前言

按照《关于印发乌鲁木齐市城乡居民基本医疗保险实施办法的通知》（乌政办〔2015〕177号）要求，自2016年起，乌鲁木齐市新型农牧区合作医疗与乌鲁木齐市城镇居民基本医疗保险并轨为乌鲁木齐市城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）。为使参保居民能便捷的办理参保、缴费手续，顺利享受相关待遇，乌鲁木齐市社会保险管理局特编印此手册，希望通过手册将相关政策和具体管理要求向您介绍。

一、城乡居民基本医疗保险的参保范围和对象包括哪些？

参加城镇职工基本医疗保险的本市城乡居民及未参加户籍所在地医疗保险的，自愿参加本市城乡居民基本医疗保险各类学校学生（包括学龄前儿童、中小学阶段学生、大中专院校学生、技工学校学生、职业高中学生）。

二、如何办理城乡居民基本医疗保险参保登记手续？

（一）在校中小学生可由学校组织集体参保，填写《城乡居民基本医疗保险参保登记表——中小学生专用》，统一申报登记。

（二）大中专院校学生由学校组织集体参保，所属区（县）社保分局办理参保申报登记。

（三）其他新参保人员可到居住地所在社区（村队）劳动保障工作站，填写《乌鲁木齐市参加城乡居民基本医疗保险人员情况登记表》，办理申报登记。

三、城乡居民基本医疗保险参保登记需要提供哪些资料？

（一）成年人参保提供的证明材料：

1、户口薄（首页、户主页、参保人页）复印件。

2、身份证复印件（正反面）。

3、选择银行代缴方式缴费的人员，需提供参保人本市承办社会保险业务银行银行卡《现金业务凭单》（能完整显示银行账号及户名）复印件。

4、参保人近期一寸彩色免冠照片一张。

5、最低生活保障人员参保需提供《乌鲁木齐市最低生活保障人员待遇领取证》原件复印件（家庭概况带照片页、家庭成员组成页、最低生活保障金发放情况页及发证单位盖章页）。

6、残疾人参保需提供《中华人民共和国残疾人证》原件、复印件。

7、低收入老人参保需提供低收入证明（居住地社区出具的低收入证明）。

（二）未成年人参保提供的证明材料

1、户口薄（首页、户主页、参保人页）复印件。

2、选择银行代缴方式缴费的人员，需提供为其缴费的监护人本市承办社会保险业务银行银行卡《现金业务凭单》（能完整显示银行账号及户名）复印件，监护人身份证复印件（正反面）。

3、参保人近期一寸彩色免冠照片一张。

4、最低生活保障家庭未成年人参保需提供《乌鲁木齐市最低生活保障人员待遇领取证》原件及复印件（家庭概况带照片页、家庭成员组成页、最低生活保障金发放情况页及发证单位盖章页）。

5、未成年残疾人参保需提供《中华人民共和国残疾人证》原件及复印件。

6、特教学生还需提供学校证明。

注：上述证明材料需使用A4幅面纸张复印。

四、可使用哪些银行本市银行卡缴纳城乡居民基本医疗保险费，领取相应待遇？

目前能实现代缴社会保险费、代付社会保险待遇的银行共有九家，分别是：工商银行、农业银行、中国银行、建设银行、交通银行、邮政储蓄银行、招商银行、乌鲁木齐市商业银行、天山农商银行。

五、2016年度城乡居民基本医疗保险缴费标准是多少？

城乡居民基本医疗保险缴费由个人及各级政府补助两部分构成，具有个人缴费少，财政补助高的特点。2016年度个人缴费标准如下：



六、怎样缴纳城乡居民基本医疗保险费？

目前缴纳城乡居民基本医疗保险费主要采取银行代扣，现金缴纳为辅的方式征收。

（一）银行代扣

在市区范围内居住的参保居民统一采用银行集中代扣方式缴费，乡镇（农牧区）参保居民也可选择银行集中代扣方式缴费。参保居民应在每年九月前将下年度城乡居民基本医疗保险缴费存入申报的银行账号中。市社会保险管理局在划扣期为选择“银行代缴”方式缴费人员建立新年度缴费核定，并通过合作银行划扣新年度缴费。

（二）现金缴费

为使新型农牧区合作医疗与城镇居民医疗保险制度顺利并轨，针对2016年度农牧区参保居民及各类大中专院校学生可以选择采用缴纳现金的方式缴费。其中农牧区居民由各村队（社区）收费工作人员按户征收下年度城乡居民医疗保险费，并向参保人员手工开具缴费收据。收费结束后村队（社区）收费工作人员会将本村队（社区）居民缴费情况进行公示。大中专院校学生在校学生由学校统一组织缴费。

