

# 佛山市社会保险基金管理局文件

佛社保〔2022〕27号

## 佛山市社会保险基金管理局关于印发《佛山市基本医疗保险门诊业务经办规程》的通知

各区社会保险基金管理局，全市相关定点医疗机构：

现将《佛山市基本医疗保险门诊业务经办规程》印发给你们，请结合实际，认真贯彻落实。

佛山社会保险基金管理局

2022年10月27日

抄送：市司法局，市医保局。

# 佛山市基本医疗保险门诊业务经办规程

为规范佛山市职工、居民基本医疗保险参保人的门诊经办管理服务，根据《广东省人民政府办公厅关于印发广东省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法的通知》（粤府办〔2021〕56号）、《广东省医疗保障局关于印发〈广东省基本医疗保险门诊特定病种业务经办规程（试行）〉的通知》（粤医保规〔2021〕3号）、《佛山市医疗保障局关于印发〈佛山市基本医疗保险门诊特定病种管理办法（暂行）〉的通知》（佛医保〔2020〕70号，下称《门特管理办法（暂行）》）、《佛山市人民政府办公室关于印发佛山市职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则的通知》（佛府办〔2022〕15号）、《佛山市人民政府办公室关于印发佛山市城乡居民基本医疗保险门诊共济保障实施细则的通知》（佛府办〔2022〕14号）等文件的规定，结合本市实际，制定本业务经办规程。本经办规程的门诊业务含普通门诊业务、门诊特定病种业务和医保个人账户业务。

## 第一章 普通门诊

### 第一节 普通门诊相关业务办理

#### 第一条 选点门诊

（一）参保人应在年度内市内定点医疗机构首次普通门

诊就医前，通过以下任一办理方式选定不超过3家医疗机构作为本人普通门诊的定点医疗机构（以下称“普通门诊选定医疗机构”）：

1. 掌上申报：参保人可通过微信“粤医保”等小程序进行办理。

2. 参保人提供《门诊特定病种/普通门诊就医医疗机构定点表》（附件1）到各定点医疗机构或驻院医管办进行办理。

3. 参保人提供以下资料到参保所属医疗保障经办机构（以下称“参保所属医保经办机构”）进行办理：

（1）社会保障卡或医保电子凭证或有效身份证件；

（2）《门诊特定病种/普通门诊就医医疗机构定点表》。

（二）已办理异地安置退休、异地长期居住、常驻异地工作的参保人，可通过微信“粤医保”等小程序或提供社会保障卡或医保电子凭证或有效身份证件、《门诊特定病种/普通门诊就医医疗机构定点表》到参保所属医保经办机构，选定不超过3家定点医疗机构（含参保地和备案地的基本医保联网直接结算的定点医疗机构）作为本人的普通门诊选定医疗机构。

（三）受理机构应即时办结普通门诊选定医疗机构手续。选定医疗机构手续办理后即时生效，参保人在选定医疗机构发生的普通门诊费用即可纳入医保报销。

（四）参保人办理普通门诊选定医疗机构手续生效后，如选定年无办理变更手续的，选定年以后的年度默认选定年12月31日的选点、接续。选定年及选定年以后年度若办理变更手续的，以后年度的普通门诊选定医疗机构以变更年度12月31日生效的选定医疗机构自动接续。

已办理异地安置退休、异地长期居住、常驻异地工作的参保人，按上述规定执行。但其异地备案手续有效期届满后，需参照本条第（一）款的要求办理参保地的选点门诊手续（原已有选点参保地医疗机构的除外），才能享受参保地的普通门诊待遇。

## **第二条 普通门诊选定医疗机构变更**

（一）参保人一个自然年度内可办理普通门诊选定医疗机构变更手续，可通过以下任一办理方式进行办理：

1. 可通过微信“粤医保”等小程序进行办理。

2. 参保人提供《门诊特定病种/普通门诊定点就医医疗机构变更申请表》（附件2）到各定点医疗机构或驻院医管办进行办理。

3. 参保人提供以下资料到参保所属医保经办机构进行办理：

（1）社会保障卡或医保电子凭证或有效身份证件；

（2）《门诊特定病种/普通门诊定点就医医疗机构变更申请表》。

（二）已办理异地安置退休、异地长期居住、常驻异地工作的参保人，可通过微信“粤医保”等小程序或提供社会保障卡或医保电子凭证或有效身份证件、《门诊特定病种/普通门诊定点就医医疗机构变更申请表》到参保所属医保经办机构进行办理。

（三）受理机构应即时办结变更手续。普通门诊选定医疗机构变更手续办理后即时生效，参保人在新选定医疗机构新发生的普通门诊费用即可按规定纳入医保报销。

### **第三条 普通门诊转诊**

普通门诊选定医疗机构根据参保人病情需要，需要将其转其他定点医疗机构的，参保人或其代办人须提供普通门诊选定医疗机构主诊医生填写的《佛山市基本医疗保险门诊转诊备案表》（附件3）、参保人的社会保障卡或医保电子凭证或有效身份证件及复印件，交普通门诊选定医疗机构的医务（医保）部门审核盖章，并把转诊信息上传至国家医疗保障信息平台（以下简称“国家平台”），医务（医保）部门审核后打印转诊回执单交参保人，参保人凭转诊回执单到转入的医疗机构办理转诊手续，转诊手续自转出之日起30日内转诊有效。参保人超过30日未在转入医院办理转诊手续，或需再次转市内其他定点医疗机构的，须在普通门诊选定医疗机构重新申请办理转诊手续。

### **第四条 门诊急救、抢救就医备案**

参保人因门诊急救、抢救在市内定点医疗机构就医的，由定点医疗机构上传急救、抢救标识至国家平台，即可直接结算。

参保人因门诊急救、抢救在市内非定点医疗机构或市外医疗机构就医的，需持参保人的社会保障卡或医保电子凭证或有效身份证明原件、门诊急救、抢救证明原件（如病历已有描述无需提供）、病历等资料原件及复印件，填写《佛山市基本医疗保险门诊急救、抢救就医备案表》（附件4），到参保所属医保经办机构申请办理备案手续。

医保经办机构经办人员确认资料齐备之日起，在3个工作日内完成备案手续，打印申请回执单给参保人；对于资料不齐或有误的，医保经办机构需出具《补正材料通知书》（附件5）一次性告知参保人需补正的资料。

## **第二节 普通门诊家庭医生签约服务**

### **第五条 申请普通门诊家庭医生签约服务**

（一）享受普通门诊待遇的参保人可选定一家经卫健部门认定的承担家庭医生签约服务的医疗机构申请家庭医生签约服务，申请流程及家庭医生签约服务的有效期按卫健部门的规定为准。

参保人只选定1家基层医疗机构作为普通门诊选定医疗机构并与其签订家庭医生服务协议，签约医疗机构应对参保人做好《普通门诊家庭医生签约年度支付限额提高确认

书》（附件6）中须知内容的告知义务，经参保人同意的，指引参保人填写《普通门诊家庭医生签约年度支付限额提高确认书》签名确认后留存。

签约医疗机构应在3个工作日内负责将参保人的签约信息及确认信息录入系统，并把签约信息及确认标识上传至国家平台，如实记录及上传参保人每次的普通门诊医疗费用。

（二）如参保人在当次申请普通门诊家庭医生签约服务时，未只选定该基层医疗机构作为唯一的普通门诊选定医疗机构而后需要的，可提供社会保障卡或医保电子凭证或有效身份证件及复印件、《普通门诊家庭医生签约年度支付限额提高确认书》，到该基层医疗机构或参保所属医保经办机构办理普通门诊家庭医生签约年度支付限额提高确认手续。受理机构应即时办结。

在该基层医疗机构进行办理的，医疗机构应将参保人的确认信息录入系统，并把确认标识上传至国家平台，如实记录及上传参保人每次的普通门诊医疗费用。

在参保所属医保经办机构进行办理的，医保经办机构应在国家平台对确认标识进行确认。

## **第六条 普通门诊家庭医生签约服务终止**

参保人与其签约医疗机构终止签约服务的，医疗机构应在3个工作日内在系统进行解约标识操作，并把解约信息上传至国家平台。

## **第七条 终止普通门诊家庭医生签约年度支付限额提高确认手续**

普通门诊家庭医生签约年度支付限额提高确认手续生效期间，参保人如需重新办理不超过3家医疗机构作为本人普通门诊的定点医疗机构的，在办理选点门诊或普通门诊选定医疗机构变更手续前，需提供社会保障卡或医保电子凭证或有效身份证件及复印件、《终止普通门诊家庭医生签约年度支付限额提高确认书》（附件7），到原办理普通门诊家庭医生签约年度支付限额提高确认手续的基层医疗机构或参保所属医保经办机构办理终止普通门诊家庭医生签约年度支付限额提高确认手续。受理机构应即时办结。

