

南宁市卫生和计划生育委员会

文件

南 宁 市 财 政 局

南卫基卫〔2015〕34号

南宁市卫生计生委 财政局 关于印发南宁市新型农村合作医疗 基金补偿技术方案（试行）的通知

各县（区、开发区）卫生计生局、财政局：

为进一步科学规范使用新型农村合作医疗基金，不断提高广大参合农村居民的健康保障水平，推进新型农村合作医疗制度的稳健发展，根据《南宁市卫生计生委、财政局、编办、发改委关于印发南宁市新型农村合作医疗基金市级统筹实施方案的通知》（南卫〔2015〕15号）文件精神，我们制定了《南宁市新型农村合作医疗基金补偿技术方案（试行）》，现印发给你们。请认真贯

彻执行。

各地在执行过程中遇到问题，请及时向市卫生计生委（基层卫生科）和财政局（社会保障科）反馈。

联系人及电话：

市卫生计生委基层卫生科 陆燕 0771-5766825

市财政局社会保障科 钟自敏 0771-2189191

南宁市卫生和计划生育委员会



南宁市财政局

2015年12月31日



南宁市新型农村合作医疗基金 补偿技术方案（试行）

为深入贯彻医药卫生体制改革，进一步完善南宁市新型农村合作医疗制度建设，根据自治区卫生计生委、财政厅《关于印发广西新型农村合作医疗基金补偿技术方案（2015年修订）的通知》（桂卫基层发〔2015〕9号）文件精神，结合我市实际，制定《南宁市新型农村合作医疗基金补偿技术方案（试行）》，具体方案如下：

一、指导思想

以科学发展观为指导，在逐步提高新农合筹资水平、巩固新农合覆盖面的基础上，通过合理调整补偿方案，科学确定保障范围和报销比例，使参合居民受益程度进一步提高，医疗保障能力进一步增强。

二、基本原则

（一）坚持以大病统筹为主，兼顾受益面。坚持以大病统筹为主，提高住院统筹补偿的受益水平，全面实施门诊统筹，提高重大疾病保障，扩大参合居民受益面。

（二）收支平衡，保障适度。以收定支，量入为出，确保新农合基金收支平衡。在既要防止补偿比例过高而使基金透支，又要防止补偿比例过低而使基金沉淀过多的前提下，合理制定补偿办法，使新农合基金尽最大限度用于参合居民的医药费用补偿，让参合居民最大程度受益。

（三）相对统一，因地制宜。坚持全市新农合基金筹集和分

配、补偿范围、补偿标准保持一致的原则。

（四）优化服务，合理引导。坚持便民利民，引导参合居民合理选择医疗机构，合理利用医疗服务，减轻参合居民的医疗费用负担，保证新农合基金合理高效使用。

（五）坚持预算管理，提高效率。按照“总额包干、限额预付、超支不补”的要求，全面推进新农合基金支付方式改革，建立稳定激励约束运行机制，保障基金使用效率和安全。

三、参合对象及待遇

（一）参加新型农村合作医疗的对象：南宁市各县（区）户籍的农村居民以户为单位自愿参加新农合；因外出打工等原因已参加城镇职工、城镇居民基本医疗保险的人员，不能重复参合和重复享受待遇。

（二）没有参加城镇职工、城镇居民基本医疗保险的农垦、煤矿、林业和华侨农林场等的居民根据自愿原则，可以户为单位参加新农合。

（三）属于我市农村居民的在校学生（包括职业高中、中专、技校等学生）、未在户籍所在地参加新农合的婚嫁人员可随户参加新农合。

（四）低保对象、五保户、残疾人、农村落实计划生育政策的独生子女户、双女结扎户的父母及其子女等由各县（区）政府资助参加新农合。

（五）参合人员保障期限按年度受益，当年参合，当年受益。当年出生（1月1日至12月31日）的新生儿（婴儿）随母亲纳入新农合保障范围，实行“母婴捆绑”政策，封顶线按一个人标

准进行补偿。同时，参合人员享受参合待遇应履行遵守合作医疗有关规定、服从新农合管理、按有关规章制度就诊等义务。

(六)2015年缴费参合而2016年未缴费参合的居民，从2016年1月1日零时起停止享受新农合相关待遇，2016年整户不参合的，家庭账户余额不返还，自动清零。

(七)2016年参合缴费时间是2015年的12月至2016年2月底止，缴费截止后不退还已缴纳参合资金。

四、基金筹集

(一)新农合基金主要由政府补助和居民个人缴费进行筹集。2016年新农合人均筹资标准为农村居民个人缴费120元/人·年。中央和地方各级财政补助标准和分担比例以自治区和南宁市的文件为准。

