452036030W02

住院费用报销

服务指南

XXXX年X月X日发布 XXXX年X月X日实施

XXXX（发布单位全称） 发 布

1. 事项编码

452036030W02

1. 适用范围

参保人员符合享受基本医疗保险待遇条件属基本医疗保险支付范围的医疗费用。

1. 事项类别

公共服务

1. 设立依据

《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》；国务院《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3号）；《广西壮族自治区人力资源和社会保障厅关于印发广西基本医疗保险就医管理暂行办法的通知》（桂人社发〔2017〕6号）

1. 受理机构

各级医保经办机构

1. 决定机构

各级医保经办机构

1. 办理条件
2. 准予批准的条件：

符合享受基本医疗保险待遇条件

1. 不予批准的情形：

不符合享受基本医疗保险待遇条件

1. 其他需要说明的情形：

无

1. 申办材料

申请人把下列申请资料（文件、物品）送交办理窗口：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 提交材料名称 | 原件/复印件 | 份数 | 纸质/电子版 | 特定要求 |
| 1 | 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡（委托他人办理的，还需提供代办人身份证） | 原件或复印件 | 1 | 纸质/  电子版 | 无 |
| 2 | 《广西基本医疗保险医疗费用申报表》 | 原件 | 1 | 纸质 | 无 |
| 3 | 医疗费用发票 | 原件 | 1 | 纸质 | 发票丢失的，可提供发票存根复印件并加盖医疗机构财务章，同时签署承诺书 |
| 4 | 与医疗费用发票对应的费用结算清单 | 原件 | 1 | 纸质 | 无 |
| 5 | 有诊疗经过描述的诊断证明或出院记录，急诊留观费用提供急诊诊断证明或急诊留观病历 | 复印件 | 1 | 纸质 | 无 |
| 6 | 参保人本人银行账户 | 复印件 | 1 | 纸质 | 如无法提供的，可提供参保人员直系亲属的银行账户及双方关系佐证材料或承诺书（承诺书原件） |

注：

1.如涉及意外伤害的，需提供交警事故认定书、法院判决书、调解协议书等公检法部门出具的相关证明材料复印件一份，无法提供的应填写意外伤害就医个人承诺书（承诺书原件）。

2.申报的新生儿医疗费用清单姓名与参保登记姓名不一致的，需提供出生医学证明复印件。

3.城乡居民生育医疗费用报销提供生育登记材料复印件或用结婚证复印件及《符合生育政策承诺书》原件替代；流（引）产、计划生育医疗费用报销提供结婚证复印件。

生育登记材料、出生医学证明、结婚证能通过自治区共享数据交换平台获取的免于提供。

1. 办理方式

（一）各定点医疗机构直接结算；

（二）窗口受理：直接到各级医保经办窗口提交申请材料。

1. 办理流程
2. 流程图

在医保经办机构申报：

|  |
| --- |
| 接收提交的材料  （即时） |
|  |
| 做出受理决定  (1个工作日) |
|  |
| 审核  (12个工作日) |
|  |
| 待遇拨付  (7个工作日) |
|  |
| 结果反馈  （即时） |

在定点医疗机构直接结算：

|  |
| --- |
| 受理  （即时） |
|  |
| 结算  (即时) |
|  |
| 结果反馈  （即时） |

（二）办理程序

1.受理

2.审核

3.拨付

1. 办理时限
2. 法定时限

30个工作日

1. 承诺时限

20个工作日

1. 收费依据及标准
2. 收费项目

无

1. 收费依据

无

（三）收费标准

无

1. 结果送达

1.发送短信通知；

2.扫描业务受理回执单上的二维码查询；

3.自助一体机查询打印；

4.登录广西数字政务一体化平台（http://zwfw.gxzf.gov.cn/）或广西壮族自治区医保网上服务大厅（https://ybwt.ybj.gxzf.gov.cn/web/hallEnter/#/Index）查询；