在基层医疗机构进行办理的，医疗机构应将参保人的终止标识上传至国家平台。

在参保所属医保经办机构进行办理的，医保经办机构应在国家平台对终止标识进行确认。

## **第二章 门诊特定病种**

### **第一节 门诊特定病种相关待遇申请**

#### **第八条 门诊特定病种（以下简称“门特”）待遇认定**

（一）参保人申请门特待遇，应提供以下资料到市内具有门特病种确定资格的定点医疗机构进行门特待遇认定申请：

1. 社会保障卡或医保电子凭证或有效身份证件及复印

件；

2. 与《门特管理办法（暂行）》中有关准入标准的规定相符的门特相关病历资料原件或复印件（包括门诊或住院病历、检验检查结果等）。

参保人病情符合相应门特病种准入标准的，由定点医疗机构主诊医生填写《门诊特定病种待遇认定申请表》（附件8）。不符合相应门特病种准入标准的，主诊医生不得为其办理待遇认定。

定点医疗机构应严格按照准入标准的规定对参保人进行门特待遇认定；对于已受理且资料齐备的，医疗机构须在3个工作日（含）内完成审核并把信息上传至国家平台。对于资料不齐的，定点医疗机构需告知参保人补正资料。

（二）在医保经办机构申请：已办理长驻（住）异地就医手续的参保人申请门特待遇，可在按病种类别相应级别的联网医疗机构诊断门特病种后，提供以下资料到参保所属医保经办机构进行门特待遇认定申请。

1. 《佛山市基本医疗保险门诊特定病种申请表》（附件9，可通过佛山医保经办机构的官方网站下载）；

2. 社会保障卡或医保电子凭证或有效身份证件；

3. 按《佛山市基本医疗保险门特申请资料对应表》（附件10）提供近一年的有效诊断证明材料原件或复印件（恶性肿瘤病种提供的病理学检查或影像学检查、慢性肾功能不全

（血透治疗）及慢性肾功能不全（腹透治疗）提供的检验项目标准不受一年时限限制）。

医保经办机构工作人员应根据上述规定收取资料并进行参保人的门特待遇认定。对于已受理且资料齐备的，医保经办机构须在3个工作日（含）内在国家平台完成录入审核。对于资料不齐的或有误的，医保经办机构需出具《补正材料通知书》一次性告知参保人需补正的资料。

参保人要求提供认定结果的，可在门特待遇申请后的3个工作日起，持社会保障卡或医保电子凭证或有效身份证件到医疗机构，由医疗机构打印《门慢门特登记信息确认单》（附件11）给参保人；如参保人要求提供备案后的《门诊特定病种待遇认定表》（附件12）纸质版，医疗机构应当提供；已办理长驻（住）异地就医手续的参保人，可持社会保障卡或医保电子凭证或有效身份证件到市内定点医疗机构驻院医管办、各医保经办机构打印《门慢门特登记信息表》。

参保人在省内异地医疗机构已办理属于全省统一的门特范围病种待遇认定的，医保经办机构可予以承认，但参保人仍需按本市市内门特规则进行办理选点手续。

### **第九条 门特病种超限额申请**

（一）符合以下情况之一的参保人，当年度医疗费用报销金额已超病种限额需申请提高限额时，提供《佛山市基本医疗保险门诊特定病种超限额使用申请表（新版）》（附件

13) 一式两份给选定门特治疗的医疗机构，由主诊医生填写“申请理由”栏，交医疗机构医务（医保）部门审核盖章后，该表交还参保人到参保所属医保经办机构申请。

1. 强直性脊柱炎、类风湿性关节炎、银屑病、克罗恩病、溃疡性结肠炎、支气管哮喘因病情需要使用相应的国家医保谈判药品病种的；

2. 精神障碍病种（精神分裂症病种除外）因病情需要使用长效抗精神病针剂的。

（二）符合享受慢性肾功能不全（血透治疗）、慢性肾功能不全（腹透治疗）、血友病病种的参保人，当年度医疗费用报销金额已超病种限额需申请提高限额时，提供社会保障卡或医保电子凭证或有效身份证件、填写《佛山市基本医疗保险门诊特定病种超限额使用申请表（二）》（附件14）到参保所属医保经办机构申请。

资料齐备并经审核无误的，医保经办机构需在3个工作日内办结核准手续，并在国家平台中完成录入审核工作。对于资料不齐或有误的，医保经办机构需出具《补正材料通知书》一次性告知参保人需补正的资料。

#### **第十条 门特病种待遇认定有效期届满前的续期**

参保人应当在其相应门特病种待遇认定有效期届满前30日内申请办理续期，续期有效期自前一有效期届满当日起，按照自然日计算，到期自动终止。续期流程适用本规程

第八条规定。

未按照规定办理续期手续的参保人在前一有效期终止后 30 日内（含第 30 日）补办续期的，可继续享受待遇，续期流程按本规程第八条执行。续期有效期自前一有效期满后次日起，按照自然日计算，到期自动终止。

受理机构须在 3 个工作日（含）内完成审核及系统（国家平台）登记。对于资料不齐或有误的，定点医疗机构需告知参保人补正资料，医保经办机构需出具《补正材料通知书》一次性告知参保人需补正的资料。

### **第十一条 门特市外就医申请**

（一）符合申请门特市外就医条件的参保人，应在就医前携带社会保障卡或医保电子凭证或有效身份证件、填写《佛山市基本医疗保险门诊特定病种市外就医申请表》（附件 15），并根据不同的情况备齐以下资料之一，到参保所属医保经办机构申请核准手续。

1. 患有恶性肿瘤、器官移植术后的参保人，在市区外定点医疗机构住院治疗，该院出具的建议返院门诊复诊或治疗该病种的证明材料；

2. 市内三级综合性医院出具的本院无法提供参保人甲类门特病种所必须的药品、检查或治疗项目的证明材料（精神病类、肺结核类门特可由市内专科医院出具）；

3. 患有肺动脉高压、C 型尼曼匹克病、多发性硬化病种

的参保人，由广州罕见病诊疗协作网医疗机构出具的建议返院门诊复诊或治疗该病种的证明材料。

资料齐备并经审核无误的，参保所属医保经办机构需在3个工作日内办结核准手续，打印《本地转院登记信息表》给参保人；对于资料不齐或有误的，医保经办机构需出具《补正材料通知书》一次性告知参保人需补正的资料。

（二）门特市外就医申请经核准后，在所申请市外就医的门特病种有效期内有效。参保人在当次门特市外就医有效期结束后仍需门特市外就医的，可根据以下不同的情况进行办理：

1.在所申请市外就医的门特病种有效期内进行病种续期手续或在门特病种前一有效期终止后30日内（含第30日）补办续期的，续期成功后无需办理该门特病种市外就医申请手续，其门特市外就医申请在所申请市外就医的门特病种有效期内仍然有效。

2.所申请市外就医的门特病种未在上述第1点的规定时间内办理续期手续的，在重新办理门特病种申请手续后，其市外就医仍需参照本条第（一）款重新办理申请手续。

## **第十二条 终止门特病种待遇申请**

参保人要求终止其有效期内的门特病种待遇的，需由本人或代办人持社会保障卡或医保电子凭证或有效身份证件、《佛山市基本医疗保险门诊特定病种终止待遇申请书》（附

件 16) 到参保所属医保经办机构或市内定点医疗机构驻院医管办申请，参保所属医保经办机构或驻院医管办需在 1 个工作日内办结核准手续。

门特病种待遇的终止自核准之日起生效。参保人的门诊特定病种待遇终止后，如需继续享受该门特病种待遇的，需重新办理申请手续，经审核后才能重新享受该门诊特定病种待遇。

## 第二节 门特定点就医

### 第十三条 选定门特定点医疗机构

参保人申请病种经确认后，应在市内定点医疗机构首次就医前，通过微信“粤医保”等小程序或提供社会保障卡或医保电子凭证或有效身份证件、按规定填写《门诊特定病种/普通门诊就医医疗机构定点表》后到定点医疗机构或市内定点医疗机构驻院医管办，选定不超过 3 家医疗机构作为本人门特病种治疗的定点医疗机构（以下简称“门特选定医疗机构”），定点医疗机构或驻院医管办应即时办结门特选定医疗机构手续。门特选定医院手续办理后即时生效，参保人在选定医疗机构发生的门特费用即可纳入医保报销。

门特选定医疗机构一经确定，当年度如无办理选定医疗机构变更手续的，以后年度均默认在该 3 家选定医疗机构享受门特待遇。

### 第十四条 门特选定医疗机构变更

参保人一个自然年度内只可办理一次门特选定医疗机构变更，可通过微信“粤医保”等小程序或持社会保障卡或医保电子凭证或有效身份证件、《门诊特定病种/普通门诊定点就医医疗机构变更申请表》到参保所属医保经办机构或市内定点医疗机构驻院医管办，申请办理门特变更手续。医保经办机构或驻院医管办应即时办结门特变更手续，并出具《门慢门特登记信息表》。门特选定医疗机构变更手续办理后即时生效，参保人在新选定医疗机构新发生的门特费用即可纳入医保报销。

