452036030W01

门诊费用报销

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

452036030W01

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

1.《中华人民共和国社会保险法》（主席令第35号）第二十八条、第三十条；

2.《社会保险经办条例》（国务院令第765号）第二十条；

3.《广西壮族自治区医疗保障局关于印发广西基本医疗保险就医管理暂行办法的通知》（桂医保规〔2022〕4号）第十一条。

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

（一）医保经办窗口办理：

| 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和授权委托书） | 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 | 医疗费用发票报销联或电子医疗费用发票打印件 | 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明细清单或电子清单打印件 | 原件 | 1 | 纸质 | 需盖有医疗机构相关业务章 |
| 5 | 门诊费用提供门诊病历或疾病诊断证明书；门诊特殊慢性病和门诊单列统筹特殊药品费用提供处方或有药品用法用量记录的门诊病历；辅助生殖类医疗服务项目费用提供有治疗记录的门诊病历；急诊抢救费用提供急诊抢救病历资料 | 原件或复印件 | 1 | 纸质 | 疾病诊断证明、外配处方需提供加盖医疗机构相关业务章的原件，报销特殊药品费用时按需提供特殊药品申请表 |
| 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复印件或承诺书原件 |
| 7 | 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，无法提供且符合医保支付范围的应填写外伤无第三方责任承诺书，视情况提供首次就诊记录、120出诊记录 | 病历复印件；证明材料复印件和承诺书原件 | 1 | 纸质 | 涉及意外伤害的需提供有病情描述的门诊病历、出诊记录，有住院治疗者还需提供有诊疗经过描述的住院病历，以上病历均需加盖医疗机构相关业务章 |
| 8 | 学校出具的意外受伤情况说明（内容包括意外伤害发生的时间、地点、经过、就诊时间及医院）。 | 原件 | 1 | 纸质 | 在校学生报销门诊意外伤害费用的需提供 |

备注：特殊情况、使用的医疗服务项目、药品在医保目录中有限定支付范围的，可以要求提供病历中对应的佐证资料。

1. 网上申报：

上传以上材料的原件图片或PDF文件，电子医疗费用发票需上传原件。

1. 办理方式

（一）各定点医疗机构直接结算；

（二）窗口受理：到各级医保经办窗口提交申请材料；

（三）网上申报：进入广西数字政务一体化平台（http://zwfw.gxzf.gov.cn/）、广西医疗保障网上服务大厅（https://ybwt.ybj.gxzf.gov.cn/）、广西医保APP、广西医保微信公众号、广西医保微信小程序申报（涉及意外伤害等特殊情形需窗口办理）。

1. 办理流程

（一）办理流程图

|  |
| --- |
| 申请（即时） |
|  |
| 受理(1个工作日) |
|  |
| 审核(12个工作日) |
|  |
| 拨付(7个工作日) |
|  |
| 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/）、广西医疗保障网上服务大厅（https://ybwt.ybj.gxzf.gov.cn/）、广西医保APP、广西医保微信公众号、广西医保微信小程序查询；

