无法享受医保待遇。参保人可按照“自愿、就近、便捷”的原则，自主选择2家定点医疗机构（含市内外，其中市外只能选1家），作为本人门诊就医定点医疗机构，选定的医疗机构原则上一年内不变更。参保人确因病情需要及居住地迁移等情形确需变更选定定点医药机构的，须到参保地医保经办机构办理变更手续。

2.门诊特定病种

（1）病种范围。全省统一的53个门诊特定病种（以下简称门特）（见附件3）均已实现省内直接结算，其中高血压、糖尿

病、恶性肿瘤门诊治疗、慢性肾功能衰竭、器官移植抗排异治疗、慢性阻塞性肺疾病、类风湿关节炎、冠心病、病毒性肝炎、强直性脊柱炎等10类共18个门特已实现跨省直接结算。

（2）待遇认定。参保人罹患门特病种范围的疾病，申请门特病种待遇认定和续期，应当选择具备相应门特病种诊断资格的定点医疗机构办理。参保人跨省就医时需享受门特待遇的，因医保信息系统异常或其他特殊情形，无法由医疗机构上传门特待遇认定信息的，可持经符合条件的定点医疗机构盖章确认的《门诊特定病种待遇认定申请表》、相关病历资料及诊断证明书等材料到参保地医保经办机构将门特待遇认定信息上传至医保信息系统。

参保人可在具备待遇认定资质的定点医疗机构就医时，向接诊医生申请门特病种待遇认定或续期。接诊医生确诊后填写《门诊特定病种待遇认定申请表》（以下简称《申请表》，附件4），经副主任以上医师对《申请表》复核后（科室无副主任及以上医师的，可以由其上级主管医师复核），送定点医疗机构医保业务管理部门进行审核确认。定点医疗机构医保业务管理部门审核确认《申请表》后，将符合规定的认定信息上传至医保信息系统备案。参保人可要求定点医疗机构提供备案后的《门诊特定病种待遇认定表》（见附件5）纸质版的，定点医疗机构应当予以提供。

（3）选点管理。参保人应选定2家符合条件的定点医疗机

构作为本人门特就诊医疗机构。可到选定的医疗机构现场办理，办理时参保人应填写《门诊特定病种定点医疗机构选定表》（见附件6）。参保人在医疗机构办理门特病种待遇认定时，可同步办理选定该院就医手续。

温馨提示：

①待遇享受有效期自认定信息上传至医保信息系统备案之日起，按照自然日计算，到期自动终止。

②参保人应当在其相应门特病种待遇认定有效期届满前30日内申请办理续期，续期有效期自前一有效期届满当日起，按照自然日计算，到期自动终止。

未按照规定办理续期手续的参保人在前一有效期终止后30日内（含第30日）补办续期的，可继续享受待遇，续期有效期自前一有效期满后次日起，按照自然日计算，到期自动终止。

③参保人办理门特待遇认定后宜审慎选定就医定点医疗机构，并在后续就医时告知医生自己享有门特待遇，避免无法享受相应医保报销。选定的医疗机构原则上一年内不变更，参保人确因病情需要及居住地迁移等情形需要变更选定医疗机构的，可向参保地医保经办机构申请办理变更手续。

（三）结算方式

（1）直接结算。参保人按规定选择可联网结算的医疗机构就医可享受直接结算服务。参保人可持医保电子凭证在已开通移动支付的定点医疗机构进行移动支付，或持其他实体的就医

凭证在定点医疗机构人工收费窗口结算。

(2) 手工报销。参保人在我市定点医疗机构就医联网结算费用。参保人在市外就医因医保信息系统异常或其他特殊情形，个人已垫付的应由医保基金支付的费用，也可到参保地医保经办机构申请手工报销。具体材料如下：有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡；医药机构收费票据；费用清单；病历资料。医保经办机构办理手工报销的时限为不超过 30 个工作日。

(四) 问题咨询

参保人在就医报销过程中遇到问题，可先到定点医疗机构医保业务管理部门咨询反映。参保人确因医保信息系统异常等原因无法直接联网结算的，应记录系统报错的情况（可采用手机拍摄报错页面等方式），并提醒定点医疗机构医保业务管理部门向医保经办机构反映并协同处理相关问题。