七、最低生活保障人员参加城乡居民基本医疗保险费用如何缴纳？

我市民政部门认定的最低生活保障人员，由区（县）民政部门负责组织为其办理参加城乡居民基本医疗保险工作，缴费所需资金由各区（县）民政局负担，个人不缴费。

八、以前参加过社会保险，现在能否参加城乡居民基本医疗保险？怎样办理？

已在我市参加过其他社会保险人员，具有个人社会保险编号，目前暂停参保或转为缴纳其它险种的，可根据个人意愿选择参加我市城乡居民基本医疗保险。对于参保险种转换的，之前缴纳过的各项社会保险缴费记录，由市社会保险管理局负责记录，缴费年限予以保留。

（一）在市区居住的居民：到居住地社区填写《参保个人缴纳社会保险费和领取社会保险待遇（代缴代付）申报表》（一式两份）（以下简称《代缴代付申报表》），提供本人身份证原件及复印件（未成年人提供户口薄首页、户主页、本人页原件及复印件）、参保人本市银行卡《现金业务凭单》（能显示银行账号及户名，对使用社会保障卡金融账户缴费的，只需提供社会保障卡复印件）复印件（未成年人提供为其缴费的监护人工商银行卡《现金业务凭单》复印件，监护人身份证复印件（正反面）(各类复印件需复印在A4纸同一面)。非本人办理，受托人还需提供本人身份证原件及复印件），由社区经办人员办理缴费险种变更并录入划扣缴费银行账号。

（二）在农牧区居住的居民：参照在市区居住的居民提供的材料，由村队（社区）收费工作人员收集证明材料后，由村队（社区）劳动保障专干为其办理缴费险种变更并录入划扣缴费银行账号。

为使城乡居民医疗保险制度顺利并轨，对农牧区参保居民在缴纳2016年度城乡居民基本医疗保险费时，可暂不提供缴费银行卡信息，仍采取缴纳现金方式收缴。但今后应主动申报银行账户，使用银行代缴方式缴纳后续年度城乡居民医疗保险费。

九、参保城乡居民基本医疗保险缴费和待遇期限如何规定？

城乡居民基本医疗保险按年缴费，每年9-12月为缴费期，缴费成功的，次年1月1日至12月31日享受医疗保险保障。对年内新出生的婴儿，可在6月25日前办理参保缴费，缴费成功后待遇享受期为缴费成功次月1日至当年12月31。

十、参保后正常缴费，可以享受哪些待遇？

（1）住院报销待遇：参保居民住院治疗时享受住院医疗费报销。

（2）门诊慢性病待遇:参保居民患有城乡居民基本医疗保险规定门诊慢性病的，慢性病门诊就医时可享受医疗费报销。

（3）门诊统筹待遇:参保居民在选定的社区（乡镇）卫生服务机构门诊就医时享受医疗费报销。

（4）生育医疗待遇：符合国家计划生育政策的参保居民，在生育定点医疗机构住院分娩发生的生育医疗费用可按规定报销。

十一、住院就医是否有支付限额？

所有参加城乡居民基本医疗保险的参保人员，均由乌鲁木齐市社会保险管理局为其投保了大病医疗保险，投保后参保居民当年住院待遇不设最高支付限额，即住院报销金额不设上限。

城乡居民年度内住院基本医疗保险上限9万元，年度内累计个人负担合规医疗费用超1.5万元（含1.5万元）后启动城乡居民大病保险。1.5至5万元以下（含5万元）的部分支付比例为50%，5至10万元（含10万元）部分支付比例为55%，10至20万元（含20万元）部分支付比例为60%，20万元以上部分支付比例为65%，不设最高支付限额，即住院报销金额不设上限。

十二、参保居民就诊就医有何规定？

参保居民就诊就医执行“社区首诊，逐级转诊”的就医原则，即参保人员在就医时应前往参保时选择的（1-2家）社区乡（镇）村卫生服务站（中心院），因病情需要的，由首诊医院备案后转往高一级医院就医。参保人员应持本人社会保障卡就医结算，享受城乡居民基本医疗保险待遇。

