

南京市城镇职工基本医疗保险手册

一、职工医保基本政策

1、个人账户如何建立与使用

(1) 2023年1月1日前，划入职工医保个人账户的比例为：45周岁及以下，按本人缴费基数3%划入(含个人缴纳的2%)；45周岁以上至退休前，按本人缴费基数4%划入(含个人缴纳的2%)；退休(职)人员按本人当月实发养老金的5.4%划入。不满70周岁的退休人员个人账户划入最低标准为100元/月(含应由个人缴纳的大病医疗救助费，下同)，满70周岁不满80周岁的退休人员最低标准为120元/月，80周岁及以上退休人员最低标准为150元/月，建国前老工人最低标准为200元/月。

(2) 2023年1月1日起，职工医保在职职工个人账户每月由个人缴纳的基本医疗保险费计入，缴纳标准为本人参保缴费基数的2%；职工医保已退休(退职)人员(以下称“退休人员”)、建国前老工人个人账户以2022年12月本人个人账户划拨金额为标准，按月定额划入。2023年当年新退休人员以本人退休当月实发养老金的5.4%核准划账金额，按月定额划入。

(3) 个人账户支付范围：

1. 参保人员在定点医疗机构发生的由个人负担的医疗费用，包括生育保险支付后个人负担的生育医疗费用；

2. 参保人员在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用；

3. 参保人员签约家庭医生由个人负担的服务费；

4. 参保人员在定点医疗机构发生的符合国家医保药品分类与代

码管理的非免疫规划疫苗费用；

5.参保人员参加失能人员照护保险个人缴费；

6.参保人员在定点医疗机构发生的健康体检费用；

7.参保人员的配偶、父母、子女参加本市城乡居民基本医疗保险个人缴费；

8.参保人员个人账户资金结余部分，可以按照规定共济给参保人员的配偶、父母、子女在个人账户使用范围内使用；

9.参保人员个人账户资金结余部分，可以按照规定用于为本人及参加本市基本医疗保险的配偶、父母、子女购买商业健康补充医疗保险；

10.其他国家和省规定个人账户可以支付的费用。

个人账户的本金和利息为个人所有，可以结转使用和依法继承，不得提现（政策另有规定除外）。

（4）失能险保费从个人账户代扣：职工医保参保人员，每年12月份在医保个人账户划账同时一次性划转次年南京市失能保险个人缴费金额，12月份个人账户余额不足的顺延以后月份扣减。

2023年度失能险个人缴费标准为：60周岁（含）以上40元；60周岁以下20元。

2、参加大病医疗救助有何规定

凡参加本市城镇职工基本医疗保险的人员，均需参加大病医疗救助。大病医疗救助费原则上由参保人员（含退休、退職人员）个人按每人每月10元标准缴纳，其中：在职职工由参保单位按月统一代扣代缴；灵活就业人员由个人按月缴纳；退休、退職人员每月直接从本人医保个人账户中扣缴或由单位申请代扣代缴。

3、什么是“起付标准”和“最高支付限额”

起付标准又称起付线，是指统筹基金开始支付前，按规定必须由参保人员个人负担的医疗费用额度，也就是通常所说的统筹基金支付的“门槛”费；最高支付限额，就是通常所说的统筹基金给付的“封顶线”，是指统筹基金所能支付的基本医疗费用的最高限额。

目前，我市职工医保参保人员一个自然年度内统筹基金最高支付限额为60万元；大病医疗救助基金和大病保险不设最高支付限额。

4、基本医疗保险用药有哪些规定

本市基本医疗保险用药执行《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》和南京市基本医疗保险医疗机构制剂目录。

《药品目录》中的西药和中成药分为“甲类药品”和“乙类药品”。“甲类药品”是临床治疗必需、使用广泛、疗效确切、同类药品中价格或治疗费用较低的药品。“乙类药品”是可供临床治疗选择使用，疗效确切、同类药品中比“甲类药品”价格或治疗费用略高的药品。南京市基本医疗保险医疗机构制剂目录是临床治疗必需，疗效较好，价格较低的治疗性医疗机构制剂。

根据《药品目录》对药品使用限定的要求和定点医疗机构、定点零售药店医保服务范围，综合考虑不同定点医疗机构的医疗水平、医生资质和地理位置等因素，分别确定各定点医疗机构和定点零售药店的用药等级。

参保人员使用《药品目录》中的西药与中成药（含民族药）所发生的费用，应由基本医疗保险基金支付的，甲类药品按基本医疗保险的规定支付，乙类药品先由参保人员按规定的比例自付，其余部分再按基本医疗保险规定支付。患者使用价格高于支付标准的药品，超出

支付标准的部分由患者自付，支付标准以内部分由患者和医保基金按比例分担。使用中药饮片所发生的费用，除国家规定的基本医疗保险基金不予支付的药品外，均按基本医疗保险的规定支付。

定点医疗机构和定点零售药店对参保人员就医用药应选择安全有效、价格合理的药品，并根据病情按以下原则掌握药量：门诊急性疾病3日量，慢性疾病7日量，最长不超过28日量；中药煎剂不超过7剂量，特殊情况可适当延长，最长不得超过14剂量。出院带药不得超过本次出院诊断疾病的用药范围，急性病不得超过7日量，慢性疾病不得超过15日量。（疫情期间根据政策可放宽单次处方量）

