

大家好,今天小编来为大家解答以下的问题,关于成都隆鼻如何报销医保,成都隆鼻如何报销医保费用这个很多人还不知道,现在让我们一起来看看吧!

本文目录

1. [医保报销流程详细步骤](#)
2. [2021年黔南合医报销政策](#)
3. [做鼻子整形手术,社保可以报销一部分费用吗](#)
4. [成都医保报销流程及条件](#)
5. [医保卡在住院的哪个阶段能报销](#)

医保报销流程详细步骤

医疗保险报销流程如下:

(一)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。

(二)窗口工作人员核收报销资料后,向参保人员出具《上海市区参保人员住院医疗费用单据收条》。

(三)收到资料后在十五个工作日内核审完毕,基本医疗保险统筹基金报销支付额由银行分行划入住院参保人员的智能IC卡金融帐户中,参保人员凭IC卡到银行分行提取现金。

(四)十五个工作日后,根据需要,住院参保人员可凭《**市区参保人员住院医疗费用单据收条》到市社保局业务大厅窗口领取《社会医疗保险医疗报销计算表》。该表要妥善保管,遗失不补。

本市外来从业人员在本市医保定点医疗机构发生的住院(含急诊观察室留院观察)医疗费用;因工作及其他特殊情况需要,在外省市定点医疗机构发生的急诊住院医疗费用,经区县医保中心审核同意,可申请结算。

2021年黔南合医报销政策

2021年黔南州城乡居民基本医疗保险政策速览

一、城乡居民基本医疗保险覆盖人群

我州城乡居民除参加城镇职工基本医疗保险的人员外，均参加城乡居民医保。城乡居民不得重复参加城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险。

二、城乡居民基本医疗保险参保地选择

- (一) 城乡居民原则上在户籍地参加城乡居民医保；
- (二) 未在户籍地参保的异地常住人口，可凭居住证在居住地参加城乡居民医保；
- (三) 在校大中专学生以学校为单位在学校所在地参加城乡居民医保（建档立卡贫困人口身份的大中专学生，可以选择在建档立卡贫困人口身份认定地参保）；
- (四) 新生儿可在户籍地或父母居住地参加城乡居民医保；
- (五) 非从业的港澳同胞和外籍人员，可凭港澳台居民居住证、护照以及外国人永久居留证在居住地参加城乡居民医保。

三、城乡居民基本医疗保险筹资标准

城乡居民医保执行全省统一的个人缴费标准和政府补助标准，2021年度个人缴费标准为每人280元，财政补助每人不低于550元。继续实行特殊困难群体参保资助政策，对具有多重特殊困难群体身份属性的人员，按照就高不就低，不重复享受的原则资助，资助数额不超过年度个人缴费标准。特殊困难群体只需缴纳个人缴费标准扣除财政资助后剩余个人自缴部分。

四、2021年度参保资助对象及标准

(一) 定额资助对象

1. 建档立卡贫困人口个人缴费按照每人140元标准由政府予以定额资助。
2. 最低生活保障家庭成员个人缴费由医疗救助基金按每人每年不低于120元的标准予以资助；低收入家庭中的老年人、未成年人、重度残疾人和重病患者个人缴费由医疗救助基金按每人每年不低于50元的标准予以资助。

(二) 全额资助对象

1. 计生特殊家庭成员、农村计生“两户”家庭成员和城乡贫困重度残疾人个人缴费执行全额资助政策。

2.孤儿、特困供养人员、二十世纪六十年代初精减退职老职工、肇事肇祸的精神障碍患者个人缴费由县级医疗救助基金全额资助。

以上资助对象以外的其它特殊困难人群，其资助标准由各县（市）根据中央和省的政策文件结合实际进行明确。

五、统一集中征缴时限

城乡居民医保个人按自然年度缴费，采用以集中征缴为主，零星缴费为补充的参保缴费方式。城乡居民应在集中征缴期内缴纳城乡居民医保参保费用，2021年度集中征缴期为2020年11月16日至2021年3月31日。未在集中征缴期内缴纳2021年度城乡居民医保费的，可通过零星缴费方式，于2021年4月1日至12月31日期间，按年度个人缴费标准和政府补助标准之和（830元）缴纳2021年度城乡居民医保费用。