### **第三节 门特家庭医生签约服务**

#### **第十五条 申请门特家庭医生签约服务**

单纯享受高血压病、糖尿病门特待遇的参保人，可选定一家经卫健部门认定的承担家庭医生签约服务的医疗机构申请家庭医生签约服务，申请流程及家庭医生签约服务的有效期按卫健部门的规定为准。

签约医疗机构应在3个工作日内负责将单纯享受高血压病、糖尿病门特待遇参保人的签约信息录入系统，并把签约信息上传至国家平台，如实记录及上传参保人每次的门特医疗费用。

#### **第十六条 转诊就医**

签约医疗机构应在签约前向参保人做好告知工作，因签约医疗机构缺乏诊治条件，需要将参保人转市内上级定点医

疗机构的，签约医疗机构应在系统办理转诊手续，并把转诊信息上传至国家平台，打印转诊回执单交参保人或代办人，参保人或代办人凭转诊回执单到转入的医疗机构办理转诊手续，转诊手续有效期由签约医疗机构根据参保人的病情需要进行确定。参保人超过转诊手续有效期未在转入医院办理转诊手续，或需再次转市内上级医疗机构诊治的，须在签约医疗机构重新申请办理转诊手续。

### **第十七条 家庭医生签约服务终止**

有下列情形之一的，属于家庭医生签约服务终止：

1. 参保人与其签约医疗机构终止签约服务的，医疗机构应在3个工作日内在系统进行解约标识操作，并把解约信息上传至国家平台。

2. 签约参保人中途新增除高血压病、糖尿病外的其他门特病种的，从新增病种之日起签约服务自动终止。

### **第十八条 签约服务终止后的选定医疗机构确认**

参保人与其签约医疗机构的签约服务终止后，按本规程第十三条办理选定医疗机构的确认。

**第十九条** 参保人在其家庭医生签约的医疗机构就诊，可以自愿选择在该医疗机构或该医疗机构选择的定点零售药店配药。参保人选择在定点零售药店配药的，凭签约医疗机构出具的外配处方（有效期为自开具之日起三天内）到定点医疗机构选择的定点零售药店取药。

## 第四节 “双通道”管理药品购药管理

**第二十条** “双通道”管理药品购药管理的流程参照“双通道”管理药品购药管理的相关文件执行。

## 第三章 门诊待遇核付

### 第一节 联网医疗机构结算

**第二十一条** 参保人在市内定点医疗机构因门诊（含普通门诊、门诊急救、抢救、门特）就医发生的医疗费用，应凭社会保障卡或医保电子凭证或有效身份证件在定点医疗机构现场即时结算。

因医保系统问题等原因导致参保人门诊的医疗费用不能在市内定点医疗机构现场即时结算的，参保人先在医疗机构挂账，待系统问题解决后再到医院办理结算。

门特医疗费用医疗机构无法挂账的，参保人垫付医疗费用后，自就诊之日起180日内到参保所属医保经办机构申请零星报销。

参保人员在定点医疗机构发生的门诊医疗费用原则上应直接结算。属于统筹基金支付的，由医保经办机构按照有关结算管理办法规定与相关医疗机构结算；属于个人负担的，由定点医疗机构与参保人员结算。

### 第二节 零星报销

**第二十二条** 下列情况发生的门诊医疗费用未能联网结算的，由参保人垫付医疗费用后，自就诊之日起180日内，

到参保所属医保经办机构申请医疗费用零星报销：

（一）未在市內定点医疗机构即时结算的门特医疗费用；

（二）经核准在市外定点医疗机构发生的门特医疗费用；

（三）异地安置退休、异地长期居住、常驻异地工作、因急救和抢救需要临时异地就医的参保人员（以下统称异地就医备案人员）在备案地相关医疗机构发生的政策范围内门诊（含普通门诊和门特）医疗费用；

（四）因急救、抢救在市內非定点医疗机构发生的普通门诊医疗费用；

（五）经普通门诊选定医疗机构转诊在市外定点医疗机构发生的普通门诊医疗费用；

（六）法律法规规定的其他情形。

**第二十三条** 符合门诊零星报销条件的参保人提供以下资料到参保所属医保经办机构申请医疗费用零星报销：

（一）参保人社会保障卡原件。

（二）《佛山市申领医疗保险待遇承诺书》（附件 17）。

（三）医疗机构出具的以下资料：

医院收费票据、与医院收费票据金额及日期相符的医疗费用明细清单原件。

（四）在未联网医疗机构就诊的，须提供就诊医疗机构的医院等级证明。如不能提供的，按市外其他一级以下医疗机构核报。

（五）医保经办机构要求提供的其他资料（如属于限定支付范围的药物需提供医生意见证明等）。

参保人超时申办门诊医疗费用零星报销的，须经参保所属医保经办机构审核同意后才予办理核报。

**第二十四条** 参保人或代办人提交门诊零星报销资料齐全的，经审核符合医疗保险规定由医保统筹基金支付的，医保经办机构应在 30 日内办结业务并转交财务支付环节。经审核不符合医疗保险规定的，不予报销，由参保所属医保经办机构出具《佛山市基本医疗保险不予报销决定书》（附件 18）。

对于资料不齐或有误的，医保经办机构需出具《补正材料通知书》一次性告知参保人需要补正的资料。

**第二十五条** 对不慎遗失医疗机构出具的财税部门统一监制的医疗费用收费票据的参保人，经医保经办机构严格审核通过的，可享受基本医疗保险待遇。审核报销时须增加审核的资料包括：

（一）填写《佛山市申领医疗保险待遇承诺书》，说明遗失医疗费用收费票据的原因（如果被盗抢有报警的，须提供报警回执）。

（二）加盖医疗机构印章的财税部门统一监制的医疗费用收费票据复印件或原开出单位盖有公章的证明（注明原来凭证的号码、金额和内容等，并由经办单位会计机构负责人、

会计主管人员和单位领导人批准)。

### 第三节 待遇复查

**第二十六条** 参保人对医疗机构现场结算的门特费用或零星报销的门特费用、对经普通门诊选定医疗机构转诊在市外定点医疗机构发生的普通门诊医疗费用；异地门诊就医备案人员对在备案地相关医疗机构发生的政策范围内的门诊医疗费用有异议的，自现场结算之日或获知零星报销结果之日起60日内可填写《佛山市基本医疗保险待遇复查申请书》（附件19），向参保所属医保经办机构提出复查申请，申请复查时应提供如下资料：

（一）属于医院直接结算的医疗费用复查的，提供参保人社会保障卡原件、医院收费票据、与医院收费票据金额及日期相符的医疗费用明细清单原件。

（二）属于零星报销的医疗费用复查的，提供参保人社会保障卡原件及其他辅证资料。

**第二十七条** 医保经办机构发现支付出错的，参保人应提供有效身份证明和退款凭证配合医保经办机构进行待遇复查。定点医疗机构支付出错的，定点医疗机构应配合医保经办机构进行待遇复查。

在门特医疗费用中如已发生普通门诊报销且申请待遇复查的，需将该笔已报销的普通门诊作全额退款处理后，再按门特的有关规定进行核报。

**第二十八条** 医保经办机构受理复查申请后，由经办工作人员在国家平台获取并打印结算单，同时应在 20 个工作日内完成复查，并出具《佛山市基本医疗保险待遇复查告知书》（附件 20）将复查结果告知参保人。

重新核定结果为基金多支付或不应支付的，参保人应在自接到医保经办机构出具的退款通知书 30 日内办理退款手续。逾期不办理退款手续的，将依法处理。

重新核定结果为基金少支付的，医保经办机构应在自复查业务审核后 30 日内将少支付的基金发放至参保人的社会保障卡金融账户。

参保人对医保经办机构的复查结果不服，或者医保经办机构逾期未作出复查决定的，参保人可以向属地行政复议机关申请行政复议。参保人在医保经办机构复查该具体行政行为期间申请行政复议的，医保经办机构的复查程序终止。

**第二十九条** 因银行开户名或账户等信息错误导致待遇发放不成功的，参保人应配合医保经办机构核实账户信息或重新提供有效账户进行待遇补支。

## **第四章 医保个人账户业务办理**

### **第三十条 个人账户查询**

参保人需了解医保个账资金划拨情况的，可通过微信“粤医保”等小程序进行查询，或持社会保障卡或医保电子凭证或有效身份证件，到各医保经办机构进行查询。参保人

需了解医保个账资金消费情况的，可到开立个人账户银行网点打印明细清单。

### **第三十一条 医保关系转移接续**

参保人省内跨市转移接续的，转入地医保经办机构将个人账户资金转入的账户提供给转出地医保经办机构。在省内实账地市与我市间转移的，个人账户资金不转移；我市与虚账地市间转移的，转出地医保经办机构应当将账户资金（含利息）转移的指令发送给银行，银行须在1个工作日内将参保人医保个人账户的资金划入指定的账户，并将电子数据及表单提交至转入地医保经办机构，同时知会转出地经办机构。