参保人员住院时，定点医疗机构为参保病人使用有自付比例的乙类药品或自费药品时，应告知并征得病人或家属同意，其中单价超出100元且自付比例30%以上的乙类药品和自费药品，必须经病人或家属签字后使用（急症抢救除外）；凡未经病人或家属签字使用的，其费用由定点医疗机构承担。参保人员到定点零售药店购买《药品目录》中的非处方药，可持社会保障卡直接购买；购买《药品目录》中的处方药，须持有定点医疗机构医师开具的外配处方、社会保障卡和门诊病历。

5、基本医疗保险医疗服务项目有哪些规定

参保人员发生的基本医疗保险诊疗项目、医疗服务设施的费用，属于甲类目录范围的，按基本医疗保险规定支付；属于乙类目录范围的，先由参保人员按规定的比例自付，其余部分再按基本医疗保险规定支付；属于丙类目录范围的，基本医疗保险不予支付，费用全部由个人自理。

参保人员发生的符合基本医疗保险医疗服务目录范围的特殊医

用材料费用，凡有费用支付上限规定的，限额以上部分由参保人员自理；限额内的费用，先由参保人员按规定的比例自付，剩余部分再按基本医疗保险规定支付；范围外的其他特殊医用材料，基本医疗保险不予支付，费用全部由个人自理。

参保人员住院时，定点医疗机构为参保人员使用单价超出100元且自付比例40%以上的诊疗项目、特殊医用材料，以及自费诊疗项目、特殊医用材料，必须征得参保人员或其家属同意（精神病人须征得单位或监护人员同意），并在医疗文书上签字。急症抢救除外。

6、哪些诊疗项目的费用医疗保险基金不予支付

（1）未纳入《江苏省医疗服务项目价格》和《江苏省特殊医用材料价格管理办法》范围的，或未经省、市医保部门核定收费标准的新增诊疗项目和特殊医用材料费用，未经市医保部门批准许可开展的医疗设备或诊疗项目费用，未经市医保部门准入的或不符合分级、定点管理要求的诊疗项目和特殊医用材料费用。

（2）国家、省、市规定的其他不属于基本医疗保险支付范围的诊疗项目、医疗服务设施和特殊医用材料费用。

（3）自费治疗项目使用的医用材料。

（4）分级管理范围外的诊疗项目。

（5）定点诊疗项目在非定点医疗机构使用的。

7、床位费医疗保险如何支付

床位费支付标准为每床日35元（综合医改公立医院床位费支付标准为每床日40元）。实际床位费低于支付标准的，以实际床位费支付；高于支付标准的，只支付标准内的费用，超出部分由参保人员自理。

8、哪些医疗服务设施的费用医疗保险基金不予支付

(1) 服务项目：

- ①挂号费、院外会诊费、病历工本费等；
- ②出诊费、检查治疗加急费、点名手术附加费、优质优价费、自请特别护士等特需医疗服务。

(2) 医疗服务设施：

- ①就（转）诊交通费、急救车费；
- ②空调费、电视费、电话费、婴儿保温箱费、食品保温箱费、电炉费、电冰箱费及损坏公物赔偿费；
- ③陪护费、护工费、洗理费、门诊煎药费；
- ④膳食费（含营养费、药膳）；
- ⑤文娱活动费以及其他特需生活服务费用；
- ⑥产妇卫生费、单独炮制膏、丸剂的加工费；
- ⑦其他不可单独收费的一次性医用材料费用（按省医保等部门现行规定执行）。

9、不属于基本医疗保险支付范围的医疗费用

- (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。

二、如何办理门诊特殊病准入手续

10、如何办理门诊特殊病准入手续

(1) 领表

患有恶性肿瘤、慢性肾功能衰竭透析治疗、器官移植术后（含造血干细胞）抗排异治疗、再生障碍性贫血、系统性红斑狼疮、血友病、

颅内良性肿瘤、骨髓纤维化、运动神经元病、慢性肾功能衰竭非透析治疗、肺结核的参保人员，在全市有“门特”登记资质的定点医疗机构领取《南京市城镇职工基本医疗保险参保人门诊特殊病认定表》（一式两份），并填写个人资料。

（2）认定

患者持《南京市城镇职工基本医疗保险参保人门诊特殊病认定表》、医保电子凭证或社会保障卡及相关病理报告或出院小结等，至相关科室，请有“门特”认定登记资质的副主任以上医师按规定的准入标准进行认定登记。

（3）登记

患者带“门特”认定医师审核确认后的《南京市城镇职工基本医疗保险参保人门诊特殊病认定表》、医保电子凭证或社会保障卡到医疗机构医保办办理审核登记手续。

异地就医参保人员携带《南京市城镇职工基本医疗保险参保人门诊特殊病认定表》、医保电子凭证或社会保障卡和相关病理报告或出院小结等到各经办机构窗口办理审核登记手续，或在“我的南京”APP中进行登记备案。

提醒：恶性肿瘤患者根据门诊治疗方式，还需要办理以下手续：

门诊特殊病（恶性肿瘤）门诊专项治理办理流程

（1）门诊放疗和日间化疗：①患者持医保电子凭证或社会保障卡在定点医院就诊→②门诊病情评估→③经治医生填表申请治疗方案→④科室负责人复核治疗方案→⑤医院医保办审核并办理登记手续（录入治疗起止时间）→⑥患者回指定科室接受治疗。在治疗期限内享受“门诊放疗和日间化疗”待遇。