六、医疗待遇享受权益

（一）集中征缴期内缴费待遇享受

集中征缴期内缴纳2021年度城乡居民医保费的，从2021年1月1日起享受城乡居民医保待遇。

（二）集中征缴期外缴费待遇享受

未在集中征缴期内缴纳2021年度城乡居民医保费的，从缴费之日起60日后（不含60日）享受城乡居民医保待遇。

（三）动态参保期待遇享受

1.建档立卡贫困人口、计生特殊家庭成员、农村计生“两户”家庭成员、孤儿、特困供养人员、二十世纪六十年代初精减退职老职工、肇事肇祸的精神障碍患者实行全年动态参保，参加城乡居民医保不受集中征缴期限限制，享受参保资助政策。

2.最低生活保障家庭成员，低收入家庭中的老年人、未成年人、重度残疾人和重病患者以及其他特殊困难群体不实行动态参保政策，在集中征缴期后缴费的，按年度个人缴费标准和政府补助标准之和缴纳。并从缴费之日起60日后（不含60日）享受城乡居民医保待遇。

3.军人退出现役当年，城乡居民医保实行全年动态参保，个人按当年缴费标准（280元）缴纳，并从缴费之日起享受城乡居民医保待遇。

4.新生儿实行90日动态参保，统一使用户籍登记信息办理参保登记。新生儿自出生之日起90日内（含90日）参保缴费的，从出生之日起享受城乡居民医保待遇；自出生之日起90日后（不含90日）参保缴费的，按年度个人缴费标准和政府补助标准之和缴纳参保费用，并从缴费之日起60日后（不含60日）享受城乡居民医保待遇。对未使用户籍登记信息办理参保登记的新生儿，出生之日起所发生的医疗费用，在监护人完善其身份信息后，可纳入医保报销。新生儿出生后死亡的，且监护人在其出生之日起90日内为其参保缴费的，出生后发生的医疗费用也可纳入医保报销。

5.职工医保转城乡居民医保人员，实行90日动态参保政策。参加职工医保的人员，可在职工医保暂停缴费90日内（含90日）参加城乡居民医保，缴费之日起享受城乡居民医保待遇；超过90日（不含90日）缴费的，按年度个人缴费标准和政府补助标准之和缴纳参保费用，并从缴费之日起60日后（不含60日）开始享受城乡居民医保待遇。

七、城乡居民基本医疗保险待遇保障标准

城乡居民医保待遇包括门诊待遇和住院待遇，医疗保险基金年度支付限额为50万元，其中统筹基金年度支付限额为25万元，大病保险年度最高支付限额为25万元。特殊困难人员大病保险不设封顶线。

（一）普通门诊

参保人员在待遇享受期内，在二级及以下定点医疗机构发生的普通门诊医疗费用，扣除个人自费部分、先行自付部分以后，剩余的医疗费用根据定点医疗机构的级别相对应的支付比例由基金支付。普通门诊报销不设起付标准，年度最高支付限额和住院合并计算为25万元。支付比例如下：

项目

村卫生室

（社区卫生服务站）

一级医疗机构（乡镇卫生院、社区卫生服务中心）

二级医疗机构

州外二级及以下定点医院

支付比例

60%

55%

45%

30%

?

?

（二）高血压、糖尿病”（简称两病）门诊用药保障措施

城乡居民医保参保人员中，确诊为高血压（包括Ⅰ级高血压中的高危和很高危、Ⅱ级高血压、Ⅲ级高血压）且未发生靶器官损害、或诊断为糖尿病（Ⅰ型、Ⅱ型）且未发生靶器官损害，需要长期采取门诊药物治疗的，纳入两病门诊用药保障，实行定患者、定机构、定保障范围、待遇变更审核管理。

两病门诊用药专项待遇按照以下标准执行：1、支付比例：一级及以下医疗机构为70%，二级医疗机构为60%，三级医疗机构为50%；2、起付线和支付限额：不设起付线，参保年度内高血压支付限额为800元，糖尿病支付限额为1200元，同时合并高血压和糖尿病的支付限额为2000元。

（三）特殊疾病门诊

参保人员在待遇享受期内，发生的特殊疾病门诊医疗费用，扣除个人自费部分、先行自付部分以后，由基金按比例支付。特殊疾病门诊报销不设起付标准，根据疾病种类设立年度最高支付限额，基金支付比例如下：