十三、如何选择首诊定点医疗机构？

参保居民办理参保手续时，本着方便就医的原则，在我市公布的城乡居民基本医疗保险定点社区卫生服务中心（站）和乡（镇）卫生院，选择1至2家作为就医首诊医疗机构。首诊定点医疗机构一经选定，在一个自然年度内原则上不作变更，因住址变动等原因需要变更的，于每年12月到参保所在社区（村队）劳动保障站办理变更手续。

十四、参保居民如何享受住院医疗待遇？

参保居民就诊就医应执行“社区首诊，逐级转诊”的就医原则，并持本人社会保障卡就医结算，享受城乡居民基本医疗保险待遇。参保居民住院医疗费用超过起付标准以上的部分按“分级支付”的原则支付。医疗费用由参保人员持卡与就医地定点医疗机构直接结算，并只支付属参保人员个人支付的费用。

统筹基金支付金额=（住院总费用-自费费用-先行自付费用-起付标准）×统筹基金支付比例。其中自费费用是指医保《三大目录》范围以外的药品、诊疗项目及超标服务设施的费用。先行自付费用是指需参保人员先行自付一部分费用后，即乙类药品先行自付10%的费用和部分准予支付的诊疗项目先行自付15%或20%的费用。

定点医疗机构统筹基金分级支付报销比例如下：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构等级 | 首次起付标准（个人支付） | 统筹基金支付比例 | 个人自付比例 |
| 三级 | 600 | 55% | 45% |
| 二级 | 300 | 70% | 30% |
| 一级 | 200 | 85% | 15% |
| 乡（镇）卫生院 | 80 | 90% | 10% |

在一个自然年度内累计个人负担合规医疗费用1.5万元以上（含1.5万元）的部分按照城乡居民大病保险政策报销支付。

十五、城乡居民如何享受大病保险待遇？

城乡居民在一个年度内发生的住院医疗费用，按基本医疗保险规定支付后，其个人累计负担的合规医疗费用超过城乡居民大病保险起付标准的部分，由城乡居民大病保险按比例给予支付。医疗费用由参保人员持卡与就医地定点医疗机构直接结算，并只支付属参保人员个人支付的费用。

十六、城乡居民门诊慢性病都有哪些病种？

城乡居民门诊慢性病病种及分类是：

一类病种范围为：糖尿病（Ⅱ型）、高血压（Ⅱ期及以上）、脑出血及脑梗塞恢复期、肺心病、风湿性心脏病、类风湿关节炎、冠心病、精神病、克汀病、结核病、包虫病、布鲁氏杆菌病。

二类病种范围为：恶性肿瘤、肾功能衰竭、器官移植后的抗排异治疗和白血病。(其中新增10种慢性病病种)

十七、城乡居民门诊慢性病医疗待遇是如何规定的？

城乡居民基本医疗保险门诊慢性病病种在一个自然年度内的门诊治疗，实行统筹基金最高支付限额管理。也就是说，参保居民因某一门诊慢性病在门诊就医，报销费用年度内累计金额超过一定限额后，就需要全额自付。从下一个自然年度开始，各病种额度重新计算并享受相应待遇。一类慢性病年度内统筹基金最高支付限额共计为2000元，二类慢性病年度内统筹基金最高支付限额按病种各4000元。城乡居民门诊慢性病就医时，发生的符合规定的医疗费用，每次个人自付门诊起付标准10元后，由统筹基金按60%的比例支付。

十八、门诊慢性病如何就医？

患门诊慢性病的参保居民需在本人选定的具有城乡居民基本医疗保险门诊慢性病治疗资格的定点医疗机构门诊就医。就医时，必须同时出具《门诊慢性病治疗登记簿》、本人有效身份证件及社会保障卡。

十九、城乡居民基本医疗保险门诊统筹医疗待遇是如何规定的？

参保的城乡居民在选定的社区卫生服务机构门诊就医时,符合《新疆维吾尔自治区城乡职工基本医疗保险和工伤保险药品目录》、《新疆维吾尔自治区城乡职工基本医疗保险诊疗项目及医疗服务设施目录》的医疗费用，统筹基金支付比例为50%，每次门诊起付标准为10元，单次门诊统筹支付限额（含一般诊疗费）为50元。年度内统筹基金最高支付限额为500元。

二十、参保居民生育待遇如何享受？

符合国家计划生育政策，在生育定点医疗机构住院分娩的参保居民。其生育医疗费用纳入城乡居民基本医疗保险基金支付范围，实行定额包干支付：顺产支付1000元、剖宫产支付1750元。

