# 社区医保报销

来源：网络 作者：悠然小筑 更新时间：2024-05-12

*第一篇：社区医保报销2024年北京市公务员考试即将拉开帷幕，所以申论热点的备考也是破在眉睫的，在这里老师特别总结2024年北京市公务员考试申论热点——社区医保问题，供参加此次2024年公务员考试的广大考生参考。北京市副市长丁向阳参加平谷团...*

**第一篇：社区医保报销**

2024年北京市公务员考试即将拉开帷幕，所以申论热点的备考也是破在眉睫的，在这里老师特别总结2024年北京市公务员考试申论热点——社区医保问题，供参加此次2024年公务员考试的广大考生参考。

北京市副市长丁向阳参加平谷团讨论时，回应了“养老券不好使”等问题。北京社区医保的报销水平，本年拟提高到90%，以加大社区医院对患者的吸引力;劳动部门将推出半公益化家政公司，所有家政员均为该公司的员工，雇主直接跟该公司对话，由公司解决家政纠纷。问题1社区医生流失，将扩大社区药品目录

在回答记者问题时，丁向阳坦言，由于待遇等各个方面的问题，京城社区医院的医生正在流失。政府目前正在出台政策，遏制流失现象，“优质医疗资源贬值，为小病、初诊服务，这些其实应该是社区医院做的事情。”

他表示，为提升社区医院的吸引力，平衡城市医疗资源，北京将提高社区医院的报销比例，本年内拟提升至90%。据了解，目前北京基本医保社区门诊报销比例为70%。

他说，同时，还将扩大社区医院药品供应目录，全面推行社区医院双向转诊，配置全科医生。“建好全市的社区医院，就等于建了很多医院”。

丁向阳预测，通过社保卡全面推行，老百姓电子病历逐步建立，社区医院将成为老百姓就医问诊的主力。

问题2 养老券不好使，发券为规范为老服务市场

去年，北京推出养老券，居家养老的老人持券，可以享受送餐、理发、清洁等服务。但是，由于养老券不能跨区使用、未覆盖所有生活需求，一些老人反映“养老券不好使”。对此，丁向阳表示“刚开始可能不够方便，但即便如此，还是要发养老券，而不是现金”。

他解释说，政府发行养老消费券的目的，在于建立一个规范的为老年人服务的市场，以适应未来的老龄化社会需求。但市场形成需要一个漫长的过程，北京的为老服务市场，目前只是“蹒跚学步”，三至五年后才能初具雏形。而发放养老券就是为老服务市场的“敲门砖”，吸引企业加入，“微利，但市场庞大，一年的营业额可以达到几千万、几亿，肯定有企业乐于参与。通过市场竞争，政府选出价格最低的、服务最好的”。

丁向阳形容说“这是用市场智慧制定政策，解决养老问题”。

据其介绍，去年养老券发行之初，老年餐桌本打算直接品牌化，由马兰拉面、华天快餐等知名快餐企业担任“大厨”，但试运行后，发现为老服务距离品牌化还有一段很长的距离，“最后就近选择餐饮企业，以居家养老居住地附近的餐馆为主，谁愿意做、谁做得好，就能拿到政府补贴”，他表示，北京的为老服务市场，将沿着老年餐桌轨迹运行，逐步过渡到品牌化阶段。

问题3 家政市场不够规范，半公益化家政公司定向招生

去年桑兰保姆事件，使京城家政服务市场备受关注。昨日，丁向阳回应说，今年五一，北京劳动部门将推出一个全新的产品———半公益化家政公司，所有家政员均为该公司的员工;雇主直接跟该公司对话，由公司解决家政纠纷，“就是新加坡等地区的做法，人力社保局考察多个国家和地区，最后形成了北京的模式”。

据其介绍，劳动部门即将推出的家政公司，从业人员全部“定向招生”，选自贫困地区;从业前必须接受为期半年至一年的专业培训，培训内容除了家政业务，还有心理和文化课。考试合格，获得上岗资质后，跟公司签订劳动合同，成为正式员工，享受养老保险等待遇，每月从公司而非雇主手里拿工资。雇主则直接面对公司，跟公司结算，一旦引发家政纠纷，也跟公司算账。

丁向阳表示，“定向招生”旨在“便于追溯，从事家政服务时，一旦有盗窃等行为，可以直接追溯回原籍”;“员工化管理”是为了建立家政员的自律体系和维权体系、家政纠纷解决机制。他认为，通过上述模式，可达成北京家政服务的劳动力准入机制，“提高北京劳动力市场的人员素质”。丁向阳说，劳动部门推出的公司，性质为股份制、半公益化、准经营性，跟现有的家政公司同台竞争，“价格不会高，否则无法生存”。

