|  |  |
| --- | --- |
| 事项名称 | 门诊抢救医疗费报销流程 |
| 设定依据 | 1.《中华人民共和国社会保险法》（中华人民共和国主席令第35号）第二十八条、二十九条；第二十八条：符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准以及急诊、抢救的医疗费用，按照国家规定从基本医疗保险基金中支付。第二十九条：参保人员医疗费用中应当由基本医疗保险基金支付的部分，由社会保险经办机构与医疗机构、药品经营单位直接结算。  2. 《东莞市基本医疗保险门诊共济保实施细则》(东府办2022 61 号) 第九条:参保人在本市医疗机构门诊急救和抢救产生的普  通门诊基本医疗费用，支付比例为 75%，签约参保人为 80%。 |
| 申请条件 | 参保人在本市医疗机构门诊抢救，可按规定享受社会基本医疗保险待遇。 |
| 办理材料 | 1、医疗收费收据（发票）原件一份；  2、门诊抢救病历原件或 复印件一份；  3、医疗收费明细清单原件或复印件一份（若无，必须提供门诊处方复印件，注明各项目收费金额，加盖医院收费章）；  4、门诊抢救记录原件或复印件一份；  5、患者本人居民身份证或社会保障卡原件。  6、家属代办的，提供代办人身份证原件，户口本原件及复印件或居委会证明原件一份。  注：以上1、2、3、4项材料依实际就诊发生的材料份数提供，不限一份。 |
| 办理流程 | 窗口办理流程：   一、申请。参保人到市内医疗机构门诊抢救，因故未能现场结算的费用，可在就医后2年内持医疗收费收据（发票）原件、门诊病历、医疗收费明细清单、门诊抢救记录、社会保障卡等材料到门诊就医点选定门诊就医点所属镇街社区卫生服务中心或辅点医院提出门诊抢救医疗费零星报销申请。   二、受理。工作人员收到申请材料之日起即时做出是否受理门诊抢救医疗费报销决定。经审查，参保人符合申请资格，并材料齐全、格式规范、符合法定形式的，予以受理门诊抢救医疗费报销；参保人因不符合申请资格的，工作人员告知不予受理门诊抢救医疗费报销原因；参保人因材料不全或不符合法定形式的，工作人员一次性告知需要补正的全部内容。   三、审查。参保人配合工作人员人员做好身份信息核实工作。   四、决定。门诊抢救医疗费报销，工作人员对符合结算资格，并材料齐全、格式规范、符合法定形式的予以办理现场结算，完成现场结算报销，参保人支付个人自付金额，领取相关单据；因材料不齐全、格式不规范、不符合法定形式的不予办理现场结算，工作人员一次性告知需要补正的全部内容。  办理流程图： |
| 办理时限 | 现场办理 |
| 办理地点 | 定点医疗机构收费处 |
| 办理机构 | 定点医疗机构 |
| 收费标准 | 办理本事项无需收费，个人自费医疗费需自行支付。 |
| 办理时间 | 周一至周五早上08:00-12:00，下午14:30-17:30（注：由于部分定点医疗机构办理时间不一致，请以各定点医疗机构办公时间为准） |
| 联系电话 | 0769—12345 |
| 相关表格下载 | 无 |
| 温馨提示 | 无 |