(2) 门诊针对性药物治疗：①患者持医保电子凭证或社会保障卡在定点医院就诊→②门诊病情评估→③经治医生填表申请治疗方案→④科室负责人复核治疗方案→⑤医院医保办审核并办理登记手续(录入治疗起止时间)→⑥患者回指定科室接受治疗。在治疗期限内使用针对性药品费用，享受“门诊针对性药物治疗”待遇，其他医疗费用享受“门诊辅助治疗”待遇。

门诊特殊病(恶性肿瘤)门诊专项治理注意事项

(1) 恶性肿瘤“门诊专项治理”(指“门诊放疗和日间化疗”或“门诊针对性药物治疗”)均在指定医院申请，不在医保中心办理。在门诊采取“门诊辅助治疗”，直接到本人定点的医院就诊。

(2) 采取“门诊专项治理”的患者，必须遵照以下几点：

①一定要在本人定点的三家医院中选择一家有恶性肿瘤“门诊专项治理”资质的指定医院办理登记手续后，才可发生费用；

②一定要在指定医院的肿瘤治疗相关科室就诊，经治医生应相对固定；

③在其他两家定点医院就诊或定点药店购药，享受“门诊辅助治疗”待遇。

④“门诊专项治理”指定医院必须在患者定点的三家医院中选择，且门诊放化疗和门诊针对性药物治疗同一时间段需定点在同一家医院，若定点的三家医院均无恶性肿瘤“门诊专项治理”资质的，必须办理定点医院的变更手续，将有恶性肿瘤“门诊专项治理”资质的医院变更为本人定点医院后，再到该院办理“门诊专项治理”的登记手续。

⑤本人定点医院和“门诊专项治理”指定医院一经选定，原则上不得变更。

11、如何办理门诊特殊病（精神病）准入手续

（1）患有精神分裂症、中重度抑郁症、双向情感障碍、强迫症、精神发育迟缓伴发精神障碍、癫痫伴发精神障碍、偏执性精神病、分裂情感性障碍的参保人员，在南京市脑科医院、东南大学附属中大医院、南京市浦口区中心医院（江苏省人民医院浦口分院）、南京市高淳区精神病防治院直接领取《南京市城镇职工基本医疗保险参保人门诊特殊病认定表》（一式两份），并填写个人资料。

（2）患者持《南京市城镇职工基本医疗保险参保人门诊特殊病认定表》、医保电子凭证或社会保障卡及近一年来的病历、检查报告单或出院小结等，到南京市脑科医院、东南大学附属中大医院、南京市浦口区中心医院（江苏省人民医院浦口分院）、南京市高淳区精神病防治院由专科主任医师按规定的准入标准进行认定。

（3）患者带“门精”认定医师审核确认后的《南京市城镇职工基本医疗保险参保人门诊特殊病认定表》、医保电子凭证或社会保障卡到南京市脑科医院、东南大学附属中大医院、南京市浦口区中心医院（江苏省人民医院浦口分院）、南京市高淳区精神病防治院医保办办理审核登记手续。

异地就医参保人员携带《南京市城镇职工基本医疗保险参保人门诊特殊病认定表》、医保电子凭证或社会保障卡和及近一年来的病历、检查报告单或出院小结等到各经办机构窗口办理审核登记手续。

12、如何办理门诊特殊病（艾滋病）准入手续

（1）患有HIV携带和艾滋病的参保人员，在南京市第二医院直接领取《南京市城镇职工基本医疗保险参保人门诊特殊病认定表》（一式两份），并填写个人资料。

(2) 患者持《南京市城镇职工基本医疗保险参保人门诊特殊病认定表》、医保电子凭证或社会保障卡及近一年来的病历、检查报告单或出院小结等，到南京市第二医院由专科主任医师按规定的准入标准进行认定。

(3) 患者带“门艾”认定医师审核确认后的《南京市城镇职工基本医疗保险参保人门诊特殊病认定表》、医保电子凭证或社会保障卡到南京市第二医院医保办办理审核登记手续。

异地就医参保人员携带《南京市城镇职工基本医疗保险参保人门诊特殊病认定表》、医保电子凭证或社会保障卡和及近一年来的病历、检查报告单或出院小结等到各经办机构窗口办理审核登记手续。

三、就医、购药须知

13、如何在定点医药机构就医、购药

参保人员在定点医药机构就医、购药须出示本人医保电子凭证或社会保障卡并展码或刷卡就诊，门诊须告知医院、药店就诊类别（如：门统、门特等），按对应就诊医疗类别享受医保待遇，应由个人承担的费用，由本人直接与定点医药机构结算；应由医保统筹基金支付部分，由医保经办机构与定点医药机构结算。

参保人员在非医保定点医药机构或未刷卡（含医保电子凭证）发生的医疗费用以及医保范围外的费用均由个人承担。参保人员在定点医药机构就诊购药，因特殊情况由他人代购药品时，须出示参保人员及代购人员双方有效身份证件；定点医药机构按代配药规定查验参保人员及代购人员有效身份证件，并要求代购人签字，登记证件号码和电话号码等。

四、主要待遇及费用结算

14、门诊统筹待遇标准及费用结算

在一个自然年度内,参保人员在定点机构门诊统筹发生的符合规定的医疗费用,由统筹基金和个人共同负担。其中,需个人先行支付的部分,由个人先按规定比例自付后,再按照规定的待遇政策执行。实行分段计算、累加支付。待遇标准见表。

