**1、什么情形下可以进行手工报销？**

在定点医疗机构发生的医疗费用不能实时结算由个人全额垫付，需手工报销的情形有：

1）急诊未持卡发生的医疗费用；

1. 计划生育门诊手术医疗费用；
2. 企业欠费；

4）手工报销期间、补换社保卡期间、参保后未发卡期间发生的医疗费用；

**2、哪些费用是医保不予报销的?**

根据《北京市基本医疗保险规定》（2005年北京市人民政府第158号令），基本医疗保险基金不予支付下列医疗费用：

1）在非本人医保定点医疗机构就诊的，但急诊除外；

2）在非定点零售药店购药的；

3）因交通事故，医疗事故或者其他责任事故造成伤害的；

4）因本人吸毒、打架斗殴或者因其他违法行为造成伤害的；

5）因自杀、自残、酗酒等原因进行治疗的；

6）在国外或者香港、澳门特别行政区以及台湾地区治疗的；

7）按照国家和北京市规定应当由个人自付的。

**3、参保人员就医的报销比例是多少？**

北京市城镇职工基本医疗保险门诊报销比例

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **报销类别** | **参保人员类别** | | **起付线** | **报销比例** | **补充医疗保险** | **封顶线** |
| 门诊费用 | 在职 | 本市社区卫生服务机构就诊 | 1,800 | 90% | 无 | 2万元 |
| 非社区卫生服务机构就诊 | 70% |
| 退休 | 70周岁以下（非社区卫生服务机构就诊） | 1,300 | 70% | 15% | 2万元 |
| 70周岁以下（本市社区卫生服务机构就诊） | 80% | 10% |
| 70周岁以上 | 80% | 10% |

北京市城镇职工基本医疗保险住院报销比例

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **报销类别** | **参保人员类别** | **统筹基金支付** | | | | | | **大额医疗互助基金支付** | |
|  |  | **起付线** | **报销比例** |  |  |  | **封顶线** | **报销比例** | **封顶线** |
| 住院费用 | 在职 | 1,300 |  | 三级 | 二级 | 一级 | 10万元 | 85% | 40万元 |
| 起付线～3万元 | 85% | 87% | 90% |
| 3万元～4万元 | 90% | 92% | 95% |
| 4万元～封顶线 | 95% | 97% | 97% |
| 退休 | 1,300 |  | 三级 | 二级 | 一级 | 10万元 | 90% 80%+10% |
| 起付线～3万元 | 91% | 92.2% | 94% |
| 3万元～4万元 | 94% | 95.2% | 97% |
| 4万元～封顶线 | 97% | 98.2% | 98.2% |

北京市城乡居民基本医疗保险报销比例

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 分 类 | 起付线（元） | | | 报销比例 | | | 最高支付限额（元） |
| 一级及以下 | 二级 | 三级 | 一级及以下 | 二级 | 三级 |
| 门诊费用 | 100 | 550 | | 55% | 50% | | 3,000 |
| 住院费用(老年人及劳动年龄内居民) | 300 | 800 | 1,300 | 80% | 78% | 75% | 25万 |
| 住院费用(学生儿童) | 150 | 400 | 650 | 80% | 78% | 75% | 25万 |