(二)鼓励社会团体、慈善机构、企业、村集体和个人资助新农合基金。

五、基金分配

新农合基金分为市级统筹调剂金、风险基金、大病保险基金、住院基金、门诊统筹基金五部分。

(一)市级统筹调剂金。按当年统筹基金收入总额提取5%作为市级统筹调剂金(由市新农合管理中心调剂使用)。

(二)风险基金。按当年统筹基金收入总额的10%提取风险基金，若风险基金累计结余达到当年统筹基金收入总额10%的，不再提取风险基金。因弥补基金非正常超支造成的基金临时周转困难等，动用风险基金时，由市新农合经办机构提出申请，经市财

政局和卫生计生委同意，经市人民政府批准后即可使用，并报自治区财政厅、卫生计生委备案。

（三）大病保险基金。2016年从新农合基金中提取每人每年25.96元作为大病保险基金，参加南宁市城乡居民大病保险。

（四）住院基金。当年统筹基金收入总额提取市级统筹调剂金、风险基金及大病保险金后，剩余统筹基金的75%作为住院基金，主要用于参合居民住院医疗费用的报销补偿。

（五）门诊统筹基金。当年统筹基金收入总额提取市级统筹调剂金、风险基金及大病保险金后，剩余统筹基金的25%作为门诊统筹基金，主要用于参合居民门诊治疗费用的报销补偿；住院统筹基金和门诊统筹基金可调配使用。

六、补偿范围

（一）参合居民因伤、病住院或门诊就医、住院分娩的医药费用符合报销范围规定的，纳入新农合补偿范围。

（二）新农合报销药物目录（含国家基本药物目录和自治区增补的基本药物目录，下同）内的药品纳入新农合补偿范围，目录外的药品不予补偿（实行单病种付费管理或按床日付费管理的病种除外）。

乡镇卫生院、村卫生室和政府、公立医院举办的城市社区卫生服务机构（以下简称社区卫生服务机构）的报销药物目录，按《广西壮族自治区卫生计生委关于进一步加强基层医疗卫生机构药品配备使用管理工作的通知》（桂卫药政发〔2014〕5号）要求执行。

(三) 诊疗项目和医用材料补偿规定。在南宁市新农合信息系统建立前, 诊疗项目和医用材料补偿按各县(区)的原规定执行。

(四) 0-14 岁儿童急性白血病、0-14 岁儿童先天性心脏病、乳腺癌、宫颈癌、重性精神病(包括精神分裂症、双相情感障碍、偏执性精神病、癫痫性精神病, 其中精神分裂症含分裂样精神病、急性精神分裂发作、急性精神分裂样精神病, 双相情感障碍含双相障碍、躁狂症、抑郁症)、终末期肾病(慢性肾脏病第 5 期, 包括门诊治疗)、肺结核(包括结核病门诊治疗)、艾滋病机会性感染、重度听障儿童人工耳蜗植入、血友病(包括门诊治疗)、慢性粒细胞白血病、唇腭裂、肺癌、食道癌、胃癌、1 型糖尿病、甲亢、急性心肌梗塞、脑梗死(急性期)、结肠癌、直肠癌、儿童苯丙酮尿症(包括门诊治疗)、尿道下裂、肝癌、鼻咽癌、人感染禽流感、尘肺(《中华人民共和国职业病防治法》实施前, 难以明确第三者企业、用人单位责任, 不能享受工伤保险的参合患者)等疾病, 按重大疾病医疗保障的有关规定执行。重大疾病补偿比例为合规费用的 70%(有定额、限额补偿的按定额和限额), 年度补偿封顶线 15 万元(含普通住院补偿和特殊病种门诊补偿)。补偿公式:

重大疾病住院补偿费用 = (住院总医药费用 - 非补偿范围内的药品费用 - 非补偿范围内的诊疗项目和医用材料的费用 - 起付线) × 70%。(门诊治疗补偿不减起付线)