项目

一级及以下医疗机构

二级医疗机构

三级医疗机构

经批准外出治疗或购药

非经批准外出治疗或购药

支付比例

70%

65%

60%

50%

30%

门诊特殊疾病病种范围：各类恶性肿瘤、器官移植术后抗排异药物治疗、再生障碍性贫血、血友病、系统性红斑狼疮、脑血管意外后遗症、帕金森氏病、癫痫、重症肌无力、精神分裂症、甲状腺机能亢进、甲状腺机能减退、肝硬化（失代偿期）、慢性肾功能衰竭、慢性病毒性肝炎、类风湿性关节炎、慢性肾小球肾炎、肾病综合征、支气管哮喘、慢性阻塞性肺疾病伴有肺心病、慢性阻塞性肺疾病伴有呼吸衰竭、冠心病伴有心肌梗塞、冠心病伴有严重心律失常、冠心病伴有心脏扩大、高血压性心脏病、高血压性脑病、高血压性肾病、糖尿病伴心损害、糖尿病性脑血管病变、糖尿病性肾病、糖尿病性周围神经病、糖尿病性视网膜病、分裂情感性障碍、双相情感障碍、偏执性精神病、癫痫性精神病、精神发育迟滞伴发精神障碍共37种。

支付限额：1、各类恶性肿瘤门诊治疗、器官移植术后抗排异药物治疗、血友病、慢性肾功能衰竭的透析治疗，在城乡居民基本医疗保险统筹基金（不含大病保险）年度最高支付限额内，不单独设置最高支付限额。2、分裂情感性障碍、双相情感障碍、偏执性精神病、癫痫性精神病、精神发育迟滞伴发精神障碍5个病种门诊治疗基金支付年度最高限额为7000元。3、其余每例特殊疾病病种门诊治疗基金支付年度最高限额为6000元。

（四）普通住院

参保人员在待遇享受期内，在定点医疗机构住院治疗所发生的医疗费用，扣除个人自费部分、先行自付部分以后，超过起付标准以上部分由基金按比例支付。起付标准、基金支付比例如下：

项目	
一级及以下医疗机构	
二级医疗机构	
三级医疗机构	
经批准省内转院	
经批准省外转院	
非经批准转外就医	
首次起付标准（元/次）	
100	
400	
800	
1000	
1500	
1500	
支付比例	
80%	
75%	
65%	
55%	
55%	

30%

在一个自然年度内参保人员多次住院的，以同级别医疗机构首次住院起付标准依次递减25%，最低不低于首次标准的50%。参保人员长期在州外居住的，应办理异地居住就医备案登记，按照统筹区内同类级别定点医疗机构支付政策执行。未办理异地居住就医备案登记的，按非经批准转外就医政策执行。

（五）重大疾病

凡符合全省统一规定的25种重大疾病病种，按照省级政策规定支付。

25种重大疾病病种范围：0-18岁儿童先天性心脏病、0-18岁儿童白血病、乳腺癌、宫颈癌、终末期肾病、重性精神病、耐多药肺结核、艾滋病机会性感染、肺癌、食道癌、胃癌、结肠癌、直肠癌、慢性粒细胞白血病、急性心肌梗塞、脑梗死、血友病A、血友病B、I型糖尿病、甲亢、唇腭裂、地中海贫血、老年性白内障、儿童先天性尿道下裂和儿童苯丙酮尿症

（六）大病保险

一个自然年度内，参保人员所发生的特殊疾病门诊、普通住院和重大疾病救治的政策范围内医疗费用，在城乡居民基本医疗保险基金支付后，个人累计负担部分超过大病保险起付线（普通居民为7000元，特殊困难群体为3500元）以上的，由大病保险分段进行支付，年度最高支付限额为25万元，其中特殊困难群体取消大病保险封顶线。

分段支付比例：

城乡居民大病保险分段支付标准

个人累计自付扣除起付线后

医疗费用分段（单位：元）

支付比例

普通居民

特殊困难群体

一段

年度起付线以上-35000 (含35000)

60%

65%

二段

35000-100000 (含100000)

70%

75%

三段

100000-250000 (含250000)

80%

85%

四段

250000以上

90%

95%

?