5.窗口自取；

6.邮寄。

1. 咨询方式
2. 现场咨询

各级医保经办机构服务窗口

1. 电话咨询

12345

1. 网上咨询

各级医保部门官方网站

1. 监督投诉渠道
2. 现场监督投诉

各级医保经办机构服务窗口

1. 电话监督投诉

各级医保部门监督投诉电话

1. 网上监督投诉

各级医保部门官方网站

1. 办理地址和时间

地址：XX市XX区（市、县）XX路XX号XX服务大厅XX-XX号窗口

时间：周X至周X 上午XX：XX-XX:XX 下午XX：XX-XX:XX

1. 办理进程和结果查询
2. 办理进程查询方式

1.现场查询

各级医保经办机构服务窗口

2.电话查询

各级医保经办机构查询电话

3.网上查询

微信扫描受理单二维码查询；登录广西数字政务一体化平台（http://zwfw.gxzf.gov.cn/）或广西壮族自治区医保网上服务大厅（https://ybwt.ybj.gxzf.gov.cn/web/hallEnter/#/Index）查询。

1. 结果公开查询方式

1.现场查询

各级医保经办机构服务窗口

2.电话查询

各级医保经办机构查询电话

3.网上查询

微信扫描受理单二维码查询；登录广西数字政务一体化平台（http://zwfw.gxzf.gov.cn/）或广西壮族自治区医保网上服务大厅（https://ybwt.ybj.gxzf.gov.cn/web/hallEnter/#/Index）查询。

申请表

广西基本医疗保险医疗费用申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 险 种 | | □职工 □城乡居民 | |
| 身份证号码 |  | | | 个人编号 | |  | |
| 参 保 地 |  | | | 申报类型 | | □本人申报 □委托代办 | |
| 医疗类别 | □门（急）诊医疗费用  □急诊留观医疗费用  □门诊特殊慢性病医疗费用  □住院医疗费用 | | | | | | |
| 银行帐号信息 | 银行帐号 | |  | | | | |
| 开 户 名 | |  | | | | |
| 开户名身份证号码 | |  | | | | |
| 开 户 行 | |  | | | | |
| 是否使用医保个人账户结算 | | □是 □否 | | | | | |
| 联系电话1 |  | | | | 联系电话2 | |  |
| **温馨提示**  一、如所提交材料另有用途，请自行复印备用。  二、涉及意外伤害诊治的医疗费用，需提供需提供交警事故认定书、法院判决书、调解协议书等公检法部门出具的相关证明材料，无法提供的应填写意外伤害就医个人承诺书。  三、每年1月1日至12月31日为一个结算年度,跨年度申报费用的，按申报年度政策待遇结算。  本人/被委托人签名：  年 月 日 | | | | | | | |

广西基本医疗保险医疗费用申报表

（样表）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 张三 | | | 险 种 | | ☑职工 □城乡居民 | |
| 身份证号码 | 450XXXXXXXXXXXXXXX | | | 个人编号 | | XXXXXXXXXX | |
| 参 保 地 | 自治区本级 | | | 申报类型 | | ☑本人申报 □委托代办 | |
| 医疗类别 | □门（急）诊医疗费用  □急诊留观医疗费用  □门诊特殊慢性病医疗费用  ☑住院医疗费用 | | | | | | |
| 银行帐号信息 | 银行帐号 | | 622XXXXXXXXXXXXX | | | | |
| 开 户 名 | | 张三 | | | | |
| 开户名身份证号码 | | 450XXXXXXXXXXXXXXX | | | | |
| 开 户 行 | | XX银行XX支行 | | | | |
| 是否使用医保个人账户结算 | | ☑是 □否 | | | | | |
| 联系电话1 | 137XXXXXXXX | | | | 联系电话2 | |  |
| **温馨提示**  一、如所提交材料另有用途，请自行复印备用。  二、涉及意外伤害诊治的医疗费用，需提供需提供交警事故认定书、法院判决书、调解协议书等公检法部门出具的相关证明材料，无法提供的应填写意外伤害就医个人承诺书。  三、每年1月1日至12月31日为一个结算年度,跨年度申报费用的，按申报年度政策待遇结算。  本人/被委托人签名： 张三  20XX年XX月XX日 | | | | | | | |