转入地经办机构收到转出地经办机构划转的个人账户资金后，与业务档案匹配并核对个人账户转移金额，核对无误后可将个人账户金额计入参保人员的个人账户。

跨省转移接续的，按照实账与虚账地市间的程序办理。

**第三十二条** 参保人因死亡、出境（包括港澳台地区）定居、参保期间应征入伍以及特殊情况无法转移等原因，可申请一次性支取个人账户资金，需提供以下资料进行办理：

- （一）社会保障卡或医保电子凭证或有效身份证件；
- （二）《职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表》（附件21）。

**第三十三条** 因死亡支取的，除了提供第三十二条规定

的资料外，还需提供继承人身份证、银行卡账户信息，通过数据共享无法查询死亡信息的，申请人应提供个人承诺书（附件 22）。

**第三十四条** 参保人办理了医保个账资金一次性支取手续之后，其个人账户余额可通过开立个人账户银行转账或提现退还给本人。参保人凭参保所属医保经办机构出具的《职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表》、社会保障卡或医保电子凭证或有效身份证件到开立个人账户银行办理医保个账余额退还业务后，开立个人账户银行按规定注销参保人的医保个人账户。

**第三十五条** 跨省异地安置退休人员经本人申请，参保所属医保经办机构核准后，可将个人账户资金划入本人银行账户。申请需提供如下资料：

1. 参保人有效身份证件和省外户口簿原件（港澳台籍及外国定居退休人员只需提供有效身份证明）。
2. 本人银行账户复印件（只在本市享受退休医疗保险待遇人员提供本人社会保障卡复印件）。

**第三十六条** 参保人由于自身原因放弃未能及时划拨到账的医保个账资金并选择销户时，需在《同意声明书》（附件 23）签名确认，未能划拨的资金归医保基金所有。

## 第五章 附 则

**第三十七条** 参保人对提供的资料的真实性负责。当出

现医院收费票据与清单、病历资料就诊时间不一致，费用金额不一致、姓名等基本信息与系统信息不相符、资料盖章不清晰或资料不规范等情况，由医保经办机构出具《补正材料通知书》，参保人应配合重新提供资料或补正材料。

**第三十八条** 因医保征收机构原因导致缴费异常，影响参保人享受门诊医疗保险待遇的，参保人申领门诊医疗保险待遇前，需向参保所属医保经办机构提供社会保障卡或医保电子凭证或有效身份证件、医保征收部门出具的证明材料或金融机构出具的医疗保险费的缴费凭证办理白名单手续。

**第三十九条** 关于门诊医疗费用零星报销的相关事项。

（一）门诊零星报销或待遇复查应支付参保人医疗待遇的，其款项原则上全额发放到社会保障卡的金融账户。未领取或未激活社会保障卡的，填写《佛山市申领医疗保险待遇承诺书》，申请将相关款项划拨至其指定的有效金融账户。

（二）若医疗机构提供的医院收费票据中已包括医疗费用明细清单的，无需再提供医疗费用明细清单。

（三）如参保人死亡后金融账户已注销的，代办人为其办理零星报销时须提供继承人的医保电子凭证或有效身份证件、继承人公证证明或《继承人承诺书》（附件 24）、社会保障卡或有效的银行活期存折或借记卡原件及复印件，其报销的医疗费用款项可划拨至继承人账户。

（四）若新生儿未办理或未能正常使用社会保障卡，以

及医院收费票据未写明新生儿姓名的，需签署《佛山市申领医疗保险待遇承诺书》。

**第四十条** 各区医保经办机构应对所属各区的市内具有门特待遇确定资格的定点医疗机构名单进行公布，并及时更新各定点医疗机构的门特资格、病种变化等动态信息。

**第四十一条** 参保人可通过广东政务服务网、“粤省事”、“粤医保”小程序等途径，对已开通的服务事项进行网上办理及查询结果。

**第四十二条** 办理医疗保险相关手续时，非参保人本人办理的，需提供代办人的社会保障卡或医保电子凭证或有效身份证件及复印件。

**第四十三条** 参保人或代办人到医保经办机构申请办理门诊医疗保险业务需提供社会保障卡或医保电子凭证或有效身份证件的，由收件工作人员通过复印等方式存档。工作人员核对复印件后，需在资料上盖与原件相符印章。

**第四十四条** 资料存档。定点医疗机构应当保存门特认定、续期以及门诊选定医疗机构、门诊选定医疗机构变更、普通门诊转诊、门诊急救、抢救等相关纸质材料10年备查。

**第四十五条** 本文提及的有效诊断证明材料是指：诊断证明材料需加盖医疗机构印章（经电子印制注明手写签名有效的诊断证明材料除外）。

**第四十六条** 本文提及的有效身份证件是指：中国内地

居民提供有效期内居民身份证（含电子证照）；身份证遗失或过期的提供临时身份证；未成年人尚未办理身份证的可提供户口簿；港澳台籍的提供通行证或居住证（含电子证照）；外籍人员提供护照；参保人死亡并注销户籍的，提供死亡证明或户籍注销证明。

**第四十七条** 参保所属地医保业务委托其他机构办理的，可到相应的被委托机构窗口办理。

**第四十八条** 医保经办业务可通过政府购买服务或委托第三方机构办理。

**第四十九条** 原普通门诊业务、门诊特定病种业务和医保个人账户业务经办与本规定不一致的，以本规定为准。本规程中所涉及相关规程如有变更或国家和省出台新规定的，从其规定。

**第五十条** 本规程自 2022 年 11 月 1 日起实施，有效期至 2025 年 12 月 31 日。

附件:

1. 门诊特定病种/普通门诊就医医疗机构定点表
2. 门诊特定病种/普通门诊定点就医医疗机构  
变更申请表
3. 佛山市基本医疗保险门诊转诊备案表
4. 佛山市基本医疗保险参保人员门诊急救、抢救就医备  
案表
5. 补正材料通知书
6. 普通门诊家庭医生签约年度支付限额提高确认书
7. 终止普通门诊家庭医生签约年度支付限额提高确认  
书
8. 门诊特定病种待遇认定申请表
9. 佛山市基本医疗保险门诊特定病种申请表
10. 佛山市基本医疗保险门特申请资料对应表（医保经  
办机构使用）
11. (参保人姓名)xxx 门慢门特登记信息确认单
12. 门诊特定病种待遇认定表
13. 佛山市基本医疗保险门诊特定病种超限额使用申请  
表（新版）
14. 佛山市基本医疗保险门诊特定病种超限额使用申请  
表（二）

15. 佛山市基本医疗保险门诊特定病种市外就医申请表
16. 佛山市基本医疗保险门诊特定病种终止待遇申请书
17. 佛山市申领医疗保险待遇承诺书
18. 佛山市基本医疗保险不予报销决定书
19. 佛山市基本医疗保险待遇复查申请书
20. 佛山市基本医疗保险待遇复查告知书
21. 职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表
22. 个人承诺书
23. 同意声明书
24. 继承人承诺书

附件 1:

## 门诊特定病种/普通门诊就医医疗机构定 点表

申请人姓名		身份证号码		联系 电话	
代办人姓名		身份证号码			
门诊特定病种(最多可选 3 家医疗机构)					
门诊特定病种 名称					
选择就医医疗 机构名称	1.				
	2.				
	3.				
普通门诊(最多可选 3 家医疗机构)					
选择就医医疗 机构名称	1.				
	2.				
	3.				
本人同意选择该医疗机构为本人该 <input type="checkbox"/> 门诊特定病种定点 <input type="checkbox"/> 普通门诊就医医疗机构					
本人(代办人) 签名:			办理日期		

附件 2:

## 门诊特定病种/普通门诊定点就医医疗机构 变更申请表

申请人姓名		身份证号码		联系电话 (可多填)	
代办人姓名		身份证号码			
申请事项	<input type="checkbox"/> 变更门诊特定病种定点就医医院 <input type="checkbox"/> 变更普通门诊定点就医医院				
变更条件	(地级以上市医保经办机构根据本地实际明确)				
普通门诊 原选定医院	1.		普通门诊 新选定医院	1.	
	2.			2.	
	3.			3.	
门诊特定病 种原选定医 院	1.		门诊特定病种 新选定医院	1.	
	2.			2.	
	3.			3.	
申请变更 情况说明	本人已知悉可 <input type="checkbox"/> 变更门诊特定病种定点就医医院 <input type="checkbox"/> 变更普通门诊定点就医医院的条件,承诺所提供材料与信息均真实完整合法,符合办理业务条件。 具体变更原因如下:				
本人(代办人)签名:			填表日期		

