

① “持卡就医，实时结算”启动后，参保人员就医是否必须带社会保障卡？

答：是的。参保人员到定点医院、机构就医时，必须带上社会保障卡。由于2009年是“持卡就医，实时结算”的第一年，参保人员就医时在带上社会保障卡的同时，还要带上“北京市基本医疗保险手册”（蓝本）和“北京地区医疗机构门急诊病历手册”。



② 参保人员什么特殊情况下发生的全额现金垫付医疗费用可进行报销？

答：如遇有急诊未持社会保障卡、计划生育手术、企业欠费、手工报销或补换社保卡期间、参保后未发社会保障卡等情况就医的，仍由参保人员个人现金全额垫付医疗费用，不能在医院直接完成实时结算，符合医疗保险基金支付条件的，要按照原流程办理手工报销手续。



③ 持社会保障卡就医（急）门诊费用怎么报销？

答：持社会保障卡就医挂号时，门（急）门诊费用由原累加后按比例支付，调整为由医疗保险基金定额支付2元，其余费用由参保人员现金交纳。



④ 持社会保障卡怎样看病？

答：首先，在挂号时必须出示社会保障卡，现金交纳个人自付、自费费用，医院为参保人员出具收费票据；其次，到诊室看病时，要向医生主动出示社会保障卡和“北京地区医疗机构门急诊病历手册”；第三，交费时，须将社会保障卡和交费单据一起交给结算人员，缴纳个人自付、自费部分费用；最后，拿到结算单据后，认真核对单据上的各项内容，收回社保卡。



⑤ 如何读懂实时结算收费票据？

答：参保人员持社会保障卡结算医疗费用后，定点医院、机构为参保人员提供计算机打印的收费票据。收费票据除定制内容外，还打印有本次参保人员医疗费用结算结果。

“其中医疗保险范围内金额”指本次费用中能够纳入医疗保险支付范围的费用总额；

“本次医疗保险基金支付”指按政策规定，根据参保人员身份及本年度发生费用累计情况，对本次医疗保险范围内金额进行分解后，应由医疗保险基金给与支付的费用总额；

“本次个人负担”指本次费用中医疗保险基金不予支付的费用总额，包括医疗保险范围外金额和范围内个人自付金额；



“本次个人现金支付金额”即需要参保人员现金交纳的本次个人负担金额；

“本年度门诊大额医疗互助资金累计支付”指一个自然年度内，医疗保险门诊大额医疗互助资金为参保人员已累计支付的总额；

当次就医医疗费用总额 = “本次医疗保险基金支付” + “本次个人负担”。

⑥ 补(换)社会保障卡期间如何看病?

答: 参保人员在申请补(换)社会保障卡期间, 到定点医院机构就医时, 需要主动出示《新发与补(换)社会保障卡证明》。定点医院机构根据《新发与补(换)社会保障卡证明》采集有关的信息, 并上传费用明细。定点医院机构为参保人员结算医疗费用时, 全额收取现金, 出具相关单据, 参保人员持新的社会保障卡按原流程进行医疗费用申报。



⑦ 持社会保障卡参保人员到不具备刷卡条件的定点医院机构怎样看病?



答: 持卡人员到不具备刷卡条件的定点医院机构就医后, 定点医院机构将全额收取现金, 为参保人员出具相关单据, 并上传医疗费用明细。参保人员持社会保障卡按原流程进行医疗费用申报。

⑧ 怎样了解社会保障卡就医相关政策?

答: 参保人员对“持卡就医, 实时结算”相关政策有不明白的, 可以拨打人力资源和社会保障咨询电话12333 (只收市话费) 了解具体内容, 查询社会保障卡信息可拨打服务热线96102 (只收市话费)。

持卡就医 实时结算

北京市社会保障卡 门诊就医须知



北京市社会保障卡服务热线
96102

12333

社保卡领取: 本人参保单位或机构