5.窗口自取。

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

窗口办理的：微信扫描受理单二维码查询

网上办理的：通过原办理渠道查询

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

窗口办理的：微信扫描受理单二维码查询

网上办理的：通过原办理渠道查询

附件1

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 |  | | | | | | |
| 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  □门诊单列统筹特殊药品医疗费用  □辅助生殖项目门诊费用  □住院医疗费用 | | | | | | |
| 银行账号信息 | 银行账号 | |  | | | | |
| 开 户 行 | |  | | | | |
| 开 户 名 | |  | | | | |
| 开户名身份证号码 | |  | | | | |
| 是否使用医保个人账户结算 | | □是 □否 (未勾选的，默认使用） | | | | | |
| 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，无法提供且符合医保支付范围的应填写外伤无第三方责任承诺书，视情况提供首次就诊记录、120出诊记录。  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。  **四、申请人对所提交材料的真实性负责，提交申请视为已承诺未重复享受基本医疗保险和生育保险报销。以虚构劳动关系、伪造证明材料或者其他手段骗取基本医疗保险待遇和生育保险待遇的，属于刑法第二百六十六条规定的诈骗公私财物的行为，将依法追究刑事责任。**  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 | | | | | | |
| 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  □门诊单列统筹特殊药品医疗费用  □辅助生殖项目门诊费用  □住院医疗费用 | | | | | | |
| 银行账号信息 | 银行账号 | | 622XXXXXXXXXXXXX | | | | |
| 开 户 行 | | XX银行XX支行 | | | | |
| 开 户 名 | | 张 三 | | | | |
| 开户名身份证号码 | | 450XXXXXXXXXXXXXXX | | | | |
| 是否使用医保个人账户结算 | | ☑是 □否 (未勾选的，默认使用） | | | | | |
| 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，无法提供且符合医保支付范围的应填写外伤无第三方责任承诺书，视情况提供首次就诊记录、120出诊记录。  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。  **四、申请人对所提交材料的真实性负责，提交申请视为已承诺未重复享受基本医疗保险和生育保险报销。以虚构劳动关系、伪造证明材料或者其他手段骗取基本医疗保险待遇和生育保险待遇的，属于刑法第二百六十六条规定的诈骗公私财物的行为，将依法追究刑事责任。**  本人/被委托人签名：张三  20XX年XX月XX日 | | | | | | | |

附件2

外伤无第三方责任承诺书

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 承诺人 |  | 联系电话 |  |
| 证件类型 |  | 证件号码 |  |
| 承诺事项 | 外伤无第三方责任 | | |
| 承诺内容：  本人同意授权 医保经办机构通过信息共享方式查询本人与办理医保业务相关的信息，承诺所提供材料均为真实合法，符合办理业务条件，如伪造材料或以任何方式骗取医疗保险待遇的，本人愿意承担一切后果;**同意 医保经办机构将本人虚假行为上报和纳入信用管理体系，**并就本次办理业务的其他承诺内容陈述如下：  **本人于 年 月 日 时在 (地点)发生 (外伤经过)。现承诺本次意外受伤与第三方责任或工伤责任无关，如与第三方责任或工伤责任有关，则将已享受的医保待遇全额退回医保，并承担相应的法律责任。**  **温馨提示：**  **1.反欺诈法律提示：以虚构劳动关系、伪造证明材料或者其他手段骗取基本医疗保险待遇和生育保险待遇的，属于刑法第二百六十六条规定的诈骗公私财物的行为，将依法追究刑事责任。**  **2.此表可现场填写，由承诺人本人手写签名，患者本人无法签字的由其近亲属代签，并填写身份证号码和联系方式。**      承诺人(签名):  日 期 ： 年 月 日 | | | |

外伤无第三方责任承诺书（样表）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 承诺人 | 张三 | 联系电话 | 137XXXXXXXX |
| 证件类型 | 居民身份证（户口簿） | 证件号码 | 450XXXXXXXXXXXXXXX |
| 承诺事项 | 外伤无第三方责任 | | |
| 承诺内容：  本人同意授权 广西 医保经办机构通过信息共享方式查询本人与办理医保业务相关的信息，承诺所提供材料均为真实合法，符合办理业务条件，如伪造材料或以任何方式骗取医疗保险待遇的，本人愿意承担一切后果;**同意 广西 医保经办机构将本人虚假行为上报和纳入信用管理体系，**并就本次办理业务的其他承诺内容陈述如下：  **本人于 20XX 年 XX月 XX 日 XXXXXXXX XX (地点)发生 XXXXXX XX XXXXXX (外伤经过)。现承诺本次意外受伤与第三方责任或工伤责任无关，如与第三方责任或工伤责任有关，则将已享受的医保待遇全额退回医保，并承担相应的法律责任。**  **温馨提示：**  **1.反欺诈法律提示：以虚构劳动关系、伪造证明材料或者其他手段骗取基本医疗保险待遇和生育保险待遇的，属于刑法第二百六十六条规定的诈骗公私财物的行为，将依法追究刑事责任。**  **2.此表可现场填写，由承诺人本人手写签名，患者本人无法签字的由其近亲属代签，并填写身份证号码和联系方式。**    承诺人(签名):张三  日 期 ： 20XX年XX月XX日 | | | |

