

很多朋友对于殴义账户官网说明和欧意交易所官网不太懂，今天就由小编来为大家分享，希望可以帮助到大家，下面一起来看看吧！

## 本文目录

1. [个人养老金基金是什么意思](#)
2. [太平洋乐享百万医疗保险免赔额是什么意思](#)
3. [医保卡没钱了可以用家人的吗](#)
4. [四川成都市医保报销标准和条件](#)
5. [医保卡不是本人可以用吗](#)

## 个人养老金基金是什么意思

医疗门诊收费票据可以报销,医保的报销费用范围包括门诊、住院、大病三部分.不过门诊报销的比例相比起其他两项用要少一些.一般情况下,门诊的报销比例在50%以下,统筹基金支付的部分较少,大部分是由参保人的个人账户资金或者是现金支付.住院和大病部分的报销比例大约在70%-80%左右浮动,根据参保人的连续缴费年限长短略有浮动,缴费年限越长,报销比例和支付限额越高.如果参保人没有到指定医疗机构就医,那么不管是门诊费用还是其他费用,都必须自行承担,无法报销.

以下情况医保不予支付:

- 1、在非定点医疗结构就诊或非定点零售药店购药的(急诊除外);
- 2、因酗酒、自杀、自残等原因进行治疗的;
- 3、因交通事故、医疗事故或其他责任事故造成伤害的;
- 4、因本人打架斗殴、吸毒或其他违法行为造成自身伤害的;
- 5、以及根据国家或当地规定应当由个人自付的情况.

卫生医疗收费专用票据是发票吗?可以作为报销凭证吗?

首先看看医院是公立的还是私人的,如果是公立的,他没有发票,因为医疗机构是作为非营利性的机构存在,它是不上税的,所以没有发票很正常.可以拿医院开具的正规的收据入账,是那种带有统一收费凭证的收据,上面打红戳的(必须是财政局的章).私立的必须要发票(带地税局的章).

## 太平洋乐享百万医疗保险免赔额是什么意思

免赔额，顾名思义就是指免赔的额度，并且一般的医疗保险都会有免赔额。

太平洋乐享百万医疗保险免赔额是指：年度发生在保障范围内的医疗费用，若自付部分累计超过1万元，则1万元以上的医疗费用可以计入赔付，1万元以下的部分可以拿到单位或者其他保险公司进行报销。

社保个人账户的金额也视作自付部分。社保或公费医疗报销部分不能计入免赔额，在其他商业保险已报销的部分，只要符合该险种赔付条件都可以计入免赔额。

扩展资料：

太平洋乐享百万的免除责任：

- 一、投保人故意致被保险人伤害、患病住院。
- 二、被保险人故意犯罪或拒捕。
- 三、被保险人殴斗、醉酒、自杀、故意自伤及服用、吸食、注射毒品。
- 四、被保险人受酒精、毒品、管制药物的影响而导致的意外。
- 五、被保险人酒后驾驶、无照驾驶及驾驶无有效行驶证的机动车辆。
- 六、投保前已存在的疾病、先天性疾病及遗传性疾病。
- 七、被保险人被确诊患有艾滋病（AIDS）或感染艾滋病毒（HIV呈阳性）期间。
- 八、被保险人妊娠、安胎、流产、分娩、节育以及由此而引起的损害或疾病。
- 九、美容手术、外科整形、天生畸形矫正、牙齿治疗及手术。
- 十、购置移植器官、安装人工器官、购买轮椅、心脏起搏器、助听器及配镜。

参考资料来源：中国太平洋保险公司-乐享百万医疗保险

## 医保卡没钱了可以用家人的吗

一般情况下，社保卡中的医保个人账户里的钱只能用来在定点医疗机构看病、买药，不能给其他人用。

但由于有的人生病多，有的人几乎不生病，于是就产生了有的人社保卡账户里的钱不够用，而有的人则用不完的情况。最典型的情况就是：成年的爸爸妈妈因为参加了职工社保且一直没有断缴，医保卡里的钱积攒下来有上万了。而未成年的孩子和没有参加社保的爷爷奶奶医保卡里的钱就少了，或者没有。在这种情况下，把社保卡里的钱给家人使用，早已成为一种现实的需求。

## 一、正常情况下，医保卡不能给家人使用

医保卡是参保人员应该享受医疗保障的凭证之一，原则上仅限于参保人员本人使用。医保账户里面的钱，属于个人。但是医保统筹基金里的钱，则属于每一个医保投保人，其目的是为了通过一定区域范围内社会群体间的互助共济来分担疾病风险，解决职工患大病时的医疗费用。若自己的医保卡余额不足时，就必须动用统筹基金的钱进行报销。如果家人使用自己的医保卡买药，对参保职工不公平。

另外，如果使用他人的医保卡住院报销，属于骗保。情节严重的，将面临刑事处罚。

不过，有些地区允许将自己医保卡给家人使用，共享保额。如广州、深圳、浙江、厦门等，一般有限制条件，可咨询当地社保局。

比如，深圳规定，基本医疗保险一档参保人个人账户的余额超过本市上年度在岗职工年平均工资5%的，超过部分就可以为其已参加我市医保的父母、配偶及子女支付一些指定的医疗费用，这种途径称为“家庭通道”。

