



中国医疗保障
CHINA HEALTHCARE SECURITY

交通：莫愁湖公园南门站（7路、19路、37路、
41路、48路、134路、134路高峰区间）
长虹路北站（28路、83路、127路、133路）

网站：<http://ybj.nanjing.gov.cn>
地址：水西门大街61号东一楼
邮编：210017



中国医疗保障
CHINA HEALTHCARE SECURITY

南京市职工基本医疗保险

手册

南京市医疗保险管理中心
2026年4月

南京市职工基本医疗保险手册

一、职工医保基本政策

1、个人账户建立与使用

(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，按本人缴费基数的 3% 划入（含个人缴纳的 2%）；45 周岁以上至退休前，按本人缴费基数的 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。

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（退職）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。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) 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. 参保人员的近亲属（配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女）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近亲属（配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女）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

医疗保险的近亲属（配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女）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）。

（3）职工医保参保人员长护险个人缴费部分从个人账户代扣：每年12月份在医保个人账户划账同时一次性划转次年长护险个人缴费金额，12月份个人账户余额不足的顺延以后月份划转。中途参保人员在首次个人账户划账时划转当年个人缴费金额。

2、参加大病医疗救助有何规定

凡参加本市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、退职人员）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、退职人员每月直接从本人医保个人账户中扣缴。

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

额是指统筹基金所能支付的基本医疗费用的最高限额，也就是通常所说的统筹基金给付的“封顶线”。

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、中成药和协议期内谈判药品分甲乙类管理。“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》中药品所发生的费用，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。参保人使用价格高于支付标准的药品，超

出支付标准的部分由参保人自付，支付标准以内部分由参保人和医保基金按比例分担。有限定支付范围的药品，是指参保人员出现适应症限定范围情况并由相应的临床体征及症状、实验室和辅助检查证据以及相应的临床诊断依据，使用该药品所发生的费用可按规定支付。

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。

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；

（5）国家规定不予支付的其他费用。

二、如何办理门诊特殊病认定手续

10、如何办理门诊特殊病认定手续

（1）领表

患有恶性肿瘤、慢性肾功能衰竭透析治疗、慢性肾功能衰竭非透析治疗、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、苯丙酮尿症、运动神经元病、肺结核、进行性肌营养不良、严重精神障碍（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

缓伴发精神障碍、抑郁发作（中、重度）、强迫症以及其他严重精神障碍类疾病）、艾滋病的参保人员，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。其中，严重精神障碍认定机构包括南京市脑科医院、东南大学附属中大医院、南京市浦口人民医院（江苏省人民医院浦口分院）、南京市高淳区精神病防治院、南京市雨花医院、南京江北新区精神卫生中心（南京江北新区第二人民医院）、南京市江宁区第二人民医院、南京市六合区精神病医院、南京市溧水区精神病防治院。艾滋病认定机构包括南京市第二医院。

（2）认定

患者持《南京市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历资料等，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认定标准进行认定登记。

（3）登记

患者携带“门特”认定医师审核确认后的《南京市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历资料到各经办机构窗口办理审核登记手续，或在“南京医保”微信公众号、“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）门诊专项治疗办理流程

（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定点责任医生填表申请治疗方案→④医院医保办审核并办理登记手续（录入治疗起止时间）→⑤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定点责任医生填表申请治疗方案→④医院医保办审核并办理登记手续（录入治疗起止时间）→⑤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）门诊专项治疗注意事项

（1）恶性肿瘤“门诊专项治疗”（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，定点责任医生应相对固定；

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。

三、就医、购药须知

11、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、主要待遇标准

12、门诊统筹待遇标准

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：在职职工在非社区医疗机构购买某药，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*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

13、门诊特殊病待遇标准

门诊特殊病范围包括：恶性肿瘤、慢性肾功能衰竭透析治疗、慢性肾功能衰竭非透析治疗、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、苯丙酮尿症、运动神经元病、肺结核、进行性肌营养不良、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电子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。