重大疾病合并其他疾病, 重大疾病为第一诊断或非第一诊断的, 结合参合患者主诉, 病历的治疗过程及费用清单等内容分析, 若治疗针对的是重大疾病, 按重大疾病给予报销, 若主要治疗并

非针对重大疾病，按普通住院给予报销。

（五）以治疗性康复为目的的运动疗法、偏瘫肢体综合训练、脑瘫肢体综合训练、截瘫肢体综合训练、作业疗法、认知知觉功能障碍训练、言语训练、吞咽功能障碍训练、日常生活能力评定等 9 项医疗康复项目的门诊和住院治疗费用，纳入住院统筹基金补偿范围，按《关于印发广西壮族自治区将部分医疗康复项目纳入基本医疗保障范围实施方案（试行）的通知》（桂卫农卫〔2011〕38 号）执行。

（六）狂犬病暴露后门诊处置费用纳入住院统筹基金补偿范围，按每例 300 元给予定额补助。

（七）应由政府另行安排资金的公共卫生服务项目，不应列入新农合基金补偿范围。设有财政专项经费支持的“农村孕产妇住院分娩”、“艾滋病防治”、“结核病防治”、“血吸虫病防治”、“门诊特殊病防治”等公共卫生项目，其救治经费必须首先按照财政专项经费补助政策或经费使用有关规定给予补助后，剩余部分的医药费用再按照新农合规定补偿。

（八）门诊统筹补偿范围，原则上仅限于乡镇（社区）、村两级定点医疗机构。

（九）参合居民的门诊就医等医药费用，以及一般诊疗费中应由新农合基金支付的部分，从门诊统筹基金中予以补偿。

（十）凡属下列情形之一的，不予补偿：

1. 报销手续不全或不符合财务制度规定的，无有效医疗费用发票报销联原件的（商业保险机构提供的复印件加盖保险公司公章除外）；

2. 酗酒（急性酒精中毒）、打架（含夫妻打架）、斗殴、吸毒、服毒、自杀、自残患者（精神病患者发病期除外）的医药费用；
3. 近（弱）视矫正术、气功疗法、音乐疗法、保健疗法、营养疗法、磁疗等费用（精神病患者因病情需要使用音乐疗法、磁疗等费用除外）；
4. 各种美容、健美、减肥、增胖、增效项目及非功能性整容、矫形手术包括眼睑下垂（13岁以下儿童除外）等矫正等费用；
5. 义齿、眼镜、助听器（顺风耳项目儿童除外）和各种自用的保健、按摩、推拿治疗等器械费用；
6. 在国外和港、澳、台地区发生的医疗费用；
7. 各类器官、组织移植的器官源和组织源，以及开展摘取器官、组织移植的器官源和组织源的手术等相关费用；
8. 擅自到非新农合定点医疗机构就医的；
9. 有工伤保险、生育保险基金和第三方承担的医疗费用；
10. 预防接种疫苗费（狂犬病疫苗除外）、婚检等属公共卫生和保健项目的费用；
11. 未经卫生行政部门批准或备案，或者未经物价部门核准收费价格、擅自开展的诊疗项目，以及超过物价部门规定的医疗服务价格收费标准的医疗费用；
12. 涉及违法、犯罪行为所产生的医疗费用；人流和引产（有医学需要的除外），以及因交通事故、医疗事故等应当由第三人负担的医疗费用；
13. 对故意隐瞒受伤经过事实治疗所产生的费用；

14. 住院时间不满(足)24 小时的不纳入住院报销(死亡、急危重病人或转诊除外)。

七、补偿标准

(一) 住院补偿

1. 住院补偿按以下公式计算:

住院补偿费用=(住院总医药费用-非补偿范围内的药品费用-非补偿范围内的诊疗项目和医用材料的费用-起付线)×补偿比例。

2. 住院补偿设置起付线。起付线是指新农合基金对参合居民进行补偿时计算住院补偿费用的最低起点。起付线以下的费用由参合居民自付。住院补偿起付线按以下规定:

(1) 乡镇级定点医疗机构住院起付线为 100 元;

(2) 定点县级和市二级以下(含二级)医疗机构住院起付线为 400 元;

(3) 定点市三级医疗机构住院起付线为 600 元;

(4) 本市定点以外的定点医疗机构住院起付线为 1000 元。

3. 住院补偿按比例给予补偿。补偿比例是指参合居民患病住院花费医药费用后,按规定从新农合基金中获得的医药费用补偿比例。住院补偿比例按以下规定执行:

(1) 乡镇级定点医疗机构住院报销比例为 90%;

(2) 定点县级和市二级以下(含二级)定点医疗机构住院报销比例为 70%;

(3) 定点市三级医疗机构住院报销比例为 60%;

(4) 本市定点以外的定点医疗机构住院报销比例为 45%。

4. 住院补偿设置封顶线。封顶线是指新农合基金能够提供给参合居民的最大补偿额度。参合居民每人每年住院补偿封顶线为12万元。

5. 参合居民住院正常分娩每例按500元给予定额补偿，异常分娩按住院补偿有关规定予以补偿。

补偿公式：住院补偿费用=（住院总医药费用-非补偿范围内的药品费用-非补偿范围内的诊疗项目和医用材料的费用-国家专项补助-起付线）×补偿比例。

6. 参合居民在新农合定点医疗机构使用报销药物目录（不包括中药配方颗粒、中药浓缩配方制剂）范围内的中医药、民族医药诊疗疾病的，其中中医药、民族医药的医药费用（不包括中成药）补偿比例提高10个百分点，在乡镇卫生院和社区卫生服务中心累加补偿比例不能超过100%。

7. 住院床位费最高支付标准为20元/床·日，床位费低于标准的按实际发生费用支付，高于标准的部分由个人支付。

8. 意外伤害住院补偿。

（1）对有责任人的各种意外伤害，不纳入新农合补偿范围。但以下两种情形可按无责任方的意外伤害给予报销补偿：

①责任人逃逸，但有公安部门认定超过三个月无法找到责任人证明材料的意外伤害；

②责任人拒付、责任人无经济能力赔偿，但有法院出具的未获得赔偿证明材料的意外伤害。

（2）对无责任人的意外伤害，其住院合规费用部分纳入新农合补偿范围。补偿比例按同级住院比例降10个百分点进行补偿。

补偿公式：

住院补偿费用=(住院总医药费用-非补偿范围内的药品费用-非补偿范围内的诊疗项目和医用材料的费用-起付线)×(同级医院补偿比例-10%)。

(3)对见义勇为或执行救灾救援等公益任务而负伤住院的，按疾病住院补偿政策执行，申请补偿者须提供县级或县以上政府相关部门出具的相关证据。

(4)后续治疗：与意外伤害本病相关再次住院治疗，如外伤术后拆除内固定材料、外伤术后伤口不愈合、伤口感染等，按同级住院比例降10个百分点进行补偿。

(5)各种意外伤害的住院补偿需按规定填写《南宁市新型农村合作医疗外伤报销申请表》，住院费用在2万元以上(含2万元)的须在本人所在村委公示七天无异议后方予补偿。

(二)普通门诊补偿

1.每人每年门诊统筹费用补偿封顶线为120元，可以参合户为单位家庭共享。每人每天门诊统筹只补偿一次。门诊统筹补偿不设起付线，单次门诊费用按70%补偿，不设单次封顶限额，补偿达到年封顶线限额后，费用自付。

2.一般诊疗费支付标准

(1)已实施基本药物制度的乡镇级基层医疗机构一般诊疗费由个人负担1.5元/人次，门诊统筹基金支付8.5元/人次。

(2)已实行基本药物制度的村卫生室一般诊疗费由个人负担1元/人次，门诊统筹基金支付2.5元/人次。

(3)一般诊疗费每人每天支付1次，门诊补偿达到年度封顶

限额后，新农合不再支付一般诊疗费。

3. 实行县级公立医院改革试点的县级公立医院，综合改革调整后提高价格的门诊医疗服务项目纳入新农合门诊统筹支付范围，按调整后的价格由新农合门诊统筹基金补偿 70%。由县级公立医院与新农合经办机构直接结算，不纳入参合居民个人门诊统筹年度补偿封顶线。