## 附件 3

## 佛山市基本医疗保险门诊转诊备案表

姓 名		性 别		年 龄		审 批 号	
身份证号						联系电话	
原就诊情况	医院名称:		就诊号:		就诊时间:		
	就诊诊断:						
转诊原因	转诊到非选定医疗机构就诊						
转往医院名称				转往医院级别			
病情摘要及转诊理由				副主任以上医师或科主任意见:			
				签名: _____ 年 月 日 医疗机构审批意见:			
医生签名: _____ 年 月 日				盖章: _____ 年 月 日			

备注: 1、转出医院将转诊信息录入医保系统后, 参保人或代办人持参保人社会保障卡或医保电子凭证或有效身份证件及转院回执, 自转诊手续办理后起 30 日内到转入医院办理转诊手续。

2、本表自转出之日起 30 日内多次转诊有效, 参保人超过 30 日未在转入医院办理转入手续, 须重新申请办理转诊备案手续。

3、如转入医院已实现联网结算, 须在医院现场即时结算医疗费用 (如遇特殊情况不能现场即时结算, 先由医院挂账处理, 待问题解决后再予结算); 如转入医院未实现联网结算, 参保人或代办人需出院后 180 日内到参保所属医保机构申请零星报销。

4、申请零星报销需要提供: (1) 医院收费收据; (2) 医疗费用收费明细清单; (3) 参保人医保电子凭证或社会保障卡或有效身份证件; (4) 未领取或未激活社会保障卡的, 须提供参保人本人有效身份证明及其本人的银行活期存折或借记卡的原件及复印件; (5) 由他人代办的, 需提供代办人社会保障卡或医保电子凭证或有效身份证件 (6) 其他相关资料。

本人已阅读本表并理解以上备注内容。

(抄录处) \_\_\_\_\_

参保人 (代办人) 签名:

日期:

年 月 日

## 附件4 佛山市基本医疗保险参保人员门诊急救、抢救就医备案表

姓 名		年 龄		联系电话	
身份证号码					
就诊医院名称					
就诊时间					
疾病诊断					
申请人/代办人：			年 月 日		
医保经办机构备案意见：   <input type="checkbox"/> 同意办理 <input type="checkbox"/> 不同意办理					
经办人：		审核人：		(盖章) 年 月 日	

备注：1、办理申请时，请携带参保人及代办人社会保障卡或医保电子凭证或有效身份证件、门诊急救、抢救证明原件（如病历已有描述无需提供）、病历等资料原件及复印件。

2、参保人员因急救和抢救发生的政策范围内门诊医疗费用，才能按急救和抢救所在医疗机构对应级别的支付比例进行支付。

3、申请零星报销需要提供：(1)医院收费收据；(2)医疗费用收费明细清单；(3)参保人社会保障卡原件；(4)未领取或未激活社会保障卡的，须提供参保人本人的有效的银行账户信息；(5)由他人代办的，需提供代办人身份证明原件；(6)其他相关资料。

附件 5

## 补正材料通知书

参保人/参保单位\_\_\_\_\_（身份证号/单位编号\_\_\_\_\_）申请办理医保业务，经审核，由于资料不齐全，请补充以下打“√”的项目资料。咨询电话：

序号	资 料 名 称	备注
1	有效身份证明原件及复印件	
2	社会保障卡	
3	医院收费票据	
4	费用明细清单原件	
5	住院证明材料原件	
6	疾病诊断证明原件、急诊（抢救）病历原件及复印件	
7	检验、检查报告资料原件及复印件	
8	《佛山市基本医疗保险意外伤害就医审核表》	
9	明确第三人责任的相关证明材料原件及复印件	
10	参保人户口簿、居住证、养老院证明原件及复印件	
11	单位派驻异地长期工作证明	
12. 其他		

受理人：

受理日期：

受理机构：（章）

参保人或代办人签名：

联系电话：

备注：本表一式两份，一份交参保人，一份由受理机构归档。

附件 6

## 普通门诊家庭医生签约年度支付限额提高 确认书

本人\_\_\_\_\_，身份证号：\_\_\_\_\_，  
为职工医保参保人员退休人员居民医保参保人员，现  
只选定 1 家 （医疗机构名称） 作为普通门诊的定点医疗机  
构并与其签订家庭医生服务协议。

须知：

1. 参保人只选定1家基层医疗机构作为普通门诊的定点医疗机构  
并与其签订家庭医生服务协议生效后，其年度最高支付限额在上述勾  
选参保人员年度最高支付限额的基础上提高10%，同时视为参保人同  
意终止其余已选定的普通门诊选点医疗机构作为本人的普通门诊选  
点医疗机构。

2. 普通门诊家庭医生签约年度支付限额提高确认手续生效期间，  
如参保人重新办理不超过3家医疗机构作为本人普通门诊的定点医疗  
机构或终止普通门诊家庭医生签约服务的，则其年度支付限额调回至  
原参保人员的年度支付限额，不再执行提高10%的规定。

参保人或代办人签名：

年 月 日

附件 7

## 终止普通门诊家庭医生签约年度支付限额 提高确认书

本人\_\_\_\_\_，身份证号：\_\_\_\_\_，  
为职工医保参保人员退休人员居民医保参保人员，已  
办理只选定 1 家\_\_\_\_\_(医疗机构名称)作为普通门诊的定点医  
疗机构并与其签订家庭医生服务协议。因需重新办理不超过  
3 家医疗机构作为本人普通门诊的定点医疗机构，现申请办  
理终止普通门诊家庭医生签约年度支付限额提高确认手续，  
望予以受理。

须知：

1. 参保人办理终止普通门诊家庭医生签约年度支付限额提高确  
认后，其年度支付限额调回至原参保人员的年度支付限额，不再执行  
提高10%的规定。
2. 参保人如需年度最高支付限额提高10%的，则需再次办理普通  
门诊家庭医生签约年度支付限额提高确认手续。

参保人或代办人签名：

年 月 日



说明：1.病情摘要应当填写主诉、现病史、体格检查、辅助检查等确诊情况；

2.项目构成必须符合医保政策有关规定。

3.首次申请待遇享受有效期自定点医疗机构按照规定将认定信息上传医保信息系统备案之日起，按照自然日计算，到期自动终止。

4.参保人员，应在相应门特病种待遇认定有效期满前30日内，申请办理续期。定点医疗机构应规定办理后，续期有效期自前一有效期满后次日起，按照自然日计算，到期自动终止。

5.每申请认定一个门特病种，需填写一份《门诊特定病种待遇认定申请表》

6.办理待遇续期需填写此表。

## 佛山市基本医疗保险门诊特定病种申请表

参保人填写	姓名		性别		年龄	
	身份证号码				联系电话	
	申请地点				申请日期	
	申请病种：					
医保经办机构填写	经办填写	<input type="checkbox"/> 确认申请病种：  <input type="checkbox"/> 不符合申请条件  经办人签名：_____ 日期：____年__月__日				
	审核意见	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意  (盖章) 审核人签名：_____ 日期：____年__月__日				

## 须 知

一、对于已受理且资料齐备的门特申请，医保经办机构须在 3 个工作日（含）内完成审核。

二、参保人可在医保经办机构审核后，持社会保障卡或医保电子凭证或有效身份证件到市内定点医院驻点办公室、各医保经办机构查询、打印申请结果。

三、符合条件享受门特待遇的参保人凭社会保障卡或医保电子凭证或有效身份证件在医院刷卡现场结算，非因医保系统故障等特殊原因，医保机构不受理零星报销。

四、参保人在市内医疗机构住院期间不能享受门特待遇（结核病、精神类专科用药除外）。

五、除已办理长驻（住）异地就医等特殊情况下，市外医院发生的门诊费用不纳入门特报销范围。特殊情况经参保所属医保机构核准后在市外医院发生门特费用且无法现场结算的，先由个人垫付费用，并自就诊之日起 180 日内持相关资料申请零星报销。

六、未经核准的门特或其他非门特疾病就医费用不纳入门特支付范围。

本人已阅读本表并理解以上备注内容。

（抄录处）

参保人（代办人）签名：                    日期：      年  月  日

附件 10

佛山市基本医疗保险门特申请资料对应表

(医保经办机构使用)