**第二篇：医保报销**

河北省医保如何报销

根本不用自己去报销费用!我和你说一下病人住院报销流程: 患者入院时院方会验证病人身份证件,把医保住院手册交给入院办理处、再交一定数量押金（记得索要押金收据啊），就可入院了。

治疗期间院方用特种药前一般会问患者有无医保,意思就是有医保就会尽量使用医保报销范围内的药,没有医保就不必顾忌药物类目了.治愈后办理出院手续时要到主治医生处开具诊断证明书，拿证明书到出院办理处办理出院手续时，要打印一份费用清单，扣除门槛费后（这个你要全额交，不打折扣），余下费用你付二成，还有八成自然有医保部门为你结算(也就相当报销了)。

如果患者是当第二次以上住院，就没有所谓的门槛费了。还有的病种虽是第一次住院也免门槛费的，好象是恶性肿瘤、尿毒症（肾衰竭）、重症肝病（肝硬化或急性肝坏死）、脑中风、急性心肌梗塞、急性坏死性胰腺炎等6个病种，具体是哪些以当地规定为准，在此只提供这个信息你参考。

除了起付线+（医疗费用-起付线）乘以20%（个人掏），比如医疗器械检查等等不能报以外你可以查看结算费用清单，看看哪些医疗、药品等费用是不在医疗保险基金支付范围的费用，你减去这部分，八、九不离十也就差不多了，你要想跟医院把每一分算的一清二楚是不可能的...医保卡怎么用

1.医保分两个帐户，个人帐户，体现在医保卡内的钱，可以用来在定点药店买药，门诊费用的支付和住院费用中个人自付部分的支付；统筹帐户，由医保中心管理，参保人员发生符合当地医保报销的费用由统筹帐户支付

2.在就医的时候，向定点医院出示医保卡证明参保身份和挂号，该医保报销的部分由医保和医院结算，个人不需要先支付再报销，在结帐的时候，该个人自付的部分由自己用医保卡余额和现金支付

3.住院报销的时候，有个起付线（起付标准一般为上全市职工年平均工资的10％），也就是说起付线的钱需要自己支付，超过起付线的部分才能根据当地医保的规定报销，报销比例各地是不一样的，并且不同的医院和不同的项目也是不一样的，无法具体给你，大概80%，详细的你可以去当地劳动保障网上了解。

新参保的制卡需要两个月之后取卡，你是办理的城镇职工医疗保险、居民医疗保险，还是灵活就业人员职工医疗保险哪？不同种类享受的比例与时间都不同哦。就拿灵活就业人员医保，必须正常缴费半年后才能享受住院。

无论哪种医保，需要门诊就医或住院治疗，必须到指定医院就诊——医保定点医院（或居保定点）。这样的医院以统一的医保系统读卡处理。

所谓医保卡看病“报销”，并不是原来以为的凭发票报取现金，而是医保系统通过读卡识别持卡人的缴费情况、人员身份情况，在门诊缴费或出院结算时，系统自动按文件规定的支付比例，划取持卡人医保卡上个人账户金额或收取就医人现金，换句话说，就是用医保卡看病不交现金或少交现金就是社保给你“报销”了。

至于具体的支付比例、范围限制就很多了，例如药物、治疗分甲类、乙类、自费等，“报销比例”不同；医院级别不同住院“门槛费”不同；内首次住院和后来的住院“门槛费”又不同；在职与退休“报销比例”不同；公务员与非公务员“报销比例”也不同......无论怎样，所有“报销”条件都是统一的医保体统设定好的，不会因个人原因或医院原因而改变，持卡人个人不需要操太多心，自己或单位按时缴费就行了

**第三篇：医保报销**

基本情况

医疗保险是我国基础的社会保障政策之一，为我国居民的健康提供了基本保障。按照农村

2.1 门诊报销比例

(1)村卫生室及村中心卫生室就诊报销60%，每[1]次就诊处方药费限额10元，卫生院医生临时补液处方药费限额50元。

(2)镇卫生院就诊报销40%，每次就诊各项检查费及手术费限额50元，处方药费限额100元。

(3)二级医院就诊报销30%，每次就诊各项检查费及手术费

限额50元，处方药费限额200元。

(4)三级医院就诊报销20%，每次就诊各项检查费及手术费限额50元，处方药费限额200元。

(5)中药发票附上处方每贴限额1元。

(6)镇级合作医疗门诊补偿年限额5000元。

2.2 住院报销比例

(1)报销范围：

A、药费：辅助检查：心脑电图、X光透视、拍片、化验、理疗、针灸、CT、核磁共振等各项检查费限额200元;手术费(参照国家标准，超过1000元的按1000元报销)。