二十一、是不是所有的医疗费用都可以享受医保报销待遇？

参保居民在普通门诊、门诊慢性病或住院时发生的费用，列入医保范围的项目才能按规定予以报销。基本医疗保险的范围是指自治区《药品目录》、《诊疗项目目录》及《医疗服务设施标准》（简称“三大目录”）。超出三大目录范围的项目，称为丙类自费项目，基本医疗保险不予报销。

“三大目录”项目列入医保支付范围的比例见下表：



注：服务设施项目中床位费、采暖费等在目录价格标准内的，按照基本医疗保险的报销比例支付，超标准的部分由个人自付。床位费标准为：三级医疗机构11元/天；二级医疗机构9元/天；一级医疗机构7元/天，采暖费标准为2元/天（限新疆采暖期内）。

二十二、什么是城乡居民基本医疗保险住院起付线？

基本医疗保险的住院起付线，俗称“门槛费”，是“基本医疗保障”住院的起付标准。按照“医保基金与参保个人共同负担住院医疗费”的原则，参保居民在定点医疗机构实际发生的属于基本医疗保险“三大目录”范围内的住院医疗费，自己要先承担一部分后，医保基金才按规定比例支付。这个个人先承担的住院医疗费数额标准，就是参保人员住院医疗费的“起付线”。

城乡居民基本医疗保险住院起付线收取标准，按照定点医疗机构的不同等级而有所区别。具体标准为：乡（镇）卫生院80元、一级（含社区卫生服务中心）200元、二级医疗机构300元、三级医疗机构600元。参保居民在一个自然年度内（每年1月1日至同年12月31日，跨年度住院治疗的，以入院时间为准）多次住院，同等级的医疗机构不再收取起付线，在不同等级医疗机构分别住院的，按不同等级医疗机构收取起付标准。

举例：参保居民李某，2016年度第1次在一级医疗机构住院，第2次在三级医院住院，起付线收取标准如下：

该人员第1次在一级医疗机构住院，收取住院起付线200元；第2次属于在不同等级的医疗机构首次住院，此次住院起付线为600元。

城乡居民年度内住院基本医疗保险上限9万元。

二十三、患有门诊慢性病的参保居民该如何办理《门诊慢性病治疗登记簿》？

（一）申办：参保居民患病确需门诊慢性病治疗的，到具有特殊慢性病诊断资格的定点医疗机构领取《基本医疗保险参保人员门诊特殊慢性病诊断报告单》（以下简称《报告单》），由指定的专科医师填写并进行治疗诊断，科室主任审核签字。

（二）初审：参保居民按医疗机构规定的时间携带《报告单》、社会保险卡、一寸照片2张、身份证和既往病史资料（住院病历复印件及检查、检验报告单原件）送定点医疗机构医保办公室审核。审核通过的，由医保办公室在《报告单》上签署意见并签章，录入慢性病信息。

（三）申报：定点医疗机构医保办公室将初审通过的资料统一汇集，并建立初审名册，携带上述材料按规定办理期报送到市社会保险管理局医药定点单位管理科。

（四）鉴定：市社会保险管理局医疗专家组负责门诊特殊慢性病的审定工作，审定通过者，审核确认慢性病备案信息；审定未通过者，参保人到指定的定点医疗机构进行复查，符合病种诊断标准的，可再次按申办程序进行申报。

（五）核发：审定完成后，申报资料由提交的医疗机构存档。诊断定点医疗机构在医院对审定通过者公示，公式无异议的，参保人员携带一寸照片1张、身份证（或社会保障卡），到就近社会保险管理分局核发《城乡基本医疗保险门诊慢性病治疗登记薄》，增加病种的换取《登记薄》首页。

二十四、已办理了《门诊慢性病治疗登记簿》，如果要新增加门诊慢性病病种如何办理？

如果办理了《门诊慢性病治疗登记簿》，需要新增加门诊慢性病病种的按照新办理病种的手续办理，核发时需携带《城乡基本医疗保险门诊慢性病治疗登记薄》到就近的区（县）社会保险管理分局换发《登记薄》首页。