序号	病种名称	符合到医保经办机构申请门特待遇的长驻(住)异地人员参保人提供诊断证明材料的补充说明
1	地中海贫血(海洋性贫血或珠蛋白生成障碍性贫血)	轻型: 诊断证明材料须由三级医疗机构出具。 重型: 由三级医疗机构出具的诊断证明材料须同时符合下列标准: 1. 血常规的检验结果: 红细胞平均体积(MCV)、红细胞平均血红蛋白(MCH)、红细胞平均血红蛋白浓度(MCHC)的检测值均低于正常值以下; 血红蛋白(HGB) <60g/l; 2. 抗碱血红蛋白(HbF) 30%~90%的检验结果; 3. 地中海贫血基因检查结果存在基因点突变或珠蛋白基因的缺失或骨髓检查结果。
2	慢性肾功能不全(血透治疗)	由三级医疗机构出具的诊断证明材料须同时符合下列标准: 1. 符合第(1)至(3)项中一项以上指标, 且同时符合第(4)至(7)项中一项以上指标。 (1) 肌酐清除率(Ccr) $\leq$ 10ml/min, 合并糖尿病时 Ccr < 15ml/min。 (2) 血尿素氮 $\geq$ 28.6mmol/l (80mg/dl)。 (3) 血肌肝 $\geq$ 707.2 $\mu$ mol/l (8mg/dl)。 (4) 高钾血症 K $\geq$ 6.5mmol/L。 (5) 代谢性酸中毒 HCO <sub>3</sub> $\leq$ 16.74mmol/L。 (6) 有明显水潴留体征(严重浮肿、血压升高及充血性心力衰竭)。 (7) 有厌食、恶心、呕吐等明显尿毒症表现。 2. 需要进行血液透析治疗。
3	慢性肾功能不全(腹透治疗)	由三级医疗机构出具的诊断证明材料须同时符合下列标准的: 1. 符合第(1)至(3)项中一项以上指标, 且同时符合第(4)至(7)项中一项以上指标。 (1) 肌酐清除率(Ccr) $\leq$ 10ml/min, 合并糖尿病时 Ccr $\leq$ 15ml/min。 (2) 血尿素氮 $\geq$ 28.6mmol/l (80mg/dl)。 (3) 血肌肝 $\geq$ 707.2 $\mu$ mol/l (8mg/dl)。 (4) 高钾血症 K $\geq$ 6.5mmol/L。 (5) 代谢性酸中毒 HCO <sub>3</sub> $\leq$ 16.74mmol/L。

		(6) 有明显水潴留体征（严重浮肿、血压升高及充血性心力衰竭）。 (7) 有厌食、恶心、呕吐等明显尿毒症表现。 2. 需要进行腹膜透析治疗。
4	血友病	诊断证明材料须由三级医疗机构出具。
5	精神分裂症	诊断证明材料须由精神病专科医院出具。
6	分裂情感性障碍	诊断证明材料须由精神病专科医院出具。
7	持久的妄想性障碍（偏执性精神病）	诊断证明材料须由精神病专科医院出具。
8	双相（情感）障碍	诊断证明材料须由精神病专科医院出具。
9	癫痫所致精神障碍	诊断证明材料须由精神病专科医院出具。
10	精神发育迟滞伴发精神障碍	诊断证明材料须由精神病专科医院出具。
11	恶性肿瘤（化疗，含生物靶向药物、内分泌治疗）	由三级医疗机构出具的诊断证明材料须同时符合下列标准的： 1. 经病理学检查或影像学检查及相关化验，诊断明确为恶性肿瘤。 2. 需要在门诊进行化学治疗、生物靶向药物治疗、内分泌治疗、免疫治疗。
12	恶性肿瘤（放疗）	由三级医疗机构出具的诊断证明材料须同时符合下列标准的： 1. 经病理学检查或影像学检查及相关化验，诊断明确为恶性肿瘤。 2. 需要在门诊进行放射治疗。
13	肾脏移植术后抗排异治疗	由三级医疗机构出具的诊断证明材料须同时符合下列标准的： 1. 肾脏移植病史。 2. 需要进行抗排异治疗的。
14	心脏移植术后抗排异治疗	由三级医疗机构出具的诊断证明材料须同时符合下列标准的： 1. 心脏移植病史。 2. 需要进行抗排异治疗。
15	肝脏移植术后抗排异治疗	由三级医疗机构出具的诊断证明材料须同时符合下列标准的： 1. 肝脏移植病史。 2. 需要进行抗排异治疗的。
16	肺脏移植术后抗排异治疗	由三级医疗机构出具的诊断证明材料须同时符合下列标准的： 1. 肺脏移植病史。 2. 需要进行抗排异治疗的。
17	丙型肝炎（HCV RNA 阳性）	由三级医疗机构出具的诊断证明材料须同时符合下列标准的： 1. 丙型肝炎病史。 2. HCV RNA 持续阳性。

18	造血干细胞移植后抗排异治疗	由三级医疗机构出具的诊断证明材料须同时符合下列标准的： 1. 造血干细胞移植病史。 2. 需要进行移植物抗宿主病的预防与治疗。
19	耐多药肺结核	诊断证明材料须由慢性病专科医疗机构出具。（含利福平耐药肺结核）
20	活动性肺结核	诊断证明材料须由慢性病专科医疗机构出具。
21	骨髓纤维化	诊断证明材料须由二级（含）以上医疗机构出具。
22	骨髓增生异常综合症	诊断证明材料须由二级（含）以上医疗机构出具。
23	肺动脉高压	诊断证明材料须由二级（含）以上医疗机构出具。
24	C型尼曼匹克病	诊断证明材料须由二级（含）以上医疗机构出具。
25	肢端肥大症	诊断证明材料须由二级（含）以上医疗机构出具。
26	多发性硬化	诊断证明材料须由二级（含）以上医疗机构出具。
27	恶性肿瘤（非放化疗）	由二级（含）以上医疗机构出具的诊断证明材料须同时符合下列标准的： 1. 经病理学检查或影像学检查及相关化验，诊断明确为恶性肿瘤。 2. 不能进行化学治疗、放射治疗。 3. 限恶性肿瘤镇痛治疗、恶液质病人的营养、支持等辅助治疗。
28	肝硬化（失代偿期）	由二级（含）以上医疗机构出具的诊断证明材料须符合下列第 1-2 项标准中任一项，且同时符合第 3 项标准的： 1. 有肝硬化的并发症。出现腹水，肝性脑病，感染，肝肾综合征或门静脉高压症引起的食管胃底静脉曲张或破裂出血、脾功能亢进等。 2. 有明显肝功能异常及失代偿征象。血清白蛋白 $<35\text{g/L}$ ， $\text{A/G}<1.0$ ，胆红素 $>35\mu\text{mol/L}$ ，血清 AST 和 / 或 ALT 升高，凝血酶原活动度 $<60\%$ 。 3. B 超、CT 或 MR 检查显示肝脏有肝硬化的声像。
29	慢性肾功能不全（非透析治疗）	由二级（含）以上医疗机构出具的诊断证明材料须同时符合下列标准的： 1. 具备慢性肾炎、糖尿病、高血压及其它可引起慢性肾脏疾病的病因。 2. 有尿毒症面容、乏力、失眠、食欲不振、皮肤瘙痒、尿素霜、水电解质及酸碱代谢紊乱、贫血、出血倾向、肾性骨营养不良、易发感染等症状。

		3. 代偿期实验室检查正常，失代偿期时血肌酐高于正常值及肾小球滤过率 $<60\text{ml}/\text{min}$ 持续 3 月以上；或病史不足 3 月，但有肾脏 B 超出现肾脏萎缩、皮髓分界不清等慢性化表现。
30	慢性肾小球肾炎	由二级（含）以上医疗机构出具的诊断证明材料须同时符合下列标准的： 1. 尿常规的检验结果：尿蛋白（PRO）阳性，尿红细胞 $>3\sim 5$ 个/HP 或尿中畸形红细胞 $>8000$ 个/ml； 2. 血常规检查的检验结果：血红蛋白（HGB 或 Hb）下降； 3. 肾功能的检验结果异常或肾脏活检为慢性肾炎。
31	肾病综合征	由二级（含）以上医疗机构出具的诊断证明材料须同时符合下列标准的： 1. 24 小时尿蛋白（PRO）定量大于 3.5g 的检验结果； 2. 血浆白蛋白（ALB）小于 30g/L 的检验结果； 3. 血脂检查总胆固醇（CHOL）或甘油三脂（TG）升高的检验结果。
32	慢性乙型肝炎	诊断证明材料须由二级（含）以上医疗机构出具。
33	脑血管疾病后遗症	由二级（含）以上医疗机构出具的诊断证明材料须同时符合下列标准的： 1. 脑血管疾病病史。 2. 急性期 6 个月后，仍遗留以下症状或体征中的 2 种或 2 种以上的：遗留有偏瘫半侧肢体障碍、肢体麻木偏盲失语，或者交叉性瘫痪、交叉性感觉障碍、外眼肌麻痹、眼球震颤、构音困难、语言障碍、记忆力下降、口眼歪斜、吞咽困难、呛食呛水、共济失调、头晕头痛、二便障碍、发作性抽搐等。
34	系统性红斑狼疮	诊断证明材料须由二级（含）以上医疗机构出具。
35	类风湿关节炎	诊断证明材料须由二级（含）以上医疗机构出具。
36	再生障碍性贫血	诊断证明材料须由二级（含）以上医疗机构出具。
37	癫痫	诊断证明材料须由二级（含）以上医疗机构出具。
38	强直性脊柱炎	诊断证明材料须由二级（含）以上医疗机构出具。
39	克罗恩病	诊断证明材料须由二级（含）以上医疗机构出具。
40	甲状腺功能减退症	由二级（含）以上医疗机构出具的诊断证明材料须同时符合下列标准的： 1. 血清游离甲状腺素（FT4）低于正常值的检验结果； 2. 血清游离三碘甲腺原氨酸（FT3）低于正常值的检验结