为减少参保人垫资负担，建议参保人在问题解决后优先返回医疗机构进行直接结算，个人已垫付的应由医保基金支付的费用，将从原渠道退回。

三、异地就医备案

(一) 异地就医备案人员类型

符合下列条件之一的参保人，可办理异地就医备案：

1. 异地长期居住人员

包括异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员等长期在我市以外工作、居住、生活的人员。

2.临时外出就医人员

包括因工作、旅游等原因异地急诊抢救人员以及其他临时外出就医人员。

温馨提示:

(1)参保人临时外出就医前往省内各地市就医无需办理备案手续,出院或就诊时可直接联网结算相关医疗费用。

(2)异地长期居住人员(包括异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员)和跨省临时外出就医仍需按我市相关规定执行备案制度。

(二)异地就医备案途径

可通过以下途径为自己或他人办理、变更异地就医备案:

- 1.粤医保、粤省事小程序。
- 2.“国家医保服务平台”APP、国家异地就医备案小程序(均仅限办理跨省异地就医备案)。
- 3.医保经办机构窗口。
- 4.参保地规定的其他办理途径。

(三)异地就医备案所需材料

1.异地安置退休人员需提供以下材料:有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡;《广东省异地就医登记备案表》(以下简称备案表,附件7);居民户口簿(户口簿首页和本人常住人口登记卡)。

2.异地长期居住人员需提供以下材料:有效身份证件或医保

电子凭证或社会保障卡；备案表；居住证、居民户口簿（户口簿首页和本人常住人口登记卡）、房产证、就读证明任选其一，或个人承诺书。

3.常驻异地工作人员需提供以下材料：有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡；备案表；参保地工作单位派出凭证、异地工作单位证明、劳动合同任选其一，或个人承诺书。

4.其他临时外出就医人员备案，需提供有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡，以及备案表。

（四）异地就医备案有效期

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登记备案后，未申请变更备案信息或参保状态未发生变更的备案长期有效。

临时外出就医人员备案有效期原则上不少于6个月，有效期内可在就医地多次就诊并享受跨省就医直接结算服务。

参保人跨省、省内跨市异地就医出院结算前补办异地就医备案的，就医地联网定点医疗机构应为参保人办理医疗费用直接结算。出院自费结算后按规定补办备案手续的，可以按规定申请手工报销。

四、就医待遇

（一）待遇起止时间

1.职工医保

职工医保按月缴费，在职职工自缴费次月起享受待遇，停止缴费次月起停止待遇。

失业人员在领取失业保险金期间享受相应的职工医保待遇，自符合失业保险金领取条件的次月起享受待遇。

灵活就业人员初次参加基本医疗保险的，自在本市办理参保缴费之月起，6个月后享受基本医疗保险待遇。

2.居民医保

居民医保按年缴费的，在集中征缴期内办理下一年度参保缴费手续后，不设等待期，从次年1月1日起享受待遇。未在集中征缴期内参保缴费或未连续参保的人员，设置参保后固定待遇等待期3个月；其中，未连续参保的，每多断保1年，在固定等待期基础上增加变动待遇等待期1个月，参保人员可通过缴费修复变动待遇等待期，每多缴纳1年可减少1个月变动待遇等待期，连续断缴4年及以上的，修复后固定待遇等待期和变动待遇等待期之和原则上不少于6个月。修复等待期的缴费标准按照当年度我市的个人缴费标准。

个人缴费部分由政府资助参保的困难人员、经审核符合条件的新生儿、已办理职工医保中止手续的人员、新迁入揭阳市户籍人员、中途转入揭阳市就读的在校学生、刑满释放人员、退役士兵等特殊群体，在当年医保年度内可以按规定中途参加居民医保，办理参保缴费手续，不设等待期。其中，新生儿监护人可凭新生儿出生医学证明，于新生儿出生180天内在我省

任一统筹地区办理城乡居民基本医疗保险参保缴费，不受户籍地或者居住地限制，自出生之日起所发生的符合规定的医疗费用均纳入医保报销范围。

3. 参保关系转移接续

职工医保参保人在省内转移接续的，参保人在转出地最后一次缴费的次月，仍享受转出地的职工医保待遇。在转移接续前连续缴费未中断的，参保人在转入地参加职工医保后，自缴费次月起享受转入地的职工医保待遇，确保待遇享受无缝衔接。