二十五、《门诊慢性病治疗登记簿》用完后如何换发？丢失后如何补办？

换发方式：参保居民持用完的旧簿、一张一寸照片及社会保障卡到就近的各区（县）社会保险管理分局更换新簿。

补办方式：参保居民需持本人申请、一张一寸照片、身份证及社会保障卡到就近的区（县）社会保险管理分局办理补发手续。

二十六、参保居民突发疾病，急诊治疗如何享受医疗保险待遇？

城乡居民医疗保险参保人员突发疾病，经急诊诊治转入住院治疗的，其符合急诊救治的医疗费用并入住院费用一并结算。

二十七、参保居民在外地发生的医疗费用能否报销？

本地不能诊断和治疗的疾病，经批准转外地诊断、治疗的，统筹基金予以支付；未经批准在外地医疗机构发生的住院医疗费用和在本市非定点医疗机构发生的住院医疗费用，统筹基金不予支付。

因下列情形发生的外地医疗费用可予以报销：

（一）城乡居民在定点医疗机构门诊慢性病就医费用；

（二）因探亲、旅游、学习等突发疾病急诊住院治疗的；

（三）经批准转外地（住院）诊断、治疗的；

（四）因急症、危症不能到定点医疗机构就诊、住院，在就近医疗机构就诊、住院的；

（五）其他符合规定的由城乡居民先行垫付的医疗保险费用。

二十八、异地发生的医疗费，报销时需提供哪些资料？如何办理？

异地住院医疗费需先由本人使用现金垫付，待出院结算后三个月内持住院发票及相关资料到市社会保险管理局医疗保险待遇支付科申请报销。报销时需携带以下资料：

1、定点医疗机构正式发票原件（有财政监制章）；

2、住院病历复印件（包括病历首页、出院记录、入院记录、长期医嘱、临时医嘱、检查化验报告单，以上项目缺一不可），须加盖医疗机构病历复印章（住院病历存放处复印）；

3、出院证或出院小结或住院疾病诊断证明书原件（须加盖医疗机构专用章，加盖“住院病历复印章”的不予受理）；

4、医疗费用汇总明细清单(①住院日清单不予受理；②西药、中草药、中成药、诊疗项目、床位费等项目均须有单价）；

5、发生费用参保人员身份证复印件、社会保障卡复印件；申报人身份证原件及复印件；

6、特殊情况需要提供的其他证明材料；

7、未办理过社会保险代付代缴申报的，还需提供能办理乌鲁木齐市代缴社会保险费、代付社会保险待遇协议银行卡《现金业务凭单》。

注意事项：申报资料上的姓名、年龄、身份证号等基本信息要求与社会保障卡的基本信息一致。

二十九、城乡居民基本医疗保险不予支付的医疗费用有哪些？

（一）应当从工伤保险基金中支付的；

（二）应当由第三人负担的；

（三）由公共卫生负担的；

（四）在国外或港澳台地区就医的；

（五）按有关规定不予支付的其它情形。

三十、居民大病待遇计算案例

案例描述：①某人年度内首次住院（三级医院），总费用3万元，该人此次住院自费药品有1000元，乙类药品有2万元。

基本医疗保险报销支付额：{30000元（总费用）-1000元（自费药品金额）-20000元（乙类药品金额）\*0.1（乙类药品自付比例）-600（三级医院起付线）}\*0.55（三级医院报销比例）=14520元。

② 案例描述：首次住院15万元，直接进入大病

某人年度内首次住院（三级医院），总费用15万元，该人此次住院自费药品有1000元，乙类药品有2万元。

基本医疗保险报销支付额：{90000元（基本医疗保险最高支付限额）-20000元（乙类药品金额）\*0.1（乙类药品自付比例）-600（三级医院起付线）}×0.55（三级医院报销比例）=48070元。

因年度大病合规累加费用已达到10-20万段，所以按10-20万段所对应比例60%报销。

大病报销支付额：{150000（总费用）-48070（基本医疗保险报销支付金额）-1000元（自费药品金额）-15000元（大病起付线）}×0.6(大病报销比例)=51558元。

合计报销金额：48070（基本医疗保险报销支付金额）+51558（大病报销支付金额）=99628元。

③ 案例描述：进入大病后，再次住院

某人年度内基于案例②中所描述住院后，又再次住院（三级医院），总费用8万元，该人此次住院自费药品有1000元，乙类药品有2万元。

因年度大病合规累加费用已达到10-20万段，所以此次进入大病费用按10-20万段所对应比例60%报销。

大病报销支付：{80000元（总费用）-1000元（自费药品金额）}×0.6(大病报销比例)=47400元。

三十一、参保缴费后如何申领社会保障卡？

参保人员或代理人在办理参保缴费后，可自行选择承办社会保障卡银行，并在该银行网点社会保障卡服务窗口申请办理社会保障卡。

申请时参保人员或代理人需填写《社会保障卡发行承办银行意向表》、《新疆维吾尔自治区社会保障卡业务受理单》（一式三份），同时附参保人员有效身份证件及复印件（委托他人代理的，代理人需同时提供本人及参保人有效身份证件原件和复印件）交申办银行柜面申领。