		果； 3. 促甲状腺激素（TSH）升高的检验结果（中枢性甲减除外）。
41	帕金森病	诊断证明材料须由二级（含）以上医疗机构出具。
42	原发性干燥综合症	由二级（含）以上医疗机构出具的诊断证明材料须同时符合下列标准的： 血清抗 SSA 或抗 SSB（+），或类风湿因子阳性同时伴 ANA $\geq 1:320$ 的检验结果；或唇腺病理检验结果提示淋巴细胞灶 $\geq 1$ 个/ $4\text{mm}^2$ （ $4\text{mm}^2$ 组织内至少有 50 个淋巴细胞聚集）。
43	混合性结缔组织病	由二级（含）以上医疗机构出具的诊断证明材料须同时符合下列标准的： 抗 sm 抗体阴性或抗 U1RNP 滴度（抗 U1 核糖核蛋白滴度） $\geq 1:1000$ 的检验结果。
44	支气管哮喘	诊断证明材料须由二级（含）以上医疗机构出具。
45	艾滋病	诊断证明材料须由二级（含）以上医疗机构出具。
46	银屑病	诊断证明材料须由二级（含）以上医疗机构出具。
47	溃疡性结肠炎	诊断证明材料须由二级（含）以上医疗机构出具。
48	重症肌无力	由二级（含）以上医疗机构出具的诊断证明材料须同时符合下列标准的： 1. 新斯的明试验阳性检查报告； 2. 胸腺 CT 或 MRI 报告提示胸腺增生或胸腺瘤。
49	阿尔兹海默病	由二级（含）以上医疗机构出具的诊断证明材料须同时符合以下标准，且需要门诊长期治疗的： （一）全面性智能性损害； （二）无突然的卒中样发作，疾病早期无局灶性神经系统损害的体征； （三）无临床或特殊检查提示智能损害是由其他躯体或脑的疾病所致； （四）下列特征可支持诊断但不是必备条件： 1. 高级皮层功能受损，可有失语、失认、失用； 2. 淡漠、缺乏主动性活动，或易激惹和社交行为失控； 3. 晚期重症病例可能出现帕金森症状和癫痫发作； 4. 躯体、神经系统，可实验室检查证明有脑萎缩。
50	湿性年龄相关性黄斑变性（AMD）	诊断证明材料须由二级（含）以上医疗机构出具。
51	糖尿病黄斑水肿（DME）	诊断证明材料须由二级（含）以上医疗机构出具。

52	脉络膜新生血管（CNV）	诊断证明材料须由二级（含）以上医疗机构出具。
53	视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿（RVO-ME）	诊断证明材料须由二级（含）以上医疗机构出具。
54	新冠肺炎出院后门诊康复治疗	诊断证明材料须由卫生健康部门公布的定点收治医疗机构出具。
55	白内障门诊手术治疗	诊断证明材料须由二级（含）以上医疗机构出具并注明需在门诊进行白内障人工晶体植入术。
56	泌尿系结石门诊体外碎石	1. B超、肾-输尿管-膀胱摄影（KUB）、静脉尿路造影（IVU）或CT检查提示泌尿系结石； 2. 诊断证明材料须由二级（含）以上医疗机构出具并注明需在门诊进行体外冲击波碎石治疗。
57	高血压病	高血压病不伴器官功能损伤： 诊断证明材料须由二级（含）以上医疗机构出具。
		高血压伴器官功能损伤： 由二级（含）以上医疗机构出具的诊断证明材料须同时符合下列标准的： 脑、心、肾、大血管或眼底检查有异常的报告。
58	糖尿病	诊断证明材料须由二级（含）以上医疗机构出具。
59	冠心病	诊断证明材料须由二级（含）以上医疗机构出具。
60	慢性心功能不全	由二级（含）以上医疗机构出具的诊断证明材料须符合下列第1项标准，且同时符合第2-4项标准中任一项的： 1. 器质性心脏病病史，合并慢性心功能不全（包括左心功能不全、右心功能不全）。 2. 胸部X线提示心影增大、肺淤血、肺水肿等。 3. 血液NT-proBNP。年龄50岁以下>450pg/ml；年龄50-75岁>900pg/ml；年龄75岁以上>1800pg/ml或血液BNP>400pg/ml。 4. 超声心动图提示心脏扩大，可能存在瓣膜狭窄或关闭不全，LVEF<40%或LVEF $\geq$ 40%，合并左心室肥厚、心脏舒张功能异常；存在右心衰竭时可见三尖瓣环收缩期位移降低。
61	慢性阻塞性肺疾病	诊断证明材料须由二级（含）以上医疗机构出具。

# 附件 11

## (参保人姓名)xxx 门慢门特登记信息确认单

姓名

证件号码

医保门诊门慢门特病种代码

医保门诊门慢门特病种名称

鉴定定点医药机构编号

鉴定定点医药机构名称

诊断医师编码

诊断医师姓名

开始日期

申请日期

结束日期

申请理由

定点医药机构编号	定点医药机构名称	开始日期	结束日期

打印人：

打印时间：



- 说明: 1. 首次申请待遇享受有效期自定点医疗机构按照规定认定信息上传医保信息系统备案之日起, 按照自然日计算, 到期自动终止。
2. 参保人员, 应在相应门特病种待遇认定有效期满前 30 日内, 申请办理续期。定点医疗机构应规定办理后, 续期有效期自前一有效期满后次日起, 按照自然日计算, 到期自动终止。

附件 13

佛山市基本医疗保险门诊特定病种超限额使用申请表（新版）

参保人填写	姓名		性别		年龄	
	身份证号					
主诊医师填写	<p>申请理由：</p> <p><input type="checkbox"/>强直性脊柱炎（因病情需要使用_____国家医保谈判药品）超限额申请。</p> <p><input type="checkbox"/>类风湿性关节炎（因病情需要使用_____国家医保谈判药品）超限额申请。</p> <p><input type="checkbox"/>银屑病（因病情需要使用_____国家医保谈判药品）超限额申请。</p> <p><input type="checkbox"/>克罗恩病（因病情需要使用_____国家医保谈判药品）超限额申请。</p> <p><input type="checkbox"/>溃疡性结肠炎（因病情需要使用_____国家医保谈判药品）超限额申请。</p> <p><input type="checkbox"/>支气管哮喘（因病情需要使用_____国家医保谈判药品）超限额申请。</p> <p><input type="checkbox"/>分裂情感性障碍（因病情需要使用_____长效抗精神病针剂）超限额申请。</p> <p><input type="checkbox"/>持久的妄想性障碍（偏执性精神病）（因病情需要使用_____长效抗精神病针剂）超限额申请。</p> <p><input type="checkbox"/>双相（情感）障碍（因病情需要使用_____长效抗精</p>					

	<p>神病针剂) 超限额申请。</p> <p><input type="checkbox"/> 癫痫所致精神障碍(因病情需要使用_____长效抗精神病针剂) 超限额申请。</p> <p><input type="checkbox"/> 精神发育迟滞伴发精神障碍(因病情需要使用_____长效抗精神病针剂) 超限额申请。</p> <p>医生签名: _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>
	<p>医疗机构审批意见:</p> <p>盖章: _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>
	<p>医保经办机构审核意见(盖章):</p> <p><input type="checkbox"/> 同意办理</p> <p><input type="checkbox"/> 不同意办理</p> <p>初核人: _____ 审核人: _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>

备注: 1. 本表一式两联, 一联由参保人保存, 一联由医保经办机构归档。

2. 强直性脊柱炎、类风湿性关节炎、银屑病、克罗恩病、溃疡性结肠炎、支气管哮喘因病情需要使用相应的国家医保谈判药品, 而当期年度支付限额不足时, 经选定医疗机构核实后可将年度支付限额调整为 10000 元。

3. 精神障碍病种(精神分裂症病种除外)因病情需要使用长效抗精神病针剂, 而当期年度支付限额不足时, 经选定医疗机构核实后可将年度支付限额调整为 10000 元。

## 佛山市基本医疗保险门诊特定病种 超限额使用申请表（二）

姓名		性别		年龄	
参保人 身份证号					
申请理由： <input type="checkbox"/> 慢性肾功能不全（血透治疗）超限额申请 <input type="checkbox"/> 慢性肾功能不全（腹透治疗）超限额申请 <input type="checkbox"/> 血友病超限额申请					
参保人或代办人签名：			日期：           年    月    日		
医保经办机构审核意见（盖章）：  <input type="checkbox"/> 同意办理  <input type="checkbox"/> 不同意办理					
初核人：		审核人：		日期：           年    月    日	