## 二、医保卡给家人使用，会有什么后果？

医保卡借给家人使用分两种情况：一是买药，二是住院报销。医保卡是绝对不能借给家人住院用的，不然面临的的就是罚款或者刑事责任。将医保卡借给家人报销，严格意义上算是骗取社会保险待遇。

医保卡给家人买药后果是什么呢？如果只是买些感冒药、消炎药等非处方药，影响不大。但若是治疗高血压、心脏病等等的药品，后果就有点严重。

想一下，假如你买的是商业保险，保险公司一查，发现你有这样的消费记录，轻则要求加费或做除外责任，重则直接拒保！更可怕的是，很可能导致拒赔，保险公司在买之前没仔细核查，等到理赔时才发现，以此为借口拒赔，你除了接受也无能为

力了。

### 三、使用医保卡的注意事项

#### 1、禁止套现

任何单位、个人均不得违反医保卡的使用范围和要求，严禁套取现金。

#### 2、部分省市医保卡可全家人用

部分省市，如浙江全省、广州市，医保个人账户历年结余资金可用于支付职工基本医疗保险参保人员配偶、子女、父母等近亲属的医疗保障费用，实现家庭成员之间共济互助。

#### 3、以下情况医保不予支付

在非定点医疗结构就诊或非定点零售药店购药的(急诊除外)；

因本人打架斗殴、吸毒或其他违法行为造成自身伤害的；

因酗酒、自杀、自残等原因进行治疗的；

因交通事故、医疗事故或其他责任事故造成伤害的；

以及根据国家或当地规定应当由个人自付的情况。

所以，一般情况下，社保卡中的钱只能通常只能参保人个人用来在定点医疗机构看病、买药，不能给其他人用，但也有例外。具体的情况还是要询问当地的社保局会比较明确哦。

## 四川成都市医保报销标准和条件

根据《成都市城镇职工基本医疗保险办法》：

### 第十一条（统筹基金起付标准）

统筹基金起付标准按医院级别确定，一级医院200元，二级医院400元，三级医院800元，符合条件并与医疗保险经办机构签订住院医疗服务协议的社区卫生服务中心（含乡镇卫生院，下同）160元，市外转诊起付标准为2000元。有下列情形之一

的，起付标准可进行减免：

（一）参保人员在一个自然年度内多次住院的，逐次降低100元，但最低不低于160元；

（二）参保人员因精神病或艾滋病在定点医疗机构发生的符合基本医疗保险报销范围的住院医疗费用不计统筹基金起付标准；

（三）年满100周岁及以上的参保人员，因病在定点医疗机构发生的符合基本医疗保险报销范围的住院医疗费用不计统筹基金起付标准；

（四）参保人员因恶性肿瘤手术及放化疗治疗，肾功能衰竭透析治疗及移植手术，肝、肾、骨髓移植术后的抗排斥治疗，慢性白血病，重型再生障碍性贫血。

骨髓增生异常综合症及骨髓增生性疾病，系统性红斑狼疮在定点医疗机构多次住院发生的符合基本医疗保险报销范围的住院医疗费用，一年计算一次起付标准。起付标准按参保人员年度内首次所住定点医疗机构的级别确定；

（五）参保人员因病情需要，由低级别的定点医疗机构转往高级别的定点医疗机构、由专科医院转往综合医院，只补计统筹基金起付标准差额；由高级别专科医院转往同级别或低级别综合医院或由高级别定点医院转往符合条件的社区卫生服务中心，不再另计统筹基金起付标准。

已按本条规定执行起付标准的参保人员，办理门诊特殊疾病和家庭病床时，应按成都市基本医疗保险门诊特殊疾病和家庭病床管理办法的规定支付起付标准。

## 第十二条（统筹基金最高支付限额）

一个自然年度内统筹基金为个人支付的医疗费累计不超过上一年度成都市职工平均工资的4倍。

## 第十三条（统筹基金支付比例）

参保人员在定点医疗机构发生的符合本办法规定的一次性住院医疗费用，其数额在统筹基金起付标准以上的部分，扣除个人首先自付的费用后，由统筹基金根据医院级别按比例支付：

三级医院85%，二级医院90%，一级医院92%，与医疗保险经办机构签订了住院医疗服务协议的社区卫生服务中心95%。在此基础上，年满50周岁的增加2%。



年满60周岁的增加4%，年满70周岁的增加6%，年满80周岁的增加8%，年满90周岁的增加10%。根据年龄增加后的医疗费报销比例，不得超过100%。

年满100周岁及以上参保人员在定点医疗机构发生的符合基本医疗保险报销范围的住院医疗费报销比例为100%。

个人首先自付的费用包括：

- (一) 使用除手术外单项价格在200元以上的检查、治疗项目费20%的费用；
- (二) 实施单项价格在1000元以上手术费10%的费用；
- (三) 使用国家和省规定的《基本医疗保险药品目录》中乙类药品费10%的费用；
- (四) 使用特殊医用材料和施行统筹基金支付部分费用的诊疗项目应由个人自付的费用。具体标准由市劳动和社会保障行政部门另行制定。