（1）

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	年度基金支付限额	在职	退休(职)	70岁以上退休(职)	建国前老工人
门诊放疗和日间化疗(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。					

(2)

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。					

(3)

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	年度基金支付限额	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	每年	8万元	92%	95%	96%	100%
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。					

(4)

门特4-造血干细胞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	年度基金支付限额	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。					

(5)

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	年度基金支付限额	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。					

(6)

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	年度基金支付限额	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。					

（7）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相关病种医疗费用，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。2023 年起，长期驻外人员报销标准为 320 元 / 人 · 月，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。

（8）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。

(9) 门特 15 (苯丙酮尿症) 18 周岁 (含) 以下职工医保参保患者, 符合规定保障范围的费用, 基金支付比例为 85%, 年度基金最高支付限额 2.5 万元。18 周岁 (不含) 以上职工医保参保患者, 符合规定保障范围的费用, 职工医保基金支付比例为 70%, 年度基金最高支付限额 1.2 万元。(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)

(10) 门特 19 (进行性肌营养不良) 参保人在定点医疗机构门诊发生相关医疗费用, 需个人先行支付的部分, 由个人先按规定比例自付后, 医保基金再按 70% 比例报销。职工医保基金年度最高支付限额 7000 元。

14、辅助生殖待遇标准

职工医保参保人员在省内经卫生健康部门批准开展人类辅助生殖技术的医疗机构 (江苏省人民医院 (江苏省妇幼保健院)、南京鼓楼医院、南京医科大学第二附属医院、南京市妇幼保健院、江苏省中医院、东南大学附属中大医院、东部战区总医院), 且纳入医保定点管理的医疗机构实施人类辅助生殖技术发生的 13 项辅助生殖技术项目 (下表) 的门诊治疗费用, 实行门诊按项目单独支付, 职工医保除先行自付部分外, 统筹基金按 80% 予以支付, 支付额不占门诊统筹基金限额, 个人自付部分按规定纳入大病保险保障范围。治疗

期间发生的其他符合基本医疗保险规定的医药费用，按基本医疗保险相关政策执行。

部分治疗性辅助生殖技术项目支付政策

序号	项目名称	支付类别	限定支付	先行自付
1	精子优选处理	甲		
2	取精术	甲		
3	取精术-显微镜下操作（加收）	乙		10%
4	取卵术	甲	≤3次	
5	取卵术-内镜下操作（加收）	丙		
6	胚胎培养	乙	≤3次	10%
7	胚胎培养-囊胚培养（加收）	乙	≤3次	10%
8	组织/体液/细胞冷冻（辅助生殖）	丙		
9	组织/体液/细胞冷冻续存（辅助生殖）	丙		
10	胚胎移植	乙		10%
11	胚胎移植-冻融胚胎（加收）	乙		10%
12	未成熟卵体外成熟培养	丙		
13	胚胎辅助孵化	丙		
14	组织、细胞活检（辅助生殖）	乙	注解	10%
15	人工授精	甲		
16	人工授精-阴道（宫颈）内人工授精（扩展）	甲		
17	单精子注射	乙	≤3次	10%
18	单精子注射-卵子激活（加收）	乙	≤3次	10%

注解：组织、细胞活检（辅助生殖）

限制：1. 夫妻一方为单基因疾病患者或双方是同一单基因病的携带者，曾孕育或具有生育致畸、致残、致死的单基因病患儿高风险的夫妻；2. 夫妻一方或双方携带染色体结构异常，包括相互易位、罗氏易位、倒位、复杂易位、致病性微缺失或致病性微重复等；3. ≤3 次。