B、60周岁以上老人在兴塔镇卫生院住院，治疗费和护理费每天补偿10元，限额200元。

(2)报销比例：

镇卫生院报销60%;二级医院报销40%;三级医院报销30%。

2.3 大病报销比例

(1)镇风险基金补偿：

凡参加合作医疗的住院病人一次性或全年累计应报医疗费超过5000元以上分段补偿，即5001-10000元补偿65%，10001-18000元补偿70%。镇级合作医疗住院及尿毒症门诊血透、肿瘤门诊放疗和化疗补偿年限额1.1万元。

2.4 不属报销范围

1、自行就医(未指定医院就医或不办理转诊单)、自购药品、公费医疗规定不能报销的药品和不符合计划生育的医疗费用;

2、门诊治疗费、出诊费、住院费、伙食费、陪客费、营养费、输血费(有家庭储血者除外，按有关规定报销)、冷暖气费、救护费、特别护理费等其他费用;

3、车祸、打架、自杀、酗酒、工伤事故和医疗事故的医疗费用;

4、矫形、整容、镶牙、假肢、脏器移植、点名手术费、会诊费等;

5、报销范围内，限额以外部分。按照居民

城镇居民基本医疗保险起付标准和报销比例按照参保人员的类别确定不同的标准。[2]

一是学生、儿童。在一个结算内，发生符合报销范围的18万元以下医疗费用，三级医院起付标准为500元，报销比例为55%;二级医院起付标准为300元，报销比例为60%;一级医院不设起付标准，报销比例为65%。

二是年满70周岁以上的老年人。在一个结算内，发生符合报销范围的10万元以下医疗费，三级医院起付标准为500元，报销比例为50%;二级医院起付标准为300元，报销比例为60%;一级医院不设起付标准，报销比例为65%。

三是其他城镇居民。在一个结算内，发生符合报销范围的10万元以下的医疗费，三级医院起付标准为500元，报销比例为50%;二级医院住院起付标准为300元，报销比例为55%;一级医院不设起付标准，报销比例为60%。

城镇居民在一个结算内住院治疗二次以上的，从第二次住院治疗起，不再收取起付标准的费用。转院或者二次以上住院的，按照规定的转入或再次入住医院起付标准补足差额。按照职工

一般来说不同地区经济发展情况有所不同，因此报销比例也有所差异，以下就北京职工医疗保险保险比例情况进行说明。

上了医保后，如果是在职职工，到医院的门诊、急诊看病后，2024元以上的医疗费用才可以报销，报销的比例是50%。如果是70周岁以下的退休人员，1300元以上的费用可以报销，报销的比例是70%。如果是70周岁以上的退休人员，1300元以上的费用可以报销报销的比例是80%。

而无论哪一类人，门诊、急诊大额医疗费支付的费用的最高限额是2万元。举例来说，如果您是在职职工，在门诊看病的花费是2500元，那么500元的部分可以报销50%，就是250元。

如果是住院的费用，目前一个内首次使用基本医疗保险支付时，无论是在职人员还是退休人员，起付金额都是1300元。而第二次以及以后住院的医疗费用，起付标准按50%确定，就是650元。而一个内基本医疗保险统筹基金(住院费用)最高支付额目前是7万元。

住院报销的标准与参保人员所住的医院级别有关，如住的是三级医院，从起付标准到3万元的费用，职工支付15%，也就是报销85%;3万元到4万元的费用，职工支付10%，报销90%;超过4万元到最高支付限额部分的费用，则95%都可以报销，职工只要支付5%。而退休人员个人支付的比例是在职(就是上述的)职工的60%，但起付标准以下的，都由个人支付。

职工基本医疗保险不予支付费用的诊疗项目主要是一些非临床必需、效果不确定的诊疗项目以及特需医疗服务的诊疗项目，包括服务项目类如挂号费等，非疾病治疗项目类如美容等，治疗设备及医用材料类助听器等，治疗项目类如磁疗等以及其他类如不孕症治疗等。按照《国家基本医疗保险诊疗项目范围》，具体如下：

(一)服务项目类。(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。

(二)非疾病治疗项目类。(1)各种美容、健美项且以及非功能性整容、矫形手术等;(2)各种减肥、增胖、增高项目.(3)各种健康体检;(4)各种预防、保健性的诊疗项目;(5)各种医疗咨询、医疗鉴定。