门诊统筹待遇表

按待遇政策执行的医保范围内费用	就诊类别	医保基金支付比例			
		在职	退休(职)		建国前老工人
			70岁以下	70岁(含)以上	
0-1000(含)	社区	50%	55%	60%	100%
	非社区	40%	45%	50%	95%
1000(不含)-5000(含)	社区	70%	80%	85%	100%
	非社区	60%	70%	75%	95%
5000(不含)-1.5万(含)	社区	75%	85%	90%	100%
	非社区	65%	75%	80%	95%

例如:在职职工在非社区购买某药,药品单价13015.2元,医保支付标准12364.44元,自付比例0.3。

按待遇政策执行的医保范围内费用: $12364.44 \times 0.7 = 8655.11$ 元。
8655.11元按门诊统筹待遇比例基金支付。

医保基金支付:

0-1000(含): $1000 \times 40\% = 400$ 元

1000(不含)-5000(含): $4000 \times 60\% = 2400$ 元

5000(不含)-1.5万(含): $(8655.11 - 5000) \times 65\% = 2375.82$ 元

医保基金累计支付 $400 + 2400 + 2375.82 = 5175.82$ 元

个人需支付 $13015.2 - 5175.82 = 7839.38$ 元

门诊统筹实行以社区卫生服务机构为首诊、转诊制。参保人员可在城镇职工基本医疗保险定点社区卫生服务机构或参照社区管

理的医疗机构进行首诊；专科医院可作为全体参保人员首诊医疗机构。参保人员需转诊的，由首诊医疗机构负责转诊，急诊、抢救不受此限制。（疫情期间根据政策执行）附15家门诊统筹转诊定点医疗机构名单。

门诊统筹转诊定点医疗机构名单

以下医院必须经首诊医院转诊后就诊方可享受门诊统筹待遇，急救、抢救不受此限制。

序号	编码	医疗机构名单	机构等级
1	H32010600016	江苏省人民医院	三
2	H32010600157	南京医科大学第二附属医院	三
3	H32010600003	南京鼓楼医院	三
4	H32010400741	南京市第一医院	三
5	H32010600128	东南大学附属中大医院	三
6	H32010201037	中国人民解放军东部战区总医院	三
7	H32010401058	中国人民解放军东部战区总医院秦淮医疗区	三
8	H32010401038	中国人民解放军东部战区空军医院	三
9	H32010400468	江苏省中医院	三
10	H32011300006	江苏省中西医结合医院	三
11	H32010500004	江苏省第二中医院	三
12	H32010400715	南京市中医院	三
13	H32010600014	江苏省老年病医院（江苏省省级机关医院）	三
14	H32011500211	南京同仁医院	参照三级
15	H32010500469	南京明基医院	参照三级

15、门诊特殊病待遇标准及费用结算

门诊特殊病范围包括：恶性肿瘤、慢性肾功能衰竭透析治疗、器官移植术后（含造血干细胞）抗排异治疗、再生障碍性贫血、系统性红斑狼疮、血友病、颅内良性肿瘤、骨髓纤维化、运动神经元病、慢

性肾功能衰竭非透析治疗、肺结核、严重精神障碍、艾滋病。

因门诊特殊病种到本人选择的定点医院就诊或持外配处方到本人选择的定点药店购药时，须出具医保电子凭证或社会保障卡。在一个自然年度内，在定点机构发生的符合国家、省和市规定的基本医疗保险支付范围的门特病种医疗费用，由医保基金和个人共同负担。其中，需个人先行支付的部分，由个人先按规定比例自付后，再按规定的待遇政策执行。

门特1-恶性肿瘤待遇表

相关项目费用待遇			医保基金支付比例			
项目名称	时间	医保基金最高支付限额	在职	退休（职）	70岁以上退休（职）	建国前老工人
门诊放化疗 （在指定医院申请）	每年	15万元	92%	95%	96%	100%
针对性药物治疗 （在指定医院申请）	每年	10万元	92%	95%	96%	100%
辅助检查和用药（定点机构直接就诊，无需再申请）	每年	2万元	92%	95%	96%	100%
备注	有自付比例的需个人先按比例支付后，再按规定的待遇政策执行。					

门特2-慢性肾功能衰竭透析治疗待遇表

相关项目费用待遇			医保基金支付比例			
项目名称	时间	限额	在职	退休（职）	70岁以上退休（职）	建国前老工人
透析费用（医疗费用限额）	每年	6.9万元/年	92%	95%	96%	100%
辅助检查用药费用（基金支付限额）	每年	1.5万元/年	92%	95%	96%	100%
备注	1、享受慢性肾功能衰竭透析治疗待遇的参保人员，不再同时享受慢性肾功能衰竭非透析治疗的门诊特殊病限额补助待遇。 2、有自付比例的需个人先按比例支付后，再按规定的待遇政策执行。					

门特3-器官移植术后抗排异治疗待遇表

相关项目费用待遇			医保基金支付比例			
项目名称	时间	医保基金最高支付限额	在职	退休（职）	70岁以上退休（职）	建国前老工人
抗排异药	每年	8万元	92%	95%	96%	100%