15、无创产前基因检测待遇标准

2025 年 1 月 1 日起，无创产前基因检测的检测服务和诊断服务暂纳入医保乙类支付范围，职工医保和居民医保除先行自

付部分外，统筹基金分别按 80% 和 70% 予以支付。

无创产前基因检测服务价格表

产前诊断机构	按卫生健康部门规定与产前诊断机构建立合作机制的产前筛查机构	收费价格(元)	备注
江苏省人民医院 (江苏省妇幼保健院)	南京市浦口区妇幼保健计划生育服务中心	480	
	南京市六合区妇幼保健院		
	南京市浦口人民医院		
	南京市建邺区妇幼保健所		
东南大学附属中大医院	/	375	外送北京贝瑞和康医学检验实验室有限公司检测
南京医科大学第二附属医院	南京市六合区人民医院	500	
南京鼓楼医院	南京市鼓楼区妇幼保健室	500	
	南京市雨花台区妇幼保健所		
	南京医科大学附属第四医院		
	江苏省中医院		
	南京市江宁医院		
	南京市玄武区妇幼保健所		
	南京明基医院		
	南京市江宁区妇幼保健计划生育服务中心		
南京市妇幼保健院	南京市栖霞区妇幼保健所	500	
	南京江北新区公共卫生服务中心妇幼保健所		
	江苏省中西医结合医院		
	南京市第一医院		
	南京市溧水区妇幼保健院		
	南京市秦淮区妇幼保健所		
	南京市中医院		
	南京市高淳人民医院		
	南京市高淳区妇幼保健院		

无创产前基因检测服务和诊断服务支付政策

名称	支付类别	支付限额	先行自付	说明
无创产前基因检测服务	乙	370元	10%	限产前诊断机构和符合卫生健康部门规定与产前诊断机构建立合作机制的产前筛查机构；每胎限支付 1 次。
胎儿染色体非整倍体无创产前基因诊断服务	乙	60元	10%	限产前诊断机构和符合卫生健康部门规定与产前诊断机构建立合作机制的产前筛查机构；每胎限支付 1 次。

16、家庭病床待遇标准

(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，门特（精神病）、门特（艾滋病）、住院待遇正常享受。具体标准见表。

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%

17、住院医疗费用结算

参保人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住院医疗费用，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。

住院待遇标准表

医疗机构等级	起付标准	个人分担比例	
		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、因门诊特殊病病种住院的，不设住院起付标准。 4、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（不含）以上的，支付比例95%。		

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、医疗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。

18、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。

2024 年 1 月 1 日起，大病保险起付标准暂定为 1.5 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。具体如下：

1.5 万元以上（不含 1.5 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 7500 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

19、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网站

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

20、哪些人员可以办理异地就医备案？

我市职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险的参保人员只要符合以下几类情况，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。

（5）其他临时外出人员。

前三类人员统称为“长期异地居住人员”，后两类人员统称为“临时外出就医人员”。

21、办理异地就医备案有哪些途径？

（1）线上：参保人可以通过“南京医保”微信公众号、南京市医疗保障局官方网站、“我的南京”APP、“江苏医保云”APP、“国家医保服务平台”APP、“国家医保服务平台”微信和支付宝小程序为本人或家人办理异地就医备案手续。其中“国家医保服务平台”APP、“国家医保服务平台”微信和支付宝小程序只能办理

跨省异地就医备案。

(2) 线下：参保人携带身份证、社会保障卡以及异地相关证明材料前往市、区、街道各级医保经办机构柜台办理。代办人员需提供代办人员身份证原件和复印件。

22、办理异地就医备案需要哪些材料？

(1) 对于异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员等长期异地居住人员，需提供异地常驻证明。如申请备案时材料不全，可通过承诺制先行办理备案，备案完成后，参保人可及时享受异地就医直接结算。**采用承诺制备案的，原则上在 30 日内补齐有效的证明材料，未在30日内补齐材料的，备案将予以撤销，参保人不再享受本次承诺制备案的异地就医直接结算服务。**

(2) 异地转诊人员由我市三级定点医疗机构主任或副主任医师诊断后给出转外就诊意见，填写《南京市基本医疗保险转外就医备案表》并由医院确认盖章（备案表可以在三级医院和各级医保经办机构窗口领取或在南京医保局官网下载）。医院相关部门审核后予以登记。

