452036026001

医疗救助对象手工（零星）报销

服务指南

2022年11月发布 2022年11月实施

柳州市医疗救助和医药招采综合服务中心 发 布

1. 事项编码

452036026001

1. 适用范围

符合《广西壮族自治区人民政府办公厅关于健全广西重特大疾病医疗保险和救助制度的通知》（桂政办发〔2022〕5号）、《广西壮族自治区实施乡村振兴战略指挥部医疗保障专责小组关于进一步做好巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接有关工作的通知》规定的医疗救助对象。

1. 事项类别

公共服务

1. 设立依据

《广西壮族自治区人民政府办公厅关于健全广西重特大疾病医疗保险和救助制度的通知》（桂政办发〔2022〕5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：

符合享受医疗救助待遇的条件

1. 不予批准的情形：

不符合享受医疗救助待遇的条件

1. 其他需要说明的情形：无
2. 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和授权委托书） | 原件或  复印件 | 1 | 纸质/  电子版 | 无 |
| 2 | 《广西医疗救助零星结算申请表》 | 原件 | 1 | 纸质 | 无 |
| 3 | 经基本医保、大病保险报销后的结算单 | 原件 | 1 | 纸质 | 无 |
| 4 | 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。  未报销基本医疗保险、大病保险和患重特大疾病人员需提供。 |
| 5 | 与医疗费用发票对应的费用结算清单 | 原件 | 1 | 纸质 | 未报销基本医疗保险、大病保险和患重特大疾病人员需提供。 |
| 6 | 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；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 | 复制病历均需加盖医疗机构相关业务章；未报销基本医疗保险、大病保险和患重特大疾病人员需提供。 |
| 7 | 住院费用提供有诊疗经过描述的出院记录；急诊留观费用提供急诊留观病历资料；住院前急诊抢救费用提供急诊抢救病历资料和出院记录 | 原件或复印件 | 1 | 纸质 | 复制病历均需加盖医疗机构相关业务章；未报销基本医疗保险、大病保险和患重特大疾病人员需提供。 |
| 8 | 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。 |

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） |
|  |
| 作出受理决定  （即时） |
|  |
| 审核  (8个工作日） |
|  |
| 待遇拨付  (4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

12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.登录广西数字政务一体化平台（http://zwfw.gxzf.gov.cn/）或广西医疗保障网上服务大厅（https://ybwt.ybj.gxzf.gov.cn/）查询；