在转移接续前中断缴费3个月（含）以内的，参保人可按规定办理中断缴费期间的职工医保费补缴手续，补缴后不设待遇享受等待期，缴费当月即可在转入地按规定享受待遇，中断期间的待遇可按规定追溯享受，但不得重复享受待遇。中断缴费3个月以上的，待遇享受等待期为6个月。

参保人已连续2年（含）以上参加基本医疗保险，因就业等个人状态变化在职工医保和居民医保间切换参保关系，中断缴费3个月（含）以内的，可按规定办理基本医疗保险费补缴手续，补缴后不设待遇享受等待期，缴费当月即可在转入地按规定享受待遇，中断期间的待遇可按规定追溯享受。中断缴费3个月以上的，待遇享受等待期为6个月。

（二）起付标准、支付比例与最高支付限额

根据《揭阳市人民政府关于印发揭阳市基本医疗保险待遇标准调整方案的通知》（揭府规〔2020〕7号）、《关于印发〈揭

阳市基本医疗保险普通门诊统筹管理办法》的通知》（揭市医保规〔2021〕3号）、《揭阳市人民政府关于印发揭阳市职工基本医疗保险实施办法的通知》（揭府规〔2022〕6号）等文件规定，揭阳市基本医疗保险起付标准、支付比例与最高支付限额如下：

1.住院

（1）基本医疗保险

项目	级别	居民医保			职工医保	
		普通居民		困难群众		
		市内 定点医院	市外 定点医院	市内市外 定点医院	市内 定点医院	市外 定点医院
基本医疗保险 起付标准	一级	300	1200	0	300	1200
	二级	500		0	500	
	三级	700		0	700	
基本医疗保险 普通疾病报销比例	一级	90%	60%	95%	90%	75%
	二级	80%		90%		
	三级	70%（县域 三级医院 75%）		85%		
基本医疗保险恶性 肿瘤、透析疗法、 器官移植报销比例	一级	90%		95%	95%	
	二级	85%		90%		
	三级	80%		85%		
基本医疗保险最高支付限额		300000			300000	

温馨提示：

现有县域三级定点医院有：普宁市人民医院、普宁华侨医院、普宁市中医医院、普宁市妇幼保健计划生育服务中心。

(2) 大病保险

参保人在保险期间超过基本医疗保险统筹基金起付标准部分的医疗费用，在基本医疗保险支付待遇后，个人年度累计自付的符合基本医疗保险用药、诊疗项目范围和医疗服务设施标准的费用（包括基本医疗保险统筹基金年度累计支付限额内应由个人支付的住院费用、超过基本医疗保险统筹基金年度累计支付限额的住院费用，简称“自付费用”）超过1万元以上的，由承保机构按以下标准赔付：

项目	居民医保			职工医保			
	普通居民		困难群众	普通职工		困难群众	
	市内	市外	市内市外	市内	市外	市内	市外
	定点医院	定点医院	定点医院	定点医院	定点医院	定点医院	定点医院
大病保险起付标准	10000		2000	10000		2000	
大病保险报销比例	65%	60%	80%	90%	85%	95%	90%
大病保险支付限额	250000		不封顶	400000		不封顶	

2. 普通门诊

普通门诊不设起付标准。支付比例、支付限额如下：

项目	费用类型	医院类型	居民医保		职工医保	
			普通居民	困难群众	在职职工	退休人员
支付比例 (%)	一般诊疗费	不分等级	70%	70%	70%	
	除一般诊疗费外	基层医疗机构	60%	80%	80%	85%
		二级医院			70%	75%
		三级医院	/	/	60%	65%
日最高支付限额			40	80	140	
年度最高支付限额			400	800	1400	

温馨提示:

居民医保参保人门诊就医登记间隔期不少于5天,间隔期少于5天的统筹基金不予支付。

3.门诊特定病种

门诊特定病种不设起付线,政策范围内支付比例按照住院标准执行。参保人选定的门特定点医疗机构为异地医疗机构的,经医保经办机构进行转外就医备案的异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员门特报销比例按照市内住院报销比例执行。