4. 门诊报销规定：

(1) 门诊统筹报销实行即时结报。

(2) 家庭账户报销方式。原有家庭账户内基金予以保留，门诊或住院医药费用自费部分均可由家庭账户余额中支付，家庭账户基金用完即止。

5. 门诊统筹采取总额预付的支付方式。各县（区）根据各乡镇卫生院、村卫生室的服务水平、当地经济发展水平、参合人数等情况制定本县（区）的总额预付方案。

(三) 特殊病种门诊补偿。

各种恶性肿瘤、器官移植后抗排斥免疫调节剂治疗、再生障碍性贫血、重型地中海贫血、慢性肾功能不全、精神病、肾病综合征、癫痫、脑瘫、重症肌无力、冠心病、慢性充血性心衰、帕金森氏综合征、肝硬化、脑血管疾病后遗症、风湿性心脏病、风湿（类风湿）性关节炎、慢性肝炎、慢性阻塞性肺疾病及肺心病、系统性红斑狼疮、强直性脊柱炎、糖尿病、高血压病、甲亢、甲状腺功能减退症、银屑病、泌尿系门诊碎石治疗等特殊病种的门诊治疗费用纳入住院统筹基金补偿范围。

补偿比例与额度：特殊病种门诊补偿不设起付线，可补偿费

用的报销比例为 70%。特殊病种门诊补偿每人年度累计补偿封顶线为 5000 元，合并多种特殊病种封顶线不累加。补偿公式：

特殊病种门诊补偿费用=（总医药费用-非补偿范围内的药品费用-非补偿范围内的诊疗项目和医用材料的费用）× 70%

特殊病种由二级及以上公立的新农合定点医疗机构确诊，并由确诊医疗机构出具相应的疾病诊断证明书。特殊病种患者的疾病诊断证明有效期为一年，第二年需重新检查诊断和确认。

八、补偿要求

凡 2016 年新参加市新型农村合作医疗的农村居民，在 2016 年 1 月 1 日至 2016 年 12 月 31 日期间（以出院时间为准）发生的符合新农合报销规定的医疗费用，可纳入新农合报销。

（一）参合居民应到新农合定点医疗机构就诊，参合居民在非即时结报的医疗机构住院或特殊病种门诊发生的医药费用，由病人先行垫付；病人出院后，持合作医疗证（卡）、年度参合发票、本人身份证、户口本、医疗费用发票原件、费用清单原件、疾病证明原件、转诊证明、出院小结、门诊病历本、出生医学证明（母婴捆绑），外伤病人需要提交《南宁市新型农村合作医疗外伤报销申请表》、住院病历复印件、指定银行存折或卡复印件、代办人身份证等材料到新农合经办机构办理报销手续。实行网络直报的地区，参合居民以合作医疗证（卡）、年度参合发票、户口本、身份证明等材料在直报窗口办理报销手续。

1. 参合居民不得弄虚作假套取新农合基金，一旦发现除追回被套取的资金外，还取消其整户当年度享受新农合补偿待遇的资格。

2. 参合居民不得将新农合证（卡）转借给其他人使用，发现转借新农合证（卡）导致新农合基金被套取的，由转借新农合证（卡）者负责追回被套取的资金，并取消借证者整户当年度享受新农合补偿待遇的资格。

3. 套取、骗取新农合补偿基金，涉嫌违法的，移交司法机关处理。

（二）参合居民就医时按政策实行分级诊疗、逐级转诊。在南宁市分级诊疗实施方案出台前，按以下规定执行：

1. 参合居民必须先到基层医疗机构（乡镇卫生院或村卫生室、城市社区卫生服务中心或社区卫生服务站）首诊，根据病情需要转诊的，实行逐级转诊：基层医疗机构→县级、市二级以下（含二级）定点医疗机构→市三级定点医疗机构→本市定点以外的定点医疗机构。

2. 参合居民由首诊医疗机构逐级向上转诊时，必须履行以下转诊手续：

（1）到县级、市二级以下（含二级）定点医疗机构住院的必须持有乡镇卫生院或城区社区卫生服务机构出具的转诊证明；

（2）到市三级定点医疗机构住院的必须持有县级、市二级以下（含二级）定点医疗机构出具的转诊证明；

（3）到本市定点以外的定点医疗机构住院的必须持有市三级定点医疗机构出具的转诊证明。

3. 外出务工或其他原因在南宁市外患病住院的，或急、危、重、120急救接诊的，可直接转诊治疗或就近就医治疗，入院3个工作日内，患者或家属要通过电话、书面向参合地新农合经办