4.窗口自取；

5.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

1.城中区医疗保障局 电话：0772-2094746。

2.柳北区医疗保障局 电话：0772-2513750。

3.柳南区医疗保障局 电话：0772-2169702。

4.鱼峰区医疗保障局 电话：0772-3593635。

5.柳东新区人力资源和社会保障局 电话：0772-2673923 。

6.阳和工业（北部生态）新区社会事务局 电话：0772-3510869。

7.柳江区医疗保障局 电话：0772-7261186，0772-7211753

8.鹿寨县医疗保障局 电话：0772-6838067。

9.柳城县医疗救助和医药招采综合服务中心 电话：

0772-7610052。

10.融安县医疗保障局 电话：0772-5300172。

11.融水县医疗保障局 电话：0772-5918843。

12.三江县医疗保障局 电话：0772-8618580。

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

各级医保经办机构服务窗口电话

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

（一）地址：

1.城中区医疗保障局：柳州市城中区沿江路河东管理大厦10楼1019

2.柳北区医疗保障局：柳北区胜利路12-8号柳北区人民政府4楼416室

3.柳南区医疗保障局：柳州市潭中西路10号柳南区人民政府元信楼14楼

4.鱼峰区医疗保障局：鱼峰区静园路2号鱼峰政务服务中心3楼302室（金科天宸小区旁）

5.柳东新区人力资源和社会保障局：柳东新区新柳大道89号企业总部大楼AＢ座17楼1726室

6.阳和工业（北部生态）新区社会事务局：鱼峰区古亭大道100号冠亚大厦三楼307室

7.柳江区医疗保障局 ：柳江区九曲名邸6号楼行政审批中心二楼医疗保障综合服务窗口

8.鹿寨县医疗保障局 ：鹿寨县桂圆路8号汇一联12楼待遇和结算股

9.柳城县医疗救助和医药招采综合服务中心：柳城县大埔镇城东大厦主楼一楼服务大厅

10.融安县医疗保障局：融安县长安镇广场东路人力资源和社会保障局3楼

11.融水县医疗保障局：融水苗族自治县民族大道203号振城大厦3楼

12.三江县医疗保障局：三江县侗乡大道22号楼二楼医保中心服务大厅

（二）时间

1.城中区医疗保障局

工作时间：上午9:00-12:00，下午13:00-16:00

2.柳北区医疗保障局

工作时间：上午8:00-12:00，下午15:00-18:00

3.柳南区医疗保障局

工作时间：上午8:00-12:00，下午15:00-18:00

4.鱼峰区医疗保障局

工作时间：上午8:00-12:00，下午15:00-18:00

5.柳东新区人力资源和社会保障局

工作时间：上午8:30-12:00，下午14:30-17:30

6.阳和工业（北部生态）新区社会事务局

工作时间：上午8:30-12:00，下午14:30-17:30

7.柳江区医疗保障局

工作时间：上午9:00-12:00，下午13:00-16:00

8.鹿寨县医疗保障局

工作时间：上午8:30-12:00，下午13:00-16:00

9.柳城县医疗救助和医药招采综合服务中心

工作时间：上午9:00-12:00，下午13:00-16:00

10.融安县医疗保障局

工作时间：上午9:00-12:00，下午13:00-16:30

11.融水县医疗保障局

工作时间：上午：9:00-12:00，下午13:00-16:00

1. 三江县医疗保障局

工作时间：上午：9:00-12:00，下午13:30-16:30

法定节假日除外。

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/）或广西医疗保障网上服务大厅（https://ybwt.ybj.gxzf.gov.cn/）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/）或广西医疗保障网上服务大厅（https://ybwt.ybj.gxzf.gov.cn/）查询。

十八、广西医疗救助零星结算申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人  基本情况 | 姓名 | |  | 身份证号码 | |  |
| 家庭住址 | |  | 联系电话 | |  |
| 申请救助对象类别 | □城乡特困救助供养对象 □孤儿 □事实无人抚养儿童  □城乡低保对象（重残） □城乡低保对象（其他）  □城乡低保边缘对象 □地中海贫血患者 □脱贫不稳定人口  □返贫致贫人口 □县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员  □其他： | | | | | |
| 申请救助金额 | | 门诊费用 | 发票张数  （原件或复印件） |  | 门诊合计费用（元） |  |
| 住院费用 | 发票张数  （原件或复印件） |  | 住院合计费用（元） |  |
| 银行账号或社保卡账号 | | |  | | | |
| 开户名 | | |  | | | |
| 开户行 | | |  | | | |
| 申请人（代办人）签名 | | | 签名：  （申请人与代办人关系）： 年 月 日 | | | |
| 备注 | | |  | | | |

广西医疗救助零星结算申请表

（填写示范文本）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人  基本情况 | 姓名 | | 李一 | 性别 | 男 | | 年龄 | 60 | | 身份证号码 | 450XXXXXXXXXXXXXXX |
| 家庭住址 | | XX县（区）XX街道XXX号 | | | | | | | 联系电话 | 137XXXXXXXX |
| 申请救助对象类别 | ☑城乡特困救助供养对象 □孤儿 □事实无人抚养儿童  □城乡低保对象（重残） □城乡低保对象（其他）  □城乡低保边缘对象 □地中海贫血患者 □脱贫不稳定人口  □返贫致贫人口 □县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员  □其他： | | | | | | | | | | |
| 申请救助金额 | | 门诊费用 | 发票张数  （原件或复印件） | | | X张 | | | 门诊合计  费用（元） | | XXXXX元 |
| 住院费用 | 发票张数  （原件或复印件） | | | X张 | | | 住院合计  费用（元） | | XXXXX元 |
| 银行卡或社保卡账号 | | | 6220XXXXXXXXX | | | | | | | | |
| 开户名 | | | 李一 | | | | | | | | |
| 开户行 | | | XX银行XX支行 | | | | | | | | |
| 申请人（代办人）签名 | | | 签名： 李四  （申请人与代办人关系）： 父子 202X年 X 月 X 日 | | | | | | | | |
| 备注 | | |  | | | | | | | | |

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 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 医疗救助对象手工（零星）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X月X日 | XXXXXX |  |
|  |  |  | 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

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

（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 医疗救助对象手工（零星）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.提供的出院记录无医院盖章。

2.申报材料不齐全。

常见问题解答

1.问：申请医疗救助待遇之前需要注意什么？

答：申请对象为民政、乡村振兴等部门认定的医疗救助对象，获得医疗救助资格后方可申报医疗救助待遇支付。

2.问：一般多长时间可以办完审批手续？

答：12个工作日办结。

3.问：办理此项业务是否需要缴纳费用？

答：办理此事项不收费。

4.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。