门诊特定病种实行月度支付限额(病种限额详见附件3),统筹基金支付金额计入参保人年度基本医疗保险最高支付限

额。参保人同时患有多个病种的，月度支付限额按照定额标准最高的病种定额计算。

参保人在定点医疗机构实际发生的“三大目录”支付范围内的医疗费用，需先自行承担起付标准以下的费用，起付标准以上的部分再由医保基金按规定、按支付比例报销。

最高支付限额指参保人在一个年度内累计能从基本医保基金获得的最高报销金额。最高支付限额以外的医疗费用，参保人可以通过补充医疗保险、商业医疗保险等办法解决。

（三）医药价格

在广东省医保局门户网站（<http://hsa.gd.gov.cn/>），设有“口腔种植收费专项治理”和“医药价格信息查询”专区。参保人在“医药价格查询”板块：通过“药品价格查询”栏查询省内相关采购平台的挂网药品基本信息、平台价格信息、药品挂网类别、医保属性和采购的医疗机构等；通过“医疗服务价格项目查询”栏查询广东省医疗服务价格项目目录和各地医疗服务项目价格，公立医疗机构的基本医疗服务价格不高于所在地市政府指导价；通过“港澳药械通项目备案查询”栏查询已备案的“港澳药械通”项目和医用耗材。

（四）统筹基金与个人账户

职工基本医疗保险基金由统筹基金和个人账户构成。

统筹基金可用于支付参保人在定点医疗机构发生的，符合医保药品目录、诊疗项目目录和医用耗材目录（以下简称“三

大目录”）支付范围的费用。上述目录可通过登录广东省医保局门户网站（<http://hsa.gd.gov.cn/>）搜索查询。

职工的个人账户可用于支付参保人本人及其近亲属以下就医费用：一是在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用；二是在定点医疗机构发生的由个人负担的符合规定的中医“治未病”费用；三是参保人近亲属参加居民医保的个人缴费；四是其他符合国家、省规定的费用。参保人在“粤医保”小程序绑定共济关系后，可在就医结算时打开医保电子凭证，自行选择使用本人或是家庭成员的个人账户余额。

（五）不予支付范围

下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围：

- 1.应当从工伤保险基金中支付的。
- 2.应当由第三人负担的。
- 3.应当由公共卫生负担的。
- 4.在境外就医的。
- 5.体育健身、养生保健消费、健康体检。
- 6.国家和省规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

（六）异地就医待遇

参保人省内跨市就医直接结算执行全省统一的基本医疗保险和生育保险药品目录、诊疗项目目录、医用耗材目录及支付标准等有关规定；医疗保险的起付标准、支付比例和最高支付限额以及生育保险待遇等执行我市政策。跨省异地就医直接结

算执行就医地规定的支付范围及有关规定、参保地规定的基本医疗保险基金起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊慢特病病种范围等有关政策。

我市已支持参保人省内临时异地就医免备案直接结算。

跨省、省内跨市异地长期居住人员可以在备案地和参保地双向享受医保待遇。异地长期居住人员备案有效期内确需回参保地就医的，可以在参保地享受医保直接结算服务。其中参保人以个人承诺方式办理异地长期居住人员备案手续的，应履行承诺事项，须补齐相关备案材料后才可在备案地和参保地双向享受医保待遇。

符合就医地管理规定的无第三方责任外伤费用可纳入跨省、省内跨市异地就医直接结算范围。参保人填写《外伤无第三方责任承诺书》（见附件9）后，定点医疗机构结合接诊及参保人病情等实际情况，为参保人办理异地就医直接结算。