特殊困难群体范围：包括参加城乡居民基本医疗保险的特困供养人员，二十世纪六十年代初精减退职老职工，家庭经济困难的精神障碍患者、肇事肇祸的精神障碍患者，最低生活保障家庭成员，建档立卡贫困人口，低收入家庭中的老年人、未成年人、重度残疾人和重病患者。

(七) 医保目录分类管理

城乡居民医保基金支付范围执行全省统一的基本医疗保险诊疗目录、药品目录、医疗服务设施目录(简称“三目录”),“三目录”实行分类管理。

- 1、“三目录”外的医疗费用由参保人员全额自费。
- 2、乙类项目由参保人员个人先行自付,先行自付比例为10%,剩余部分再按医保政策予以报销。
- 3、特殊药品的个人先行自付比例,按照国家、省相关规定执行。
- 4、医用材料按费用分段自付,剩余部分再按医保政策予以报销。分段先行自付比例如下:

医用耗材价格(元)

个人先行自付比例

国产材料

进口材料

0-5000(含5000)

10%

30%

5000-10000(含10000)

20%

40%

10000-30000(含30000)

30%

50%

30000以上

50%

70%

?

(八) 城乡居民医保生育医疗费用报销

参保人员因生育或计划生育手术所产生的政策范围内医疗费用按城乡居民医保政策支付。参保人员住院分娩当次所产生的政策范围内的新生儿检查、护理等医疗费用纳入参保人员住院医疗费用合并报销。

八、省内和跨省异地就医

(一) 备案流程

1、长期在州外务工、异地居住参保人员，需提前填写《黔南州城乡居民基本医疗保险异地居住就医备案登记表》，到参保地医保经办机构备案。

参保人员办理异地居住就医备案登记后，原则上半年内不得变更。

2、因病情原因需转到上级定点医疗机构就医，由就医所在地同类最高级别定点医疗机构提出转诊转院意见，已开通电子转诊的由定点医疗机构通过城乡居民医保系统备案，未开通电子转诊的按要求填写《黔南州城乡居民基本医疗保险转诊转院申请表》，到参保地医保经办机构备案。危急重病人来不及办理转诊转院备案，参保人员可先转外异地就医，并在就医后5个工作日内向参保地医保经办机构补办备案手续。

已办理异地居住就医备案登记的参保人员，由于病情原因需要转到居住地外定点医疗机构就医，由居住地最高级别定点医疗机构出具转诊转院证明，经窗口、电话传真等渠道，向参保地医保经办机构备案。

3、因外出、旅游、探亲等情况在外地突发疾病，参保人员可先就近就医，并在就医后5个工作日内提供诊断证明经窗口、电话传真等渠道，向参保地医保经办机构备案。

（二）待遇报销

1、异地就医即时结算:参保人员经异地就医备案，在开通异地就医直接结算的定点医疗机构就诊产生住院医药费用，凭有效就医凭证（有效居民身份证、社会保障卡、医保电子凭证等）实行直接结算，只需支付应由个人承担的费用。

2、异地就医非即时结算:经异地就医备案，因网络原因无法直接结算的医药费用；非经异地就医备案，在异地定点医疗机构就医所产生医药费用；因急诊，在非定点医疗机构就医所产生医药费用；参保人员需提供所需医院发票、住院（门急诊）费用清单、诊断证明（门诊提供门诊病历或处方单、住院提供出院记录（出院小结））等材料到参保地医保经办机构按黔南州城乡居民基本医疗保险政策报销。

九、城乡居民基本医疗保险支付范围

（一）政策范围内门诊医疗费用支出；

（二）政策范围内住院费用支出

（三）政策范围内特殊药品购药费用支出；

（四）城乡居民大病保险费用支出；

（五）国家和省规定的其他费用支出。

十、城乡居民基本医疗保险不予报销范围

（一）超出基本医疗保险诊疗目录、药品目录、医疗服务设施目录以外的医药费用。

（二）服务项目类

1.就（转）诊交通费、救护车费、取暖（降温）费、电视、电话、空调、电炉（微波炉）、煤气、电冰箱等医疗服务设施费用。

2.病历工本费、疾病证明费、诊断建议书费等。

3.出诊费、检查治疗加急费、点名手术附加费、优质优价费、上门服务费、自请特别护理费、家庭病床费、生活服务费、陪护费、护工费、输血互助金、储血费、门诊煎药费、中药加工费等。

4.其他特需医疗服务项目。

(三) 非疾病治疗项目类

1.各种美容、健美项目，如洁齿、色斑牙、黄黑牙、除皱、脱毛、雀斑、粉刺、平疣、痤疮、祛斑、疤痕、色素沉着、腋臭、脱发、白发、脱痣、穿耳、隆鼻、酒窝再造、单眼皮改双眼皮、厚唇变薄唇、丰唇、按摩、唇裂修补术后整形术、减肥、增胖、增高、健美、戒烟等。