(3) 异地急诊抢救人员视同已备案，无需办理备案手续，由就医地医疗机构上传急诊标志即可直接结算。

(4) 非急诊且未转诊的其他临时外

出就医人员可通过承诺制申请备案，无需提供相关证明。

23、异地就医备案有效期多久？

（1）长期异地居住人员备案有效期应与参保人提交的认定材料有效期保持一致。**长期异地居住人员 6 个月内不得取消备案。**

（2）异地转诊人员备案有效期为1年，异地转诊人员因病情需继续异地就医或因病情变化需要调整备案信息的，可按原渠道申请办理变更或延期手续。

（3）其他临时外出就医人员备案有效期为6个月，可随时取消备案。

（4）备案有效期内已办理入院手续的，不受备案有效期限制，可正常直接结算相应医疗费用。出院前备案被撤销的，参保人可重新办理备案，确保出院前正常直接结算。

六、省内（跨省）异地就医联网结算

办理了异地就医备案的参保人员，可持医保电子凭证或社会保障卡在备案地的异地就医联网医药机构直接结算住院和门诊费用，医疗费用中应由个人承担部分，由个人支付，应由医保基金统筹支付部分，由两地医保经办机构之间结算清算。

24、哪些类型社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。



友情提醒：（1）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。

（2）推荐注册使用国家医疗保障局监制发行的医保电子凭证。

25、南京职工基本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。

26、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。

27、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，职

工医保药店费用；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，职工医保药店费用；执行就医地医保目录、参保地（南京）医保政策。

（3）待遇：异地就医人员已按规定办理备案手续的，可在备案地和参保地双向享受医保待遇。原则上，异地长期居住人员待遇不降低；**异地转诊人员和异地急诊抢救人员门诊、住院的基金支付比例下降10个百分点；非急诊且未转诊的其他临时外出就医人员，以及未办理异地就医备案手续的参保人员，门诊、住院的基金支付比例下降20个百分点。**免备案地区（徐州、成都）就医待遇不降低。

七、医疗费用零星报销相关问题

28、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认定手续，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：

（一）住院费用。住院费用清单、诊断证明或出院小结。

（二）门诊费用。门诊费用清单、处方底方或者病历资料。

（三）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。

（四）生育费用。医疗费明细清单、出院小结等。

（五）外伤（中毒）就医的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。

（六）其他符合政策要求的申报材料。

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。

29、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备案手续的，在异地发生的符合规定的医疗费用，医保基金报销比例如下：

人员类别	医保基金支付比例	
	门诊	住院
长期异地居住人员	按本市非社区医疗机构基金支付比例报销	按本市同级别医疗机构支付比例报销
异地转诊人员	在本市非社区医疗机构基金支付比例基础上下降10个百分点报销	在本市同级别医疗机构支付比例基础上下降10个百分点报销
其他临时外出人员 (非急诊且未转诊)	在本市非社区医疗机构基金支付比例基础上下降20个百分点报销	在本市同级别医疗机构支付比例基础上下降20个百分点报销

30、门诊抢救医疗费用报销

定点医疗机构急诊处置为1级的濒危病人和2级的危重病人，在门（急）诊实施紧急抢救的，符合基本医疗保险基金支付范围的医药费用，按照住院支付政策享受待遇，免起付线，不累计住院次数。

31、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。参保人或单位经办人需填写《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。

32、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。

33、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。

34、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。

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 中华路505号	84200629 52852015
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	86460082
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(综合业务,不含清欠) 虎踞路49号四楼(清欠业务)	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，栖霞区政务服务中心A厅	85573572 (职工) 85391375 (居民)
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	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	56675698 (医保稽核) 56675692 (待遇结算)
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

序号	单位	地址	电话
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	六合区雄州街道雄州南路5号税务大楼11楼	57101470 (待遇结算) 57118386 (参保服务)
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
13	高淳区医疗保险管理中心	高淳区创新大道9号市民中心一楼B区	57326007
医疗保险基金违规举报电话：12393			

附表2：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	玄武区人力资源和社会保障局	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号鼓楼区政务服务中心一楼	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	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

序号	单位	地址	电话
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