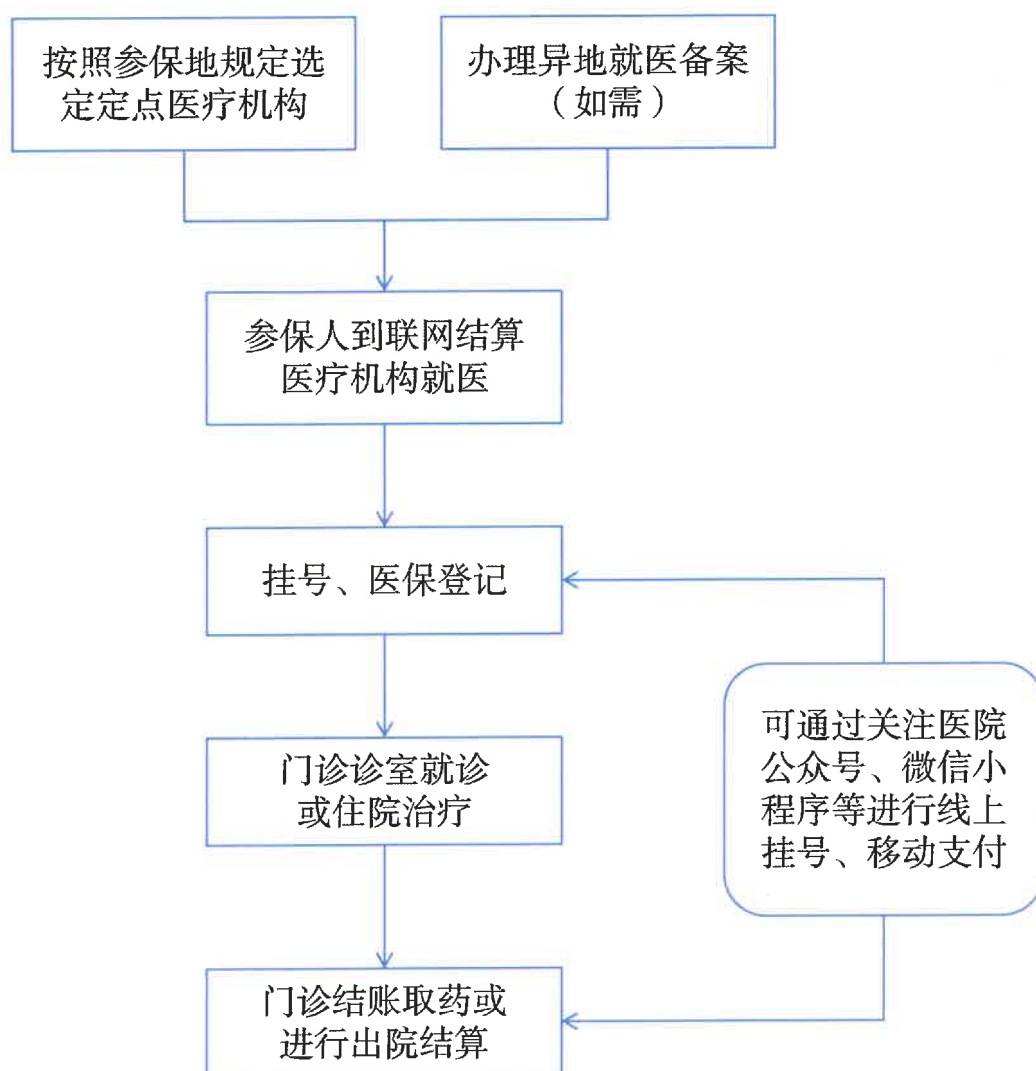
（七）出入院标准

参保人不得要求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。医疗机构不得要求不符合出院标准的参保人出院、转院或自费住院。医保部门没有单次住院 15 天的限制，医疗机构不得强制要求住院满 15 天且不符合出院标准的参保人出院、转院或自费住院。

（八）违规情形

参保人所在单位或本人以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医保待遇的，由参保地医保经办机构可按规定责令退回骗取的医保基金；构成违法或犯罪的，依法移交相关部门追究行政或刑事责任。

五、就医流程



六、附则

（一）本指南所称“年度”是指每年1月1日-12月31日。

（二）本指南未尽事宜，可向参保地医保部门咨询。可通过以下方式查询参保地医保部门的地址及办公电话：“国家医保服务平台”APP--“异地备案”模块--“医保经办机构查询”；“国家异地就医备案”小程序--“医保经办机构查询”；“粤医保”小程序--“我要办事”--“线下办理”--“经办机构查询”。

（三）若本指南内容与政策规定不一致或政策发生调整，请以最新公布的政策为准。本指南由揭阳市医疗保障事业管理中心负责解释。

附件目录

- 1.普通门诊定点医疗机构选定表
- 2.产前检查定点医疗机构选定表
- 3.广东省门诊特定病种范围
- 4.门诊特定病种待遇认定申请表
- 5.门诊特定病种待遇认定表
- 6.门诊特定病种定点医疗机构选定表
- 7.广东省异地就医登记备案表
- 8.基本医疗保险异地就医备案个人承诺书
- 9.外伤无第三方责任承诺书