物治疗						
辅助检查和用药	每年	1万元	92%	95%	96%	100%
备注	有自付比例的需个人先按比例支付后，再按规定的待遇政策执行。					

门特4-造血干细胞（异体）移植术后门诊抗排异治疗待遇表

相关项目费用待遇			医保基金支付比例			
项目名称	时间	医保基金最高支付限额	在职	退休（职）	70岁以上退休（职）	建国前老工人
抗排异药物治疗	移植手术当年和术后第一年	8万元	92%	95%	96%	100%
辅助检查和用药	移植手术当年和术后第一年	1万元	92%	95%	96%	100%
备注	1、造血干细胞（异体）移植术后门诊抗排异治疗待遇在移植术后第一年年底截止，仍需继续治疗的，需经指定医院评估，再到医保经办部门办理审核登记手续后，医保基金参照器官移植术后门诊抗排异治疗对应年限待遇标准支付。 2、有自付比例的需个人先按比例支付后，再按规定的待遇政策执行。					

门特5-血友病待遇表

相关项目费用待遇			医保基金支付比例			
项目名称	时间	医保基金最高支付限额	在职	退休（职）	70岁以上退休（职）	建国前老工人
血友病轻型	每年	1万元	92%	95%	96%	100%
血友病中型	每年	5万元	92%	95%	96%	100%
血友病重型	每年	10万元	92%	95%	96%	100%
备注	有自付比例的需个人先按比例支付后，再按规定的待遇政策执行。					

门特-其他门诊特殊病种待遇表

相关项目费用待遇			医保基金支付比例			
项目名称	时间	医保基金最高支付限额	在职	退休（职）	70岁以上退休（职）	建国前老工人
门特6(再生障碍性贫血)	每年	1万元	92%	95%	96%	100%
门特7(系统性红斑狼疮)	每年	1万元	92%	95%	96%	100%
门特8(颅内良性肿瘤)	每年	1万元	92%	95%	96%	100%
门特9(骨髓纤维化)	每年	1万元	92%	95%	96%	100%

门特10(运动神经元病)	每年	1万元	92%	95%	96%	100%
门特11(慢性肾功能衰竭非透析治疗)	每年	1万元	92%	95%	96%	100%
门特12(肺结核)	每年	1万元	92%	95%	96%	100%
备注	有自付比例的需个人先按比例支付后,再按规定的待遇政策执行。					

16、精神疾病门诊、住院待遇标准及费用结算

门特13(精神病)患者因精神疾病到本人选择的定点医院就诊时,须出具医保电子凭证或社会保障卡,在定点医疗机构门诊发生的病种医疗费用,由定点医疗机构按定额标准使用,参保人员个人不自付,由市医保中心按规定的标准与医院结算。

患有精神病的患者,需因精神疾病住院进行治疗的,免付住院起付标准,所发生的基本医疗保险范围内按规定属个人自付部分的医疗费用,由大病医疗救助基金、用人单位、个人各支付三分之一。精神病人肢体疾病发生的医疗费用按基本医疗保险规定执行。长期驻外人员,门诊精神病按每月320元标准定额包干使用,住院期间不支付门诊定额包干费,每年通过单位发放给个人。

17、艾滋病门诊待遇标准

门特14(艾滋病病毒感染者和艾滋病病人)在门诊发生的抗艾滋病病毒和机会性感染治疗及相关检查医疗费用,由定点医疗机构按定额标准包干使用,参保人员个人不自付。

18、家庭病床待遇标准及费用结算

(1) 设床条件

参保人员长期卧床不起且符合以下条件之一:中风瘫痪康复期、恶性肿瘤晚期、骨折牵引需卧床治疗的、符合住院条件的70周岁以上

老人，由本人或家属就近向具备家庭病床服务资格的定点医疗机构提出申请，经医师检查确诊后可设立家庭病床。

(2) 待遇标准

家庭病床无起付标准，设床患者发生的符合医保范围内的费用由医保基金支付比例限额支付。设立家庭病床期间，门统、门特待遇（精神病、艾滋病除外）暂停享受，门诊精神病、门诊艾滋病、住院待遇正常享受。具体标准见表7。

家庭病床个人负担比例表

医疗机构等级	个人分担比例	
	在职	退休（职）
一级	3%	2%
二级	5%	3%

19、住院医疗费用结算

参保人员发生的住院费用，起付标准和乙类药品、诊疗项目、服务设施个人按比例负担部分及基本医疗保险范围外的费用，先由个人自付，其余费用由统筹基金和个人共同分担。职工医保参保人员在一个自然年度内，住院发生的医保支付范围内医疗费用，统筹基金支付18万元（含）以下的，支付比例按下表执行，18万元（不含）至60万元（含）之间的，支付比例95%。

住院待遇标准表

医疗机构等级	费用段及个人分担比例		
	起付标准	起付标准以上至统筹基金最高支付限额以下	
		在职	退休（职）
一级	300元	3%	2%
二级	500元	5%	3%
三级	1000元	10%	7%
备注	1、一个自然年度内第二次住院的，起付标准降低50%；第三次及以上住院的，免除起付标准。 2、建国前参加革命工作的退休老工人个人分担比例为在职职工的10%。 3、因门诊特殊病种住院的，不设住院起付标准。		

例：某退休参保人员今年首次住三级医院，住院总费用16000元，其中住院费用明细清单右栏个人自理（自付）部分为950元（是指乙类药品、诊疗项目、服务设施个人按比例负担部分和基本医疗保险范围外的费用）。该参保人按医保政策个人负担多少？

①住院费用明细清单右栏个人自理（自付）部分为950元需个人全部负担；

②首次住院，三级医院的起付标准：1000元；

③基本医疗保险范围内的费用个人需分担： $(16000-950-1000) \times 7\% = 983.50$ 元；

综上，该参保人员此次住院个人负担 $950+1000+983.50=2933.50$ 元。

20、大病医疗救助待遇标准

目前，我市职工医保参保人员一个自然年度内统筹基金最高支付限额为60万元。其中，住院发生的医保支付范围内医疗费用，统筹基金支付超过60万元（含）以上的部分，由大病医疗救助基金支付，支付比例为95%。