个人承诺书

（经办机构名称）：

本人 (身份证号 ), 办理 业务，由于个人原因，丢失以下发票原件，共 张：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **发票名称** | **发票金额** | **发票日期** | **发票号** | **备注** |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |

本人保证本次医疗费用未享受医疗保险待遇，所述信息真实、准确、完整、有效，由此产生的一切法律责任均由本人承担。

联系电话：

通讯地址：

承诺人（签名、指印）：

年 月 日

个人承诺书

（填写示范文本）

XX医保中心（经办机构名称）：

本人 张三 (身份证号 450XXXXXXXXXXXXXXX ), 办理 住院费用报销 业务，由于个人原因，丢失以下发票原件，共 1 张：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **发票名称** | **发票金额** | **发票日期** | **发票号** | **备注** |
| 1 | XX省医疗收费票据 | XXX.XX | 20XX年XX月X日 | XXXXXXX |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |

本人保证本次医疗费用未享受医疗保险待遇，所述信息真实、准确、完整、有效，由此产生的一切法律责任均由本人承担。

联系电话：137XXXXXXXX

通讯地址：XX省XX市XX街道XXX号

承诺人（签名、指印）： 张三

20XX年XX月XX日

个人承诺书样式

符合生育政策承诺书

医保中心：

本人 ，身份证号 ,

工作单位或户籍地 ，结婚登记日期 ，现办理城乡居民生育医疗费用报销，本人承诺该孩次符合国家、自治区生育政策规定。

以上情况属实，如不属实，愿承担相应的法律责任，并退回医保基金支付费用。

联系电话：

通讯方式：

承诺人： （加盖手印）

年 月 日

个人承诺书样式

符合生育政策承诺书

（填写示范文本）

XXXX 医保中心：

本人 张三 ，身份证号 450XXXXXXXXXXXXXXX ,

工作单位或户籍地 XXXXX ，结婚登记日期 20XX年 X 月 X 日 ，现办理城乡居民生育医疗费用报销，本人承诺该孩次符合国家、自治区生育政策规定。

以上情况属实，如不属实，愿承担相应的法律责任，并退回医保基金支付费用。

联系电话：137XXXXXXXX

通讯方式：XX省XX市XX街道XXX号

承诺人： 张三 （加盖手印）

20XX年 XX月XX日

**授权委托书**

委托人姓名： 性别： 身份证： 电话：

受委托人姓名： 性别： 身份证： 电话：

因 ，不能亲自办理 相关手续，特委托 作为我的合法代理人，全权代表我办理相关事项，对受委托人在办理上述事项过程中所签署的有关材料，本人均予以认可，并承担相应的法律责任。

委托有效期限：从该委托事项受理之日起至办结之日止。

委 托 人 签名 ： （按手印） 年 月 日

受委托人签名 ： （按手印） 年 月 日

**备注：** 须携带受委托人身份证原件或复印件一份

**授权委托书**

（填写示范文本）

委托人姓名： 张三 性别： 男 身份证： 4501231972XXXXXXXX 电话： 136XXXXXXXX

受委托人姓名： 李四 性别： 男 身份证：4501231989XXXXXXXX 电话： 138XXXXXXXX

本人因 身体原因 ，不能亲自办理 住院费用报销 相关手续，特委托 李四 作为我的合法代理人，全权代表我办理相关事项，对受委托人在办理上述事项过程中所签署的有关材料，本人均予以认可，并承担相应的法律责任。

委托有效期限：从该委托事项受理之日起至办结之日止。

委 托 人 签名 ： 张三 （按手印） 202X 年 X 月 X 日

受委托人签名 ： 李四 （按手印） 202X 年 X 月 X 日

**备注：** 须携带受委托人身份证原件或复印件一份

常见错误示例

1.申请表未签名。

2.只提供发票复印件，未提供发票原件。

3.未提供发票对应的清单。

常见问题解答

1.问：一般多长时间可以办完报销手续？

答：承诺20个工作日办结。

2.问：收费标准及依据是什么？

答：办理此事项不收费。

3.问：票据遗失怎么办？

答：发票丢失的，可提供发票存根复印件并加盖医疗机构财务章，同时签署承诺书。