(三)诊疗设备及医用材料类。(1)应用正电子发射断层扫描装置(PET)、电子束cT、眼科准分子激光治疗仪等大型医疗设备进行的检查、治疗项目;(2)眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具;(3)各种自用的保健、按摩、检查和治疗器械;(4)各省物价部门规定不可单独收费的一次性医用。

(四)治疗项目类。(1)各类器官或组织移植的器官源或组织源;(2)除肾脏、心脏瓣膜、角膜皮肤、血管、骨、骨髓移植外的其他器官或组织移植;(3)近视眼矫形术;(4)气功疗法、音乐疗法、保健性的营养疗法、磁疗等辅助性治疗项目。

(五)其他。(1)各种不育(孕)症、性功能障碍的诊疗项目;(2)各种科研性、临床验证性的诊疗项目。医保报销说明

1、使用特殊医用材料或使用单价在1000元以上的一次性医用材料，以及进行人工器官的安装和置换，由基本医疗保险统筹基金按国产普及型价格支付90%;

2、慢性肾功能衰竭在门诊做透析，器官移植后在门诊用抗排斥药，恶性肿瘤在门诊化疗、放疗、介入治疗或核素治疗的基本医疗费用，由基本医疗保险统筹基金支付90%。

3、门诊特殊检查治疗费用由基本医疗保险统筹基金支付80%，个人自付20%;

4、连续缴费与报销比例挂钩，参保人连续参保2年后，报销比例增加到71%，连续参保4年后，报销比例增加到72%，以此类推

**第四篇：医保报销**

医疗保险报销

医疗保险是为补偿疾病所带来的医疗费用的一种保险。职工因疾病、负伤、生育时，由社会或企业提供必要的医疗服务或物质帮助的社会保险。如中国的公费医疗、劳保医疗。中国职工的医疗费用由国家、单位和个人共同负担，以减轻企业负担，避免浪费。

报销流程

1、参合农民持《新农合证》在定点机构门诊治疗，由定点医疗机构按《新农合证》家庭门诊帐户诊帐户现有的金额直接减免医药费用，超出部由参合农民自付。定点医疗机构应及时与农医所进行结算。

2、参合农民在市、县、乡定点医疗机构住院治疗的，由该定点医疗机构进行直补。由定点医疗机构对其发生的医药费用进行审核，按实施办法规定标准垫付应补助金额。参合农民在省级定点医疗机构和非定点医疗机构住院治疗的，一律到乡镇农医所补偿。其住院医疗费用一次性在2024元以下(含2024元)的由乡(镇)农医所审核报销，2024元以上或对住院资料有疑问的由乡(镇)农医所审核后交县农医局复核批准后方可报销。

报销比例范围：

1、门、急诊医疗费用：在职职工内（1月1日~12月31日）符合基本医疗保险规定范围的医疗费累计超过2024元以上部分。

2、结算比例：合同期内派遣人员2024元以上部分报销50%，个人自付50%；在一个内累计支付派遣人员门、急诊报销最高数额为2万元。

3、参保人员要妥善保管好在定点医院就诊的门诊医疗单据（含大额以下部分的收据、处方底方等），作为医疗费用报销凭证。

4、三种特殊病的门诊就医：参保人员患恶性肿瘤放射治疗和化学治疗、肾透析、肾移植后服抗排异药需在门诊就医时，由参保人就医的二、三级定点医院开据“疾病诊断证明”，并填写《医疗保险特殊病种申报审批表》，报区医保中心审批备案。这三种特殊病的门诊就医及取药仅限在批准就诊的定点医院，不能到定点零售药店购买。发生的医疗费符合门诊特殊病规定范围的，参照住院进行结算。

5、住院医疗。医保缴够20年，才能享受退休后的医保报销。

**第五篇：医保报销**

一、住院报销

首先要确定住院的医院是否是定点医院，无论在哪个地方。不是定点医院的不能报销

其次要准备以下材料：

1、医保卡复印件（正反面）一张

2、发票原件

3、明细清单

4、诊断证明书或出院小结（加盖医院公章）

注：

1、每人的材料按照以上顺序排放装订在一起。

2、如是寒暑假住院的需特别说明（住院时间、地点），另附一张小纸条订在第一页，由学生处开证明。不是学校安排的实习，自己在非户籍外地区住院的不能报销。

二、门诊的需等社保局4月拨款到学校才可报销。

本DOCX文档由 www.zciku.com/中词库网 生成，海量范文文档任你选，，为你的工作锦上添花,祝你一臂之力！