附件1

普通门诊定点医疗机构选定表

申请人 姓名		身份证 号码		联系 电话	
代办人 姓名		身份证 号码		联系 电话	
本次选定普通门诊医疗机构为： ☐ 初次申请 ☐ 变更					
医疗机构 名称					
本人同意选择以上医疗机构为本人门诊定点就医医疗机构					
本人（代办 人）签名：			办理日期		

附件 2

产前检查定点医疗机构选定表

参保人姓名		联系人与 联系电话	
身份证号码		预产期及办 理时孕周	
男职工未就业配偶信息（不属未就业配偶的无需填写）			
姓名		身份证号码	
☐ 本人及配偶承诺，女方在本市及市外均未就业，且未参加职工基本医疗保险或者城乡居民基本医疗保险并享受相关待遇。			
本次选定产前检查医疗机构为： ☐ 初次申请 ☐ 变更			
选 定 医 疗 机 构			
产检选定 医疗机构		产检选定医疗 机构所在城市	
个 人 承 诺			
本人已知悉填报须知内容，同意申报，并授权经办机构通过信息共享方式查询本单位/个人与办理生育业务相关的信息，承诺所提供材料与信息均真实完整合法，符合业务办理条件。 温馨提示：以虚构劳动关系、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的，属于刑法第二百六十六条规定的诈骗公私财物的行为，将依法追究刑事责任。 本人签名：_____ 填报日期：_____			

附件 3

揭阳市基本医疗保险门诊特定病种待遇标准及费用限额表							
序号	疾病种类及治疗方式	统筹基金支付比例	最高支付限额（元）		待遇享受有效期	病种代码	备注
			职工	居民			
1	丙型肝炎（HCV RNA阳性）	参照住院标准执行	3000/月	2500/月	6个月	M00202	支持跨省直结
2	活动性肺结核		550/月	400/月	1年	M00111	
3	慢性乙型肝炎		350/月	300/月	2年	M00201	支持跨省直结
4	肾脏移植术后抗排斥治疗		5000/月	3000/月	2年	M08301	支持跨省直结
5	造血干细胞移植后抗排斥治疗		5000/月	3000/月	2年	M08302	支持跨省直结
6	恶性肿瘤（非放化疗）		350/月	300/月	2年	M00504	支持跨省直结
7	耐多药肺结核		10000/月	8333/月	2年	M00101	
8	慢性心功能不全		350/月	300/月	长期	M04300	
9	肝硬化（失代偿期）		1200/月	1000/月	长期	M06201	
10	脑血管疾病后遗症		550/月	400/月	长期	M04803	
11	慢性阻塞性肺疾病		1200/月	1000/月	长期	M05300	支持跨省直结
12	高血压病		350/月	300/月	长期	M03900	支持跨省直结
13	慢性肾功能不全（非透析治疗）		1200/月	1000/月	长期	M07808	
14	糖尿病		350/月	300/月	长期	M01600	支持跨省直结
15	类风湿关节炎		1200/月	1000/月	长期	M06900	支持跨省直结
16	帕金森病		350/月	300/月	长期	M02300	
17	癫痫		350/月	300/月	长期	M02500	
18	艾滋病		350/月	300/月	长期	M00300	
19	系统性红斑狼疮		1200/月	1000/月	长期	M07101	
20	冠心病		350/月	300/月	长期	M04600	支持跨省直结
21	肺动脉高压		5000/月	3000/月	长期	M04000	
22	支气管哮喘		350/月	300/月	长期	M05400	
23	再生障碍性贫血		参照住院标准执行（不设起付线）		2年	M01102	
24	慢性肾功能不全（血透治疗）				2年	M07803	支持跨省直结
25	慢性肾功能不全（腹透治疗）				2年	M07804	支持跨省直结
26	心脏移植术后抗排斥治疗				2年	M08303	支持跨省直结
27	肝脏移植术后抗排斥治疗				2年	M08304	支持跨省直结
28	肺脏移植术后抗排斥治疗				2年	M08305	支持跨省直结
29	骨髓纤维化				2年	M00904	
30	骨髓增生异常综合征				2年	M00902	
31	肢端肥大症				2年	M01908	
32	多发性硬化				2年	M02900	
33	湿性年龄相关性黄斑变性				2年	M03701	
34	糖尿病黄斑水肿				2年	M01609	
35	脉络膜新生血管				2年	M03703	
36	视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿				2年	M03704	
37	恶性肿瘤（化疗，含生物靶向药物、内分泌治疗）				2年	M00503	支持跨省直结
38	恶性肿瘤（放疗）				2年	M00502	支持跨省直结
39	地中海贫血（海洋性贫血或珠蛋白生成障碍性贫血）				长期	M01103	
40	分裂情感性障碍				长期	M02104	
41	持久的妄想性障碍（偏执性精神病）				长期	M02103	
42	双相（情感）障碍				长期	M02102	
43	癫痫所致精神障碍				长期	M02105	
44	精神发育迟滞伴发精神障碍				长期	M02106	
45	精神分裂症				长期	M02101	
46	血友病				长期	M01200	
47	强直性脊柱炎				长期	M07200	支持跨省直结
48	C型尼曼匹克病				长期	M01903	
49	银屑病				长期	M06700	
50	克罗恩病				长期	M06000	
51	溃疡性结肠炎				长期	M06501	
52	新冠肺炎出院患者门诊康复治疗				3个月	M12100	
53	不孕不育辅助生殖技术治疗		10000元/年	5000元/年	-	M90508	