备注：本表一式两联，一联由参保人保存，一联由医保经办机构归档。



## 佛山市基本医疗保险门诊特定病种终止待遇申请书

本人\_\_\_\_\_，身份证号：\_\_\_\_\_，  
因\_\_\_\_\_原因，特向\_\_\_\_\_（医保经办机构）对\_\_\_\_\_门诊特定病种提出终止待遇申请，  
望予以受理。

须知：

门诊特定病种待遇的终止自核准之日起生效。参保人的门诊特定病种待遇终止后，如需继续享受该门诊特定病种待遇的，需重新办理申请手续，经审核后才能重新享受该门诊特定病种待遇。

参保人或代办人签名：

年 月 日

## 佛山市申领医疗保险待遇承诺书

参保人姓名	身份证件号码	联系电话
<b>申办业务类型</b>	<input type="checkbox"/> 市内定点医疗机构同意非即时结算的住院医疗费用 <input type="checkbox"/> 未在市外联网医疗机构即时结算的住院医疗费用 <input type="checkbox"/> 在市外非联网医疗机构发生的住院医疗费用 <input type="checkbox"/> 未在市内定点医疗机构即时结算的门特医疗费用 <input type="checkbox"/> 经核准在市外医疗机构发生的门特医疗费用 <input type="checkbox"/> 异地就医备案人员在备案地相关医疗机构发生的政策范围内门诊（普通门诊和门特）医疗费用 <input type="checkbox"/> 因急救、抢救在市外非定点医疗机构发生的普通门诊医疗费用 <input type="checkbox"/> 经普通门诊选定医疗机构转诊在市外定点医疗机构发生的普通门诊医疗费用 <input type="checkbox"/> 一次性生育医疗补贴 <input type="checkbox"/> 法律法规规定的其他情形	
<b>计生情况承诺需填写以下内容</b>		
本人户籍地为_____省_____市，承诺本孕次符合国家计划生育政策并已办理计生部门登记手续，本孕次为第_____胎，准生证号/登记号为：		
<b>使用医院收费票据需填写以下内容</b>		
就诊医院		
就诊时间	_____年 _____月 _____日至 _____年 _____月 _____日	
<p>本人承诺：本次用于申请医疗费用报销的上述医院收费票据不会在其他地市重复申报待遇并授权贵局对承诺内容是否属实进行核查。如有不实或隐瞒，本人承诺自愿退还在贵局享受的相应待遇并承担相应法律责任，且同意贵局将本人虚假行为上报和纳入信用管理体系。</p>		
<b>未领取或未激活社会保障卡的需承诺以下内容</b>		
<input type="checkbox"/> 本人承诺未领取或未激活社会保障卡，提供的账户信息真实有效，如遇发放失败，愿意配合重新提供账户信息。		

**若医疗费用专用收据或发票未写明新生儿姓名，需填写以下内容**

新生儿母亲姓名\_\_\_\_\_身份证件号码\_\_\_\_\_，由于新生儿因\_\_\_\_\_疾病住院治疗时并未取名入户，故医疗费用专用收据或发票上的名字为\_\_\_\_\_，出生证号为\_\_\_\_\_。

**超时申办零星报销的需填写以下内容**

**申领待遇  
原因**

因\_\_\_\_\_原因，未能在规定时限内申请零星报销，现向贵局申请本人\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日的医疗费用零星报销。

**遗失收费票据原件的填写以下内容**

因\_\_\_\_\_原因，遗失（ 住院； 门诊）收费票据原件，号码：\_\_\_\_\_，金额\_\_\_\_\_。现申请使用加盖医疗机构印章的财税部门统一监制的医疗费用收费票据复印件作医保支付凭证。

**温馨提示**

**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生育/医疗保险待遇的，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。

本人同意授权佛山市医保经办机构通过信息共享方式查询本人与办理医疗保险业务相关信息，承诺所述情况真实合法，如有伪造材料或以任何方式骗取医疗保险待遇的，愿意承担一切后果并退回已领待遇，佛山市医保经办机构有权将本人虚假行为上报和纳入信用管理体系。

请确认以上信息的真实性并手工抄录：“本人已阅知本栏内容，承诺所填内容与事实相符，若提供虚假材料或陈述虚假的，愿意承担法律责任。”

抄录处：\_\_\_\_\_

参保人签名（指模）：

代办人签名（指模）：

代办人身份证件号码：

代办人联系电话：

申请时间：

- 注： 1. 港澳台及外籍人士身份证件号码处填写护照证明或通行证编号。  
2. 准生证号/登记号为非必填项。

附件 18

## 佛山市基本医疗保险不予报销决定书

\_\_\_\_\_:

您于 年 月 日向我局提出  
\_\_\_\_\_申请收悉。

根据 \_\_\_\_\_ (政策依据) \_\_\_\_\_ 的规定，由于  
您 \_\_\_\_\_，因此，我局决定不予支付您  
\_\_\_\_\_待遇。

如不服本告知书，可在收到本告知书之日起 60 日内向  
本局申请待遇复查或者向属地行政复议机关申请行政复议，  
也可以在签收本表之日起六个月内直接向顺德区人民法院  
提起行政诉讼。

特此告知。

年 月 日

(盖章)

申请人签收:

签收日期: 年 月 日

联系电话:

附件 19

## 佛山市基本医疗保险待遇复查申请书

本人\_\_\_\_\_，身份证号：\_\_\_\_\_，  
对\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日在\_\_\_\_\_□医院/□医  
保经办机构办理的业务编号为\_\_\_\_\_的医疗费用  
结算存有异议，特向\_\_\_\_\_（医  
保经办机构）提出复查申请，望予以受理。

申请人：

年 月 日

附件 20

## 佛山市基本医疗保险待遇复查告知书

参保人/单位：\_\_\_\_\_

您/贵单位申请复查\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日办理的编号为 XXX 基本医疗保险报销业务。根据您提交的资料，并依据佛山市基本医疗保险的有关规定，经复查，结果如下：

	本次复查结果 (元)	原核算结果 (元)	本次复查结果与原核算结果对比 (多支付为+ 元，少支付为- 元)
基本医保基金支付			
大病保险			
其他补助			

特此告知。

医保经办机构（章）：

年 月 日

注：1、本告知书一式两份，申办人及医保经办机构各留存一份。

2、申请人对待遇复查结果仍有异议的，可从签收本告知书之日起六十日内向属地人民政府申请行政复议，也可从签收本告知书之日起六个月内向顺德区人民法院提起行政诉讼。

3、重新核定结果为基金多支付或不应支付的，申请人应在自接到\_\_\_\_\_医保经办机构出具的退款通知书 30 日内办理退款手续。逾期不办理退款手续的，将依法处理。

申办人签收：

签收日期：

## 附件 21

## 职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表 (参考样表)

参保人基本情况				
姓名		身份证件号码		
支取原因	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 出国定居 <input type="checkbox"/> 主动放弃 <input type="checkbox"/> 其他			
工作单位				
账户号码				
开户行				
继承人(代表人)基本情况				
姓名		与参保人关系		
身份证件号码		联系电话		
常住地址		工作单位		
账户号码				
开户行				
经协商,由_____代表全部继承人办理支取业务,有关款项汇入其名下银行账户,分配事宜自行解决,由此产生的法律纠纷由代表人自行负责。				
签字:            年    月    日				
被委托人基本情况(如无被委托人,无需填写)				
姓名		身份证件 号码		联系电话
备注				

支取人签字:

年    月    日

## 个人承诺书（参考样式）

本人\_\_\_\_\_（身份证件号码：\_\_\_\_\_），  
办理\_\_\_\_\_业务。因个人原因  
无法提供\_\_\_\_\_证明，本人保证  
符合此业务办理条件，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

## 同意声明书

参保人\_\_\_\_\_（身份证号\_\_\_\_\_） /  
 代办人\_\_\_\_\_（身份证号\_\_\_\_\_）

现申请办理基本医疗保险个人账户销户手续，自愿放弃目前尚未划拨到账的基本医疗保险个人账户资金元，其未能划拨的资金归医疗保险基金所有。

特此声明

申请人：

联系电话：

日期：

## 继承人承诺书

(样本)

本人\_\_\_\_\_，身份证号码：\_\_\_\_\_，  
是参保人\_\_\_\_\_（身份证号码：\_\_\_\_\_）  
的法定继承人。因参保人银行账户已注销且无有效的社会保  
障卡，致其基本医疗保险医疗费用核报金额或个人账户资金  
无法划拨，特申请将其基本医疗保险医疗费用核报金额  
元或个人账户资金划拨至本人银行账户（户名：\_\_\_\_\_，开  
户银行：\_\_\_\_\_，银行账  
号：\_\_\_\_\_），本人承诺按《中华  
人民共和国继承法》等法律法规的相关规定支配该项资金并  
承担相应的法律责任。

承诺人：

联系电话：

日期：