附件3

个人承诺书

（经办机构名称）：

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

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（样表）

XX医保中心（经办机构名称）：

本人 张三 (身份证号 450XXXXXXXXXXXXXXX ), 办理 门诊费用报销 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

附件4

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：**

**本人因 原因，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（样表）

**委托人姓名： 张三 性别： 男 身份证：4501231972XXXXXXX 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 门诊费用报销相关手续，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**

附件5

广西基本医疗保险特殊药品使用申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 联系 电话 |  |
| 身份号码 |  | | | | |
| 险种 | □城镇职工  （□在职、 □退休）  □城乡居民 | | 疾病诊断 |  | |
| 本次申请  用药情形 | **□门诊特殊慢性病治疗使用，已取得门诊特殊慢性病待遇**  病种名称：□M00500恶性肿瘤门诊治疗 □M06700银屑病  □M01501 原发性免疫性血小板减少症 □M01102 再生障碍性贫血  **□门诊治疗中使用（特殊药品单列门诊统筹）** | | | | |
| 定点治疗医疗机构 |  | | 定点取药  药店 |  | |
| 本人承诺所提交的材料真实合法，如有虚假，承担相关责任。  承诺人：  年 月 日 | | | | | |
| 药品名称 |  | | | | |
| 药品规格 |  | | 每月药量 |  | |
| 病情摘要（注明使用此药的必备检查或检验项目结果）：    用法用量、疗程：  医师： 责任医师：  年 月 日 年 月 日 | | | | | |
| 认定机构药学管理部门意见：    年 月 日 | | | 认定机构医保管理部门意见：  盖章  年 月 日 | | |

说明：首次申报需与此表同时提交申请药品的病历资料、疾病证明书、与用药相关的检查报告单。特殊药品待遇有效期为自审核通过之日起一年，有效期结束后，经责任医师评估需要继续使用特殊药品治疗且符合用药适应症的，重新进行特殊药品待遇备案，提供《广西基本医疗保险特殊药品使用申请表》。

广西基本医疗保险特殊药品使用申请表

（样表）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 张三 | 性别 | 男 | 联系 电话 | 132xxxxxxx 1 |
| 身份号码 | 45xxxxxxxxxxxx0230 | | | | |
| 险种 | ☑城镇职工  （□在职、 □退休）  □城乡居民 | | 疾病诊断 | 糖尿病 | |
| 本次申请  用药情形 | **□门诊特殊慢性病治疗使用，已取得门诊特殊慢性病待遇**  病种名称：□M00500恶性肿瘤门诊治疗 □M06700银屑病  □M01501 原发性免疫性血小板减少症 □M01102 再生障碍性贫血  **☑门诊治疗中使用（特殊药品单列门诊统筹）** | | | | |
| 定点治疗医疗机构 | 广西壮族自治区人民医院 | | 定点取药  药店 |  | |
| 本人承诺所提交的材料真实合法，如有虚假，承担相关责任。  承诺人：张三  2025年09月22日 | | | | | |
| 药品名称 | 司美格鲁肽注射液 | | | | |
| 药品规格 | 1.34mg/ml,1.5ml | | 每月药量 | 每周一支，每月四支 | |
| 病情摘要（注明使用此药的必备检查或检验项目结果）：    患者符合限成人2型糖尿病患者的血糖控制:在饮食控制和运动基础上,接受二甲双胍和/或磺脲类药物治疗血糖仍控制不佳的成人2型糖尿病患者  用法用量、疗程：每周一次，每次一支  医师：赵六 责任医师：赵六  2025 年 09月 22 日 2025年09月22日 | | | | | |
| 认定机构药学管理部门意见：    同意，李四  2025年09 月22 日 | | | 认定机构医保管理部门意见：同意  盖章  2025年09 月 22日 | | |

说明：首次申报需与此表同时提交申请药品的病历资料、疾病证明书、与用药相关的检查报告单。特殊药品待遇有效期为自审核通过之日起一年，有效期结束后，经责任医师评估需要继续使用特殊药品治疗且符合用药适应症的，重新进行特殊药品待遇备案，提供《广西基本医疗保险特殊药品使用申请表》。

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.门诊特殊慢性病费用未提供处方或有药品用法用量记录的门诊病历。

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。