备注：病种以及待遇标准、费用限额等如有调整，请以最新公布的政策为准。

附件4

门诊特定病种待遇认定申请表

医疗机构名称:

姓名		性别		年龄	
身份证件号码		人员类别		☐ 职工医保 ☐ 城乡居民医保	
申请科室		科室电话			
门特病种名称		医保病种代码			
病情摘要及诊断	患者病史（或手术史）： 疾病诊断：				
诊疗方案及项目构成	用药方案： 治疗方案： 检查项目： 申请医师签名： 年 月 日				
科室复核	上级医师签名： 年 月 日				
医院医保管理部门审核	同意（盖章） 年 月 日				
待遇有效期	年 月 日至 年 月 日				
选择本院为门特定点	本人同意选定该医院作为本人该门特病种定点医院： 是 ☐ 否 ☐				
参保人签名		参保人联系电话			
备注					

说明：

1.病情摘要应当填写主诉、现病史、体格检查、辅助检查等确诊情况；

2.项目构成必须符合医保政策有关规定。

3.首次申请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医保信息系统备案之日起，按照自然日计算，到期自动终止。

4.参保人员，应在相应门特病种待遇认定有效期满前 30 日内，申请办理续期。定点医疗机构应规定办理后，续期有效期自前一有效期满后次日起，按照自然日计算，到期自动终止。

5.每申请认定一个门特病种，需填写一份《门诊特定病种待遇认定申请表》

6.办理待遇续期需填写此表。

附件 5

门诊特定病种待遇认定表

认定机构（医疗机构）名称：

姓名		性别		年龄	
身份证件号码		人员类别		☐ 职工医保 ☐ 城乡居民医保	
申请科室		科室电话			
门特病种名称		医保病种代码			
病情摘要及诊断	患者病史（或手术史）：				
	疾病诊断：				
	医师签名： 年 月 日				
诊疗方案及项目构成	用药方案：				
	治疗方案：				
	检查项目：				
	医师签名： 年 月 日				
待遇有效期限	年 月 日至 年 月 日				
认定备案机构	经办机构（盖章） 年 月 日				
联系方式	经办机构咨询电话：				
备注					

说明:1.首次申请待遇享受有效期自定点医疗机构按照规定认定信息上传医保信息系统备案之日起,按照自然日计算,到期自动终止。

2. 参保人员，应在相应门特病种待遇认定有效期满前 30 日内，申请办理续期。定点医疗机构应规定办理后，续期有效期自前一有效期满后次日起，按照自然日计算，到期自动终止。

