|  |  |
| --- | --- |
| 事项名称 | 在已联网定点医院住院现场结算流程 |
| 设定依据 | 《东莞市医疗保障办法实施细则》（东医保〔2023〕75号）第二十二条：在定点医药机构发生的符合规定的医疗费用可凭本人医保码、身份证、社会保障卡等有效身份证明材料及相关就医资料在定点医药机构直接结算。 |
| 申请条件 | 参保人因疾病在联网定点医院住院，符合规定的，出院时可在定点医院完成现场结算报销。 |
| 办理材料 | 1、本人有效身份凭证（电子医保凭证、居民身份证或社会保障卡）原件1份；  2、出院诊断证明书原件1份；  3、出院通知书原件1份；  4、《东莞市社会保险住院情况核实及自费项目签字单》第二联原件1份（市内医院住院提供，下同）；  5、《东莞市社会保险参保人住院登记信息确认书》第二联原件1份（市内医院住院提供，下同）。 |
| 办理流程 | 窗口办理流程：  一、申请。参保人到住院处通过现场方式提出申请，按要求提交纸质入院材料及本人有效身份凭证。  二、受理。工作人员收到申请材料之日起即时做出是否受理住院社保登记决定。经审查，参保人符合申请资格，并材料齐全、格式规范、符合法定形式的，予以办理住院医保登记，填写《东莞市社会保险参保人住院登记信息确认书》，参保人因不符合申请资格的，告知不予办理住院医保登记原因；参保人因材料不全或不符合法定形式的，工作人员一次性告知需要补正的全部内容。  三、审查。办理住院登记后，参保人配合所住科室医护人员做好身份、伤情（限外伤住院者）等信息核实工作，参保人及其家属或单位代办人详细阅读《东莞市社会保险住院情况核实及自费项目签字单》并按要求签名确认。  四、决定。出院进行医保结算，工作人员对符合结算资格，并材料齐全、格式规范、符合法定形式的予以办理现场结算，完成现场结算报销后，参保人支付个人自付金额，领取相关单据；不符合结算资格或标准的不予办理现场结算，告知参保人不予办理现场结算原因；因材料不齐全、格式不规范、不符合法定形式的不予办理现场结算，工作人员一次性告知需要补正的全部内容。    办理流程图： |
| 办理时限 | 现场办理 |
| 办理地点 | 医保（社保）入院登记在医院入院登记处办理，出院医保现场报销在医院出院结算处办理 |
| 办理机构 | [医疗保险联网定点医院](http://10.147.3.69http:/dghrss.dg.gov.cn/sbzw/quickSearch-fixHospital?id=65bf9a085b3c4fdf853d1ff6bd761b23) |
| 收费标准 | 办理本事项无需收费，个人自费医疗费需自行支付。 |
| 办理时间 | 周一至周五早上08:00-12:00，下午14:30-17:30（注：由于部分定点医院办理时间不一致，请以各定点医院办公时间为准） |
| 联系电话 | 0769—12345 |
| 相关表格下载 | 无 |
| 温馨提示 | 无 |