

就医、报销都离不开门诊发票，但很多用户跟查悦社保咨询，医院开的收费票据，上面写着密密麻麻各项费用，看不太明白，具体交了什么钱、医保报销了多少也不知道。

今天，查悦社保就来给大家聊一聊
门诊收费票据上的各项费用究竟是什么意思。

首先，我们需要了解单据上每一项内容的含义，才能更好地知道自己的医疗费用究竟是怎么结算的，这里以查悦社保某职工某次就医门诊收费票据为例：



咱们再来看看项目明细
这部分

，这里会标注
本次门诊的治疗费、医药费
、手术费、材料费等收费项目明细和报销等级，共有三类：

- 无自付：指医保基金按比例全额报销的费用；
- 有自付：指个人负担一部分费用，剩余部分医保基金按比例报销的费用；
- 全自付：指完全自费的部分，医保不予报销的费用。



然后，我们看个人支付金额这部分：

- 自付一：指医保范围内按比例计算个人应负担的金额，其中包括起付金额和超年度大额封顶金额。
- 起付金额：指本次就医所发生的医疗费用中起付线以下的医保范围内金额。
- 超封顶金额：指本次就医所发生的医疗费用中年度封顶线以上的医保范围内金额。
- 自付二：指医疗保险范围内的有自付类的药品、检查治疗和材料，其中需要个人先行负担的部分。

- 自费：指不在医保范围内的检查或是药品，全部由个人支付的费用
- 基金支付：按政策规定各基金支付的金额。
- 个人账户支付：按政策规定用个人账户支付参保人的医疗费用。
- 个人支付金额：指本次需要参保人员缴纳的个人负担金额。



门诊医事服务费实行定额报销，参保人员发生的医事服务费按规定报销，并且不受起付线和封顶线的限制。三级医院普通门诊定额报销40元、二级医院普通门诊定额报销28元、一级及以下医疗机构普通门诊定额报销19元。

从上边这张单据可以看到，此次就诊的医事服务费等级为三级医院，费用50元，根据门诊医事服务费报销规定本次医保范围内报销金额为40元，个人支付金额为10元。

当然，由于各地医保政策存在差异，医疗门诊收费票据上的部分项目可能无法做到全

国统一，文章中的

票据仅供参考了解，如果参保人员对

“持卡就医，实时结算”

相关政策有不了解的，可以咨询当地的医院或者医保部门了解具体内容。