2.各种非功能型整容、矫正矫形等非疾病医疗项目。如验光配镜、装配义眼、隆乳、脂肪抽吸、变性、矫治口吃、斜视、“O”形腿、“X”形腿、屈光不正、视力矫正、镶牙、牙正畸、假牙、正颌、牙列不整矫治、牙缺损、种植牙、烤磁牙、鼻畸形矫正、包皮过长、副乳等。

3.糖尿病决策支持系统、人体信息诊断、电脑选择最佳妊娠期、胎儿性别检查等诊疗项目。

4.各种预防、保健性（除围产期保健、传染病防控检查外）体检项目，如疾病普查普治、婚前体检、旅游体检、职业体检、出境体检等。

5.各种医疗咨询（包括心理咨询、健康咨询、营养咨询、疾病咨询）、各种预测（包括中风预测、健康预测、疾病预测）、各种鉴定（司法鉴定、伤残鉴定、医疗事故技术鉴定、亲子鉴定）、健康指导等项目。

(四) 诊疗设备及医用材料类

1.应用正电子发射断层装置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、义眼、健脑器、皮（钢）背心、钢围腰、钢头颈、胃托、肾托、阴囊托、子宫托、拐杖、轮椅(残疾车)、畸形鞋垫、药枕、药垫、热敷袋、压脉带、输液网、提睾带、疝气带、护膝带、人工肛袋等器具。

3.各种家用检查检测仪（器）、治疗仪（器）、理疗仪（器）、按摩器和磁疗用品等治疗器械。

4.物价规定不可单独收费的一次性医用材料。

(五) 治疗项目类

1.各类器官或组织移植的人类器官源或组织源以及获取器官源、组织源的相关手术等。

2.除肝、肾、肺、心脏瓣膜、角膜、皮肤、血管、骨、造血干细胞（骨髓、脐血）移植外的其他器官或组织移植术费用。

3.前列腺增生微波（射频）治疗、氩氖激光血管内照射（血疗）、麻醉手术后镇痛新技术（止痛床）、内镜逆行阑尾造影术等诊疗项目。

4.气功疗法、音乐疗法、催眠疗法、磁疗法、水吧疗法、氧吧疗法、体位疗法、心理治疗法与暗示疗法（精神病人除外）、食疗法、保健性营养疗法等辅助治疗项目。

5.各种不育（孕）症、人工受孕、试管胚胎培植及植入、性功能障碍的诊疗项目。

6.各地科研、教学、临床验证性的诊疗项目。

（六）其他情形

1.因打架、斗殴、吸毒、偷盗、抢劫等违法犯罪行为和酗酒、自残、自杀等行为（精神疾病除外）所发生的医疗费用。

2.境外所发生的医疗费用。

3.不遵医嘱拒不出院以及挂床住院发生的医疗费用。

4.未纳入物价政策管理和未取得收费项目许可的诊疗项目。

5.因交通肇事、医疗事故、职业病、工伤、意外伤害等应由第三方承担的医疗费用。

6.应当由公共卫生负担的费用。

做鼻子整形手术，社保可以报销一部分费用吗

很遗憾!您说的这项费用是不可以报销的。

原因有二：一是韩氏整形医院属于民办的，医院级别不够，一般保险公司都要求二级以上医院；二是您现在给孩子整容既不属于意外医疗也不属于疾病医疗。

所以不报销。

成都医保报销流程及条件

成都医保报销流程如下：

1. 办理人提材料并受理受理;
2. 受理完成审核，结算，支付工作;
3. 社会保险基金管理局审查材料并批准申请;

报销条件:

- 1、符合规定的门诊费用，包含普通门诊和门诊治疗重症疾病;
2. 符合规定的住院医疗费用;
3. 符合三个目录的医疗费用，例如购药费用。

医保卡在住院的哪个阶段能报销

如果是在本地逐院门的话，等出院结账的时候，你把医保卡给收费员，就可以直接报销了。按照基本医疗保险制度的规定，参保人员因病住院发生的住院医疗费用应由基本医疗保险统筹基金按规定的比例给予报销或支付。

一、参保人员必须在基本医疗保险定点医疗机构就医、住院。在非定点医疗机构发生的住院医疗费用，基本医疗保险基金是不予支付的

第二、发生的住院医疗费用中属于符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准的范围和给付标准的医疗费用，才能由基本医疗保险按规定的比例予以支付。

关于本次成都隆鼻如何报销医保和成都隆鼻如何报销医保费用的问题分享到这里就结束了，如果解决了您的问题，我们非常高兴。