21、大病保险待遇

参保人员在一个自然年度内，发生的基本医疗保险支付范围内的住院和门诊特殊病的医疗费用，在享受基本医疗保险待遇基础上，个人自付费用超过大病保险起付标准以上部分，由大病保险按规定予以支付。

大病保险起付标准以本市上一年度城镇居民年人均可支配收入的50%左右设置（现暂定为2万元）。对起付标准以上费用实行“分段计算，累加支付”，不设最高支付限额。具体办法如下：

2万元以上（不含2万元，下同）至4万元（含4万元，下同）部分，支付60%；4万元以上至6万元部分，支付65%；6万元以上至8万元部分，支付70%；8万元以上至10万元部分，支付75%；10万元以上部分，支付80%。

符合医疗救助条件的参保人员，在享受大病保险待遇后，享受医疗救助待遇。

对符合条件的困难人员，大病保险起付标准降低50%（现为1万元），各费用段报销比例提高5%。

五、如何办理异地就医（省内、跨省）备案手续

22、全国跨省联网医院、行政区划的信息哪里能够查询？

登录国家医保服务平台（<https://fuwu.nhsa.gov.cn/>）或“国家医保服务平台”APP即可查询。

23、哪些人员可以办理异地就医联网直接结算备案？

我市城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险的参保人员只要符合以下四类情况，都可以办理异地就医备案手续：

1、异地安置退休人员：退休后在异地定居且户籍迁入定居地的人员。

2、异地长期居住人员：在异地长期居住生活的人员。

3、异地工作、学习人员：在异地长期工作或学习的人员。

4、异地转诊人员：因病经我市三级医院诊断需转异地医疗机构诊治的人员。

前三类人员简称为“长期驻外人员”。

24、参保人员应该怎样办理异地就医备案手续？

1、参保单位可以通过南京市医疗保障局官方网站，登录后为本

单位职工办理异地就医备案手续。

2、参保人可以通过“我的南京”APP、“国家医保服务平台”APP、“国家异地就医备案”微信小程序为本人或家人办理异地就医备案手续。其中，“我的南京”APP可以办理省内和跨省异地就医备案，“国家医保服务平台”APP、“国家异地就医备案”微信小程序只能办理跨省异地就医备案。

3、参保人可至市、区、街道各级医保经办机构柜台办理备案。

25、长期驻外柜台备案流程是什么？

1、选择。参保人携带身份证、社会保障卡以及异地长驻证明材料前往各级医保经办窗口，选择异地备案的省份和城市信息。代办人员需提供代办人员身份证原件和复印件。若参保人暂时无法提供长期驻外证明材料，可以按“承诺制”申请异地就医备案。

2、录入。由经办人员录入系统并将信息上传省、部平台。

3、打印。生成打印《南京市基本医疗保险异地就医登记表》，参保人确认后签字，双方各留存一份。

4、归档。异地长驻证明等材料由经办人员整理和归档。

26、转外就诊人员如何办理备案手续？

1、南京市三级医院主任医师或副主任医师根据参保人员的病情填写《南京市基本医疗保险转外就医备案表》并由医院确认（备案表可以在三级医院和各级医保经办机构窗口领取）。

2、参保人员凭《南京市基本医疗保险转外就医备案表》到医院医保办办理备案登记，或就近到各级医保经办机构窗口办理备案登记，也可通过“我的南京”APP、“国家医保服务平台”APP、“国家异地就医备案”微信小程序申请备案登记。

小提示：转外就医备案有效期1年，在有效期内，参保人员可多次就诊。有效期结束后参保人员因病情需延期或变更转诊信息的，可凭异地就诊医院诊断证明、出院小结等医疗文件到南京市、区医保经办窗口，或线上方式办理延期或变更。

六、省内（跨省）异地就医联网结算问答

27、南京市哪些类型医保卡可以实现异地联网刷卡结算

江苏省社会保障卡（简称“省卡”）以及现行江苏（南京）一卡通（简称“三代卡”）均可实现异地联网刷卡结算，南京市民卡无法实现异地联网刷卡结算。办理异地就医备案手续后，南京本地刷卡不受影响。



友情提醒：推荐注册使用国家医疗保障局监制发行的医保电子凭证，在全国定点医疗机构和零售药店展码进行医保结算。微信扫码即可注册医保电子凭证。注册成功后，进入微信-我的-卡包-票证，即可

打开医保电子凭证，直接用手机展码进行医保结算。



28、南京城镇职工医疗保险参保人的个人账户可以带到异地使用吗？

答：可以。异地刷卡结算医疗费用时，可以使用南京医保个人账户余额。

29、参保人在异地就医时，如果在联网医院无法医治，需要转往非联网医院怎么办？

若此非联网医院为备案地区的医保定点医院，参保人可垫付医疗费用，按规定回宁申请零星报销；非医保定点医院无法报销。

30、异地就医联网结算的医疗类型和待遇。

(1) 省内联网结算的医疗类型：职工和居民医保各类型门诊和住院费用；执行参保地（南京）医保目录和政策；

(2) 跨省联网结算的医疗类型：职工和居民医保各类型门诊和住院费用；执行就医地医保目录、参保地（南京）医保政策。

七、医疗费用零星报销相关问题

31、如何办理零星报销手续？

办理过异地就医备案手续的参保人员，如罹患门诊特殊病、门诊慢性病（费用发生时间为 2022 年 12 月 31 日（含）之前）、治疗需使用“双通道”药品的须申请办理相关的登记和准入手续，否则影响正常待遇享受。在本人选定备案地的医保定点医疗机构发生的医疗费用，可由用人单位经办人到医保中心申报。