扩展资料：

根据《成都市城镇职工基本医疗保险办法》：

第十五条（不予支付情形）

参保人员发生的下列医疗费用不属于统筹基金支付范围：

- (一) 基本医疗保险药品目录、医疗服务设施和诊疗项目、医用材料目录和支付标准范围以外的医疗费用；
- (二) 工伤（职业病）、生育发生的医疗费用；
- (三) 除急救、抢救外在非定点医疗机构发生的医疗费用；
- (四) 因本人吸毒、打架斗殴、违法犯罪等造成伤害发生的医疗费用；
- (五) 因自伤、自残、醉酒、戒毒、性传播疾病（不含艾滋病）等进行治疗发生的医疗费用；
- (六) 因美容矫形、生理缺陷及因不孕不育等进行治疗发生的医疗费用；

- (七) 第三方责任等引发的非疾病医疗费用；
- (八) 在港澳台地区和境外发生的医疗费用；
- (九) 因交通事故、医疗事故发生的医疗费用。

交通事故能提供公安交通管理部门出具的肇事方逃逸或无第三方责任人的相关证明，且没有获得相关赔偿或补偿的，其在定点医疗机构住院发生的医疗费用可列入统筹基金支付范围。

#### 第十六条（缴费年限）

缴费年限按下列规定执行：

（一）本办法实施前，单位和有雇工的个体工商户已参加本市城镇职工基本医疗保险的人员，连续不间断缴费达到法定退休年龄并按国家和省、市有关规定，经有关部门办理退休手续、领取养老金后，不再缴纳基本医疗保险费，继续享受基本医疗保险待遇；

（二）本办法实施前，已参加本市城镇职工基本医疗保险的国有、集体企业和机关事业单位，破产、改制或机构改革后，与原单位解除劳动关系的职工。

应以个体身份连续不间断参加城镇职工基本医疗保险，缴费至法定退休年龄并按国家和省、市有关规定，经有关部门办理退休手续、领取养老金后，不再缴纳基本医疗保险费，继续享受基本医疗保险待遇；

（三）本办法实施前，经批准缴纳住院基本医疗保险费的参保人员，达到法定退休年龄并按国家和省、市有关规定，经有关部门办理退休手续、领取养老金后，不再缴纳基本医疗保险费，建立个人账户，继续享受基本医疗保险待遇；

（四）本办法实施前，个体参保人员缴纳基本医疗保险费累计满15年的，达到法定退休年龄并按国家和省、市有关规定，经有关部门办理退休手续、领取养老金后，不再缴纳基本医疗保险费。缴纳基本医疗保险费的累计年限不足15年的，应按规定继续缴费至累计缴费年限达到15年；

（五）本办法实施以后，初次参加本市城镇职工基本医疗保险的人员，连续不间断缴费满15年或累计缴费满20年，达到法定退休年龄并按国家和省、市有关规定。

经有关部门办理退休手续、领取养老金后，不再缴纳基本医疗保险费。连续不间断

缴纳基本医疗保险费不足15年或累计缴纳基本医疗保险费不足20年的，应按规定继续缴费至连续缴费年限达到15年或累计缴费年限达到20年。

参考资料来源：成都市人民政府-成都市城镇职工基本医疗保险办法

## 医保卡不是本人可以用吗

不可以，在一些地方可他用

对于医保卡个人账户，李蜀荣说，以下这些情况可以刷家人的医保卡：参保人及其家庭成员在定点医疗机构发生的门诊医疗费用、住院医疗费用中按规定应由个人自付的费用（含超出基本医疗保险用药范围、诊疗项目范围、医疗服务设施范围规定的自费部分医疗费用）。

门诊或住院期间进行特殊检查、特殊治疗应由个人负担的费用；在定点零售药店购药的费用、购买“国食健字号”和“卫食健字号”保健食品的费用、购买“卫消进字号”、“卫消准字号”等消杀类产品（如妇科洗液等）以及“食药监械（进）字号”、“食药监械（准）字号”。

“食药监械（许）字号”等医疗器械（如体温计、血糖试纸、血压计等）的费用；参保人及其家庭成员在定点医疗机构购买、注射疾病预防接种的疫苗费用（如乙肝疫苗、狂犬疫苗、结核菌疫苗、流感疫苗等，按规定免费的除外）；在定点医疗机构进行健康体检，义肢、义眼等人工假体安装，非功能性矫治发生的医疗费用。

扩展资料：

《关于扩大医保个人账户结余资金支付范围的意见》明确了近亲属包括配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女。规定了可以为近亲属支付的费用——

1、参保人员近亲属参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费，使用狂犬疫苗、各类肺炎双球菌、流感疫苗的费用。

2、参保人员近亲属发生的符合基本医疗保险支付范围，由基本医疗保险补偿后个人负担的医疗费用。

参考资料来源：人民网-医保卡给家人用哪些情况下不违法

殴义账户官网说明和欧意交易所官网的问题分享结束啦，以上的文章解决了您的问



题吗？欢迎您下次再来哦！