**4、费用申报所需材料清单：**

**1）急诊未持卡；退休及人才职介存档人员计划生育手术：**

**门诊：**审核表、明细表、报盘文件、社保卡、诊断证明、票据+药费处方+明细

**住院：**审核表、明细表、报盘文件、社保卡、诊断证明、全额结算证明、票据+出院汇总清单

**注：**申报**因探亲或出差发生的外地急诊费用时**，还需提供**加盖单位公章的情况说明**及**出差/探亲休假审批单。**

**2）企业欠费；手工报销期间：**

**门诊：**审核表、明细表、报盘文件、社保卡、票据+药费处方+明细

**住院：**审核表、明细表、报盘文件、社保卡、诊断证明、票据+出院汇总清单、全额结算证明

**注：**因企业整体未正常缴纳当月社会保险费用，造成参保人员在就医时不能实时结算，在补缴相应社会保险费用后，可申请手工报销。欠费期间，参保人员应持社保卡就医，门诊票据应体现“**医保已实时结算（欠费）**”字样。

**3）补换社保卡期间；参保后未发卡：**

**门诊：**审核表、明细表、报盘文件、社保卡、领卡证明（临时社保卡）、票据+药费处方+明细

**住院：**审核表、明细表、报盘文件、社保卡、领卡证明（临时社保卡）、诊断证明、全额结算证明、票据+出院汇总清单

**5、手工报销申报注意事项**

①因未持、忘带社保卡不能实时结算的非急诊费用，不予报销。

②基本医疗保险实时结算票据（有“医保已实时结算”字样的票据）不需再手工报销。

③每个自然年度发生的基本医疗费用在次年的1月20日前完成申报，逾期不予受理。

④每月1-20日受理报销材料，其余时间不予受理。

⑤已受理的报销材料，由社保中心留存归档，不再退还单位，如有其他需要请提前复印相关材料。

⑥发票需提供完整明细，若有药费需提供相应处方。

⑦申报表中的各项信息必须按要求填写，**联系人和联系电话需注明**，报销材料受理后请及时登记。

⑧所有由单位提供的申报材料均需**加盖单位公章，**医院出具的所有相关材料均需提供原件。

⑨外伤就医费用申报时，需提供参保单位核实盖章的本人受伤经过。

**注：审核表**按人员类别在**企业版软件**中正确报盘打印，其中包括：《北京市医疗保险手工报销费用审核表》或《北京市医疗保险门诊上传费用审核表》；《北京市城乡居民基本医疗保险手工报销费用审核表》或《北京市城乡居民基本医疗保险(门诊上传)费用审核表》；《北京市超转人员医疗保险手工报销费用审核表》；《北京市离休统筹人员医疗费用手工报销申报表》。

**明细表**按人员类别在**企业版软件**中正确报盘打印，其中包括：《北京市基本医疗保险手工报销费用明细表》或《北京市基本医疗保险门诊上传费用明细表》；《北京市城乡居民基本医疗保险手工报销费用明细表》或《北京市城乡居民基本医疗保险门诊上传费用明细表》；《北京市超转人员医疗保险手工报销医疗费用明细表》；《北京市离休统筹人员门（急）诊医疗费用手工报销申报汇总单》。

**6、报盘注意事项**

**①初次进行报盘时，需要下载安装企业版软件，定制并导入参保单位信息**

**1、下载软件——**从“社保网上平台”通过“下载专区”——“程序下载”——“五险合一采集软件下载”下载“北京市社会保险信息系统企业管理子系统（普通单位版）”及最新程序补丁。

**2、定制信息——**采用社保网上平台申报办理社保业务的单位，登陆“网上平台”，点击“单位用户登陆”——“证书用户登陆”，进入“北京市社会保险网上申报查询系统”选择左侧“查询管理”，进入“定制查询”模块，定制“企业版信息下载”，于**次日**下载本单位的医疗及四险的基础数据。使用社保企业版，进入“数据采集”界面，点击“数据交换”，分别导入医疗、四险基础数据。

**②对门诊费用、急诊费用报盘时**

选择门诊费用模块录入：

门诊票据有上传字样的选择录入门诊上传费用模块，正确输入门诊上传号进行报盘；门诊票据无上传字样的，分类汇总各类费用后，录入企业版进行报盘，生成手工报销费用审核表、明细表。

外埠门诊费用报盘时，需在本埠/外埠选项中选择“外埠”，定点医疗机构选择本人任意1家北京市定点医疗机构，不要选择外埠诊疗费模块进行费用录入。同时还需注意参保人员是否为长期驻外身份等情况。

**③对住院类费用报盘时**

住院类费用报盘包括普通住院、门诊特殊病、特殊病住院等，需选择住院费用模块录入：

正确录入入院时间、出院时间、定点医疗机构等相关信息，分类汇总录入各类费用，生成手工报销费用审核表、明细表。

外埠住院费用报盘时，需在本埠/外埠选项中选择“外埠”，定点医疗机构选择本人任意1家北京市定点医疗机构，同时需注意参保人员是否为长期驻外身份等情况。

**④对急诊留观费用报盘时**

急诊留观费用需有诊断证明明确注明“急诊留观”或“留观治疗”等字样，或全额结算证明中标注“急诊留观”类别的，才可按照急诊留观费用报盘：

选择急诊留观费用模块录入，正确录入入院时间、出院时间、定点医疗机构等相关信息，分类汇总录入各类费用，生成手工报销费用审核表、明细表。

**注：报盘完成后，系统生成报盘文件，需使用移动存储设备拷贝，并与申报材料一同提交。报盘文件为.txt格式，且不要修改文件名。**