三十二、申领社会保障卡后是否能及时领取？

社会保障卡制卡周期约为3个月，参保人员可随时登录新疆维吾尔自治区人力资源和社会保障厅网http://www.xjrs.gov.cn、乌鲁木齐市人力资源和社会保障网http://wlmq.xjrs.gov.cn、红山网http://www.hongshannet.cn查看制卡情况，经查询已完成制卡的,在核实社会保障卡详细领取地点后前往合作银行办理领卡、激活手续。

三十三、参保人员如何领取社会保障卡？

领卡时需由参保人持有效身份证件原件及复印件、《新疆维吾尔自治区社会保障卡业务受理单》第三联领取社会保障卡（委托他人代理的，代理人需同时提供本人及参保人有效身份证件原件和复印件）。发卡银行工作人员在核对信息无误后，为参保人办理发卡和社保功能及金融功能的激活。

为保障参保人员今后能正常使用社会保障卡金融账户缴纳社会保险费、领取社会保险待遇，参保人应在社会保障卡激活后，在银行柜面领取并填写《启用社会保障卡代缴代付功能同意书》或《参保个人缴纳社会保险费和领取社会保险待遇（代缴代付）申报表》启用社会保障卡代缴代付功能。

三十四、社会保障卡丢失后如何挂失？

社会保障卡如发生丢失，需及时办理挂失手续。社会保障卡挂失分为口头挂失和书面挂失两种：

（一）口头挂失

参保人社会保障卡遗失后，可先拨打人力资源社会保障12333咨询服务电话挂失社会保障卡的社保功能或直接拨打发卡银行公布的客服电话同时挂失社会保障功能和金融功能。口头挂失时参保人需提供姓名、身份证号供工作人员确认后方可办理口头挂失手续。

（二）书面挂失

口头挂失后，参保人确认社会保障卡丢失的需尽快到发卡银行办理书面挂失手续。书面挂失时参保人需持有效身份证件及复印件（委托他人代理的，还应当提供代理人有效身份证件原件及持卡人有效身份证件原件），到发卡银行柜面填写《新疆维吾尔自治区社会保障卡业务受理单》办理书面挂失手续。办理书面挂失后，不能再办理撤销挂失业务（解挂）。

三十五、社会保障卡口头挂失后又找到，如何办理解挂？

口头挂失后但未办理书面挂失的，如社会保障卡找回，持卡人需持有效身份证件及复印件到卡面标识合作银行网点填写《新疆维吾尔自治区社会保障卡业务受理单》办理社会保障卡“解挂”手续。解除挂失后社会保障卡即可恢复使用。

三十六、在乌鲁木齐市参保后，是否能使用疆内其他地州发放的社会保障卡就医？

社会保险关系在自治区范围内跨地区转移时不需要重新申领社会保障卡。只需到新参保地办理人员关系转移业务后，再到卡面标识合作银行重置卡内社保信息即可在乌鲁木齐市正常使用社会保障功能，社会保障卡金融信息不变。

社会保险关系全国跨省（市、自治区）转移，需按社会保障卡相关规定办理。

三十七、社会保障卡是否有使用密码？如何变更？

社会保障卡有社保账户和金融账户可分别设置密码。持卡人可到合作银行营业网点、银行自助服务终端或定点医疗机构修改社保账户密码和金融账户密码。参保人领取社会保障卡后应及时修改密码，以保证账户安全。

三十八、制卡过程中如何使用社会保障卡要就医？

由于社会保障卡新办、遗失、损坏等原因，已办理了社会保障卡新增、补卡、换卡业务但还未领取到社会保障卡的参保个人，需要在参保地就诊就医或转诊转院至上级定点医疗机构的，可到社会保障卡申领银行指定网点，申领临时社会保障卡。临时卡使用期限为60天。使用期到期后如需延续的，参保本人或代理人需至发卡银行办理延续手续，一个延续周期为60天。

在您参保、缴费和使用社会保障卡过程中遇到其他疑问，可致电人力资源和社会保障局业务咨询电话8812333，我们将竭诚为您服务。