附件 6

门诊特定病种定点医疗机构选定表

申请人 姓名		身份证 号码		联系 电话	
代办人 姓名		身份证 号码		联系 电话	
本次选定门诊特定病种医疗机构为: ☐ 初次选定 ☐ 变更					
门诊特定 病种名称					
医疗机构 名称					
本人同意选择以上医疗机构为本人门诊特定病种定点就医医疗机构					
申请变更 情况说明 (如需)	本人已知悉可变更门诊特定病种定点就医医院的条件, 承诺所提供材料与信息均真实完整合法, 符合办理业务条件。具体变更原因如下:				
本人(代办 人)签名:			办理日期		

附件 7

备案编号：

广东省异地就医登记备案表

姓名		性别		险种	☐ 职工医保 ☐ 城乡居民医保
人员类别	☐ 异地安置退休人员 ☐ 异地长期居住人员 ☐ 常驻异地工作人员 ☐ 其他临时外出就医人员		登记类别	☐ 新增 ☐ 变更	
社会保障号码			社会保障卡卡号 (可选)		
参保地 联系地址			异地联系地址		
联系电话 1			联系电话 2		
转往省(市、区)			转往地区 (市、州)		
温馨提示 1.省内异地就医直接结算执行广东省目录、参保地规定的基本医疗保险基金起付标准、支付比例、最高支付限额等有关政策；跨省异地就医直接结算执行就医地规定的支付范围及有关规定、参保地规定的基本医疗保险基金起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊慢特病病种范围等有关政策。 2.办理备案时直接备案到就医地市或直辖市。参保人根据病情、居住地、交通等情况，自主选择就医地开通的省内（跨省）联网定点医疗机构					

住院就医。门诊就医时按照参保地异地就医管理要求选择定点医药机构就诊。

3.到海南、西藏等省级统筹的省份和新疆生产建设兵团就医的，可备案到就医省份和新疆生产建设兵团。

4.异地急诊抢救人员视同已备案。

5.未按规定办理登记备案手续，或在就医地非省内（跨省）定点医疗机构发生的医疗费用，按参保地现有规定执行。

本人（被委托人）签名		填表日期	
------------	--	------	--

附件 8

基本医疗保险异地就医备案个人承诺书

姓 名		性 别		联系电话	
身份证号码		参保地		就医地	
异地居住 详细地址					
人员类别	☐ 异地安置退休人员 ☐ 异地长期居住人员 ☐ 常驻异地工作人员				
参保地异地就医备案告知书 1.参保人应在出院结算前办理异地就医备案。2.异地就医备案可在线办理，请选择对应的备案类型填写办理材料。3.备案所需相关证明材料必须真实、准确、有效。4.异地就医时持有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡就医。					
承诺事项： 本人申请办理异地就医备案业务，已阅读并知晓《备案告知书》所述内容，同意遵守相关规定。因个人原因无法提供异地就医备案相关证明材料，本人保证符合此业务办理条件，所述信息真实、准确、完整、有效，愿意接受信息共享查询核验，由此产生的一切经济损失和法律责任均由本人承担。 承诺人（签名、指印）： 年 月 日					
说明	本表由参保人填写，由医保经办部门存档，两年内不得销毁。				

附件 9

外伤无第三方责任承诺书

承诺人		联系电话	
证件类型		证件号码	
承诺事项	外伤无第三方责任		
承诺内容: 本人同意授权_____医保经办机构通过信息共享方式查询本人与办理医保业务相关的信息, 承诺所提供材料均为真实合法, 符合办理业务条件, 如伪造材料或以任何方式骗取医疗保险待遇的, 本人愿意承担一切后果; 同意_____医保经办机构将本人虚假行为上报和纳入信用管理体系, 并就本次办理业务的其他承诺内容陈述如下: 本人于____年__月__日__时在_____ (地点) 发生 _____ (外伤经过)。现承诺本次意外受伤与第三方责任或工伤责任无关, 如与第三方责任或工伤责任有关, 则将已享受的医保待遇全额退回医保, 并承担相应的法律责任。 温馨提示: 1.反欺诈法律提示: 以虚构劳动关系、伪造证明材料或者其他手段骗取基本医疗保险待遇和生育保险待遇的, 属于刑法第二百六十六条规定的诈骗公私财物的行为, 将依法追究刑事责任。 2.此表可现场填写, 由承诺人本人手写签名, 患者本人无法签字的由其近亲属代签, 并填写身份证号码和联系方式。 承诺人 (签名): 日期: 年 月 日			

公开方式：主动公开