参保人员申请零星报销费时，应提供有效身份证明（医保电子凭证、身份证件或社会保障卡等），医院收费票据原件，并按申报费用类别提供以下材料：

- (1) 住院费用。住院费用清单、诊断证明或出院小结。
- (2) 门诊费用。门诊费用清单。
- (3) 急诊、抢救费用。医药费明细清单、急诊诊断证明（或病历）；抢救需提供门诊抢救病历、出院小结等相关证明材料。
- (4) 生育费用。医疗费明细清单、出院小结等。
- (5) 外伤（中毒）就医的另需提供交通事故认定书、法院判决书、调解协议书等责任认定证明材料。

温馨提示：以上报销材料请自留复印件，办理报销前请开通本人社会保障卡银行金融功能。

32、异地就医医疗费用零星报销标准

职工医保参保人员按规定办理异地就医或转诊手续的，在异地发生的符合规定的门诊医疗费用，按本市非社区医疗机构基金支付比例报销，发生的符合规定的住院医疗费用，按本市同级别医疗机构支付比例报销。

未按规定办理异地就医手续，直接到参保地外异地就医的，基本医疗保险、大病保险支付比例在本市相应支付比例基础上降低20%。如因突发急、危、重病抢救或医疗机构认为需立即治疗并出具急诊诊断证明（或急诊病历）的，在非参保地医疗机构发生的急诊医疗费用报销不降低基金支付比例。

33、职工医保参保人员欠费期间医疗费用报销

本市用人单位、灵活就业人员参加职工医保后中断或未足额缴纳医疗保险费、流动就业人员（包括市内流动、异地转入）中断职工医保缴费时间在三个月内且一次性足额补缴的，自一次性足额补缴到账次日起享受医疗保险待遇，期间发生的医疗费用凭医保发票、住院的同时提供出院小结按规定办理报销。如超过三个月后再一次性足额补缴的，自补缴到账次日起享受医疗保险待遇，补缴期间发生的医疗费用不予报销。

34、门诊抢救医疗费用报销

参保人员因急症在门诊抢救后，按相关政策，在门诊发生的抢救医疗费用可按免收住院起付标准的住院待遇进行报销。

35、异地住院期间外购药费用报销

自2019年12月1日起，职工参保人员在异地住院期间，因就诊医院药品短缺，发生的医保支付范围内的院外购药费用，按相关政策，由住院医院出具加盖公章的外购药处方或外购药证明，外购药费用可申请报销。外购药报销医保基金支付金额不高于当次住院医保基金支付金额的20%，超过20%的费用由个人自付，不纳入大病保险保障范围。

36、有第三人责任医疗费用报销

由于第三人侵权行为造成伤病的，参保人员提供用人单位或个人出具的事情经过说明，相关部门认定材料（交管部门的交通事故责任认定书、公安部门出具的出警记录及事故陈述、公安或司法部门出具的证明材料），医疗费用可按其所承担的责任比例进行报销。如无相关部门认定材料，需填写《南京市基本医疗保险外伤（中毒）原因承诺及申报表》由商业保险公司受理医疗费用报销申请，经核查属实的按相关规定办理报销。第三人100%责任的，医疗费用依法由第三人承担，基本医疗保险不予报销。

37、票据遗失的医疗费用报销

参保人员医疗费用票据遗失的，需到就诊医疗机构复印票据存根联或医疗机构开具具备财务票据基本要素（姓名、收费项目、规格型号、单位、数量、单价、金额、金额合计、就诊时间等）的遗失证明，加盖医疗机构财务（收费）公章，并附带单位情况说明或个人承诺书（承诺票据原件未在任何形式保险机构、单位用于报销或赔偿）；发票有修改的，需在修改处加盖医疗机构财务（收费）公章。

38、符合异地就医零星报销人员，请自开具医疗费用票据两年内，携带相关材料办理零星报销手续：申报零星报销的发票、费用明细清单、门诊病历、入（出）院小结等受理材料，医保经办部门都须留存、归档，一经受理不予退还，请需要保留上述材料的参保人员，自行复印留存。

39、异地就医人员在申请医疗费用零星报销时，对已在就医地享受职工医保、居民医保、新农合待遇的医疗费用，将不再进行受理和补差报销。

八、企业补充医疗保险

40、企业补充医疗保险

企业补充医疗保险是企业参加当地基本医疗保险的基础上，由企业自主主办或参加的一种补充性医疗保险形式。

企业补充医疗保险费在工资总额5%以内的部分，企业可直接从成本中列支。

企业补充医疗保险资金主要用于本企业个人负担较重职工和退休人员的医药费补助，不得划入基本医疗保险个人账户，也不得另行建立个人账户或变相用于职工其他方面的开支。

九、如何办理社会保障卡挂失、补办手续

41、社会保障卡遗失后，如何办理挂失、补办手续

社会保障卡遗失后，应及时拨打电话025-12333进行人工挂失或自动语音挂失，并在三个工作日内携带本人身份证及复印件到市民卡中心、市民卡服务网点或指定银行网点办理挂失和补卡手续。凡因未及时办理相关手续造成的损失，由持卡人自行承担。

十、医疗保险基金违规举报奖励

42、医疗保险基金违规举报奖励

举报人对涉嫌欺诈骗取医疗保障基金行为进行举报，提供相关线索，经查证属实的，应予奖励：

医疗保障行政部门对举报内容经查实涉及的欺诈骗保金额，按以下三档比例给予奖励，奖励额度最高不超过10万元；第一档，对举报查实欺诈骗保金额在5万元以下的，按照查实金额的5%给予奖励；第二档，对举报查实欺诈骗保金额在5-15万元的，按照查实金额的4%给予奖励；第三档，对举报查实欺诈骗保金额在15万元以上的，按照查实金额的3%给予奖励；各档次奖励额度低于上一档次最高奖励额

度的按上一档次最高奖励额度执行。举报欺诈骗保行为不涉及货值金额或者罚没款金额，但举报内容经查证属实的，给予200元的奖励。

举报电话：025-12393

表1：南京市、区医保经办机构名单

序号	单位	地址	电话
1	南京市医疗保险管理中心	水西门大街61号	86590799
2	玄武区医疗保险管理中心	珠江路275号	83369104
3	秦淮区医疗保险管理中心	苜蓿园大街112号	84200629
4	建邺区医疗保险管理中心	白龙江东街8号新城科技创新综合体A区1号楼西大厅	86468868
5	鼓楼区医疗保险管理中心	热河路8号鼓楼区政务中心二楼	58591581（医保咨询） 68730245（征缴转移）
6	栖霞区医疗保险管理中心	仙林街道文苑路118号政务服务中心民生大厅A厅	85391392 85391375
7	雨花台区医疗保险管理中心	雨花东路1号人力资源市场	52883440 52883430
8	江北新区医疗保险管理中心	高新技术开发区丽景路2号江北新区政务服务中心	56675690 58312333
9	江宁区医疗保险管理中心	江宁区东山街道杨家圩路2号市民中心二楼社保大厅	69977102（职工） 69977098（居民）
10	浦口区医疗保险管理中心	浦口区江浦街道象山路4号市民中心	58153562（职工） 58889377（居民）
11	六合区医疗保险管理中心	六合区龙池路333号市民中心3楼	57101470（职工） 57118386（居民）
12	溧水区医疗保险管理中心	溧水区天生桥大道600号市民之家二楼B2区	57236226（职工） 57225500（居民）
13	高淳区医疗保险管理中心	高淳区创新大道9号（新市民中心）一楼B区人社大厅	57326007

附表2：南京市、区医保异地就医经办机构

序号	单位	地址	电话
1	南京市医疗保险管理中心	建邺区水西门大街61号	86590793
2	玄武区医疗保险管理中心	玄武区珠江路275号	83369104
3	秦淮区医疗保险管理中心	苜蓿园大街112号	84251210
4	建邺区医疗保险管理中心	白龙江东街8号建邺人才服务大厦一楼西大厅	86468868
5	鼓楼区医疗保险管理中心	热河路8号鼓楼区政务服务中心二楼	58591581
6	栖霞区医疗保险管理中心	栖霞区仙林街道文苑路118号一楼A厅	85391375
7	雨花台区医疗保险管理中心	雨花台区雨花东路1号	52883430
8	江北新区医疗保险管理中心	江北新区高新研发大厦丽景路2号	56675690 58312333
9	江宁区医疗保险管理中心	江宁区杨家圩路2号市民中心二楼社保大厅	69977102（职工） 69977098（居民）
10	浦口区医疗保险管理中心	浦口区江浦街道象山路4号市民中心B座1120	58889377
11	六合区医疗保险管理中心	六合区龙池路333号市民中心3楼	57118386
12	溧水区医疗保险管理中心	溧水区天生桥大道600号市民之家二楼B2区	57236226（职工） 57225500（居民）
13	高淳区医疗保险管理中心	高淳区创新大道9号（新市民中心）一楼B区人社大厅	57326007

附表3：社会保障卡制卡部门

序号	单位	地址	电话
1	南京市市民卡服务中心	江东中路259号新城大厦E座一楼	86590920
2	玄武区社会保险管理中心	玄武区珠江路275号	83362939
3	秦淮区社会保险管理中心	苜蓿园大街112号	84251213
4	建邺区社会保险管理中心	白龙江东街8号新城科技创新综合体A区1号楼西大厅	86468869 86468868
5	鼓楼区社会保险管理中心	热河路8号鼓楼区政务中心一楼	68730238

6	栖霞区社会保险管理中心	仙林街道文苑路118号政务服务中心民生大厅A厅	85391391
7	雨花台区社会保险管理中心	雨花东路1号	52883441
8	江宁区人力资源和社会保障局	江宁区杨家圩路2号市民中心二楼社保大厅	12333 69977097
9	浦口区人力资源和社会保障局	浦口区江浦街道象山路4号市民中心3楼	58152030
10	江北新区人力资源和社会保障局 服务中心	高新技术开发区丽景路2号江北新区政务服务中心 江北新区七里桥北路6号1号楼	58312333
11	六合区市民卡服务中心	六合区龙池路333号六合区市民中心三楼	57101198
12	溧水区人力资源和社会保障局	溧水区天生桥大道600号市民之家二楼B2区	57236228
13	高淳区制卡服务中心	高淳区创新大道9号(新市民中心)一楼B区人社大厅	57326030