机构申请转诊登记备案。

4. 参合居民已经确诊为精神性疾病（含合并症）和传染性疾病直接到专科医疗机构就医住院的，不需办理转诊手续。

5. 对未办理转诊手续或在南宁市外就医住院未办理登记备案的，每跨一级医疗机构，新农合基金报销比例降低5个百分点（纳入重大疾病、特殊病种门诊除外）。

（三）根据病情需要使用非新农合报销药物目录的药品、非补偿范围内的医用材料和开展非补偿范围内的诊疗项目的，特别是使用贵重材料或开展大检查项目时，须事先告知，并经患者签字认可。因不事先告知致患者投诉的，经新农合经办机构查实，所发生的医药费用由该定点医疗机构承担。

（四）年度筹集资金年度使用，当年医疗费用（以出院时间为准）当年核销，因特殊原因当年未能核销的，可延迟至第二年的4月30日，逾期视为主动放弃。

九、监督管理

（一）各级卫生计生行政部门要加强定点医疗机构监管，按照《广西新农合定点医疗机构管理办法（修订）》，建立健全定点医疗机构准入和退出制度，通过推进支付方式改革等措施，推动定点医疗机构加强内部管理，规范医疗服务行为，并做好新农合、大病保险和城乡医疗救助等各项补偿政策的有效衔接。

（二）新农合经办机构应与定点医疗机构签订协议书，明确新农合定点医疗机构的责任与义务等有关事项。新农合报销药物目录的用药比例以及补偿范围内的诊疗项目和医用材料的使用要求等应纳入协议条款中。

（三）新农合经办机构应与定点医疗机构建立谈判机制和购买服务的付费机制，通过谈判确定协议服务医院、服务范围、支付方式、支付标准和服务质量要求，签订医疗服务协议，实行协议化管理。其中，新农合报销药物目录的用药比例、补偿范围内的诊疗项目和医用材料的使用要求、费用控制、转诊制度的执行等应纳入协议条款中。

（四）新农合定点医疗机构应严格执行逐级转诊和双向转诊制度，执行相关诊疗规范，合理检查、合理诊疗、合理收费、合理结算，并定期对医疗服务行为、质量、费用管理等进行自查，健全和完善外部监督和内部自查制度，控制医药费用不合理增长。

（五）各县（区）结合自身实际情况对定点医疗机构住院报销实行总额预算控制。定点医疗机构结算年度内发生的住院补偿金额超过总额预算控制指标的，原则上由相关定点医疗机构承担。

（六）市财政按规定对新农合经办机构实行补偿基金预付制，按月均医药费用预付两个月以上补偿资金，新农合经办机构应及时申请、审核、拨付补偿款，确保定点医疗机构正常运转和参合居民及时获得补偿。

（七）各级卫生计生行政部门和新农合经办机构要加强对门诊统筹基金管理，加强门诊日志、门诊处方、就诊人次、次均费用等指标的管理，建立门诊病案、病人等抽查制度，监控月度诊次变化情况，对不符合诊疗规范、不合理用药、无病开药、年底集中开药等行为，要严肃查处，按比例扣减补偿基金，并依法依规追究相关人员责任；情节严重的，取消新农合定点医院、科室

或执业人员的资格。

(八) 各级各部门要采取多种形式, 加大对新农合门诊统筹、转诊制度、大病保险等政策的宣传力度, 让广大参合群众理解和支持新农合政策, 正确履行权利和义务; 组织各级定点医疗机构医务人员学习政策, 提高其理论水平和执行能力, 不得向参合居民传递“门诊统筹资金过期无效”谣言, 误导参合居民年底突击取药; 宣传免费住院治疗等信息, 一旦发现, 坚决查处。

(九) 加强基金监管, 建立基金运行分析和风险预警制度, 既要避免基金结余过多, 又要防止收不抵支; 进一步健全完善基金监管制度, 认真落实公示制度、督查制度, 对大额费用的补偿要认真核查, 避免套骗新农合基金事件发生; 建立健全举报投诉制度, 严厉查处参合居民、定点医疗机构和新农合经办机构违法乱纪行为, 违反法律法规的要移送司法机关依法处理。

十、其他

本方案自 2016 年 1 月 1 日起执行。

- 附件: 1. 《南宁市新型农村合作医疗外伤报销申请表》样板
2. 《外伤报销公示》样板
3. 《南宁市新型农村合作医疗疾病转诊证明》样板

附件 2

外伤报销公示（样板）

xxx 县（区）xxx 镇 xxx 村农民 xxxxx（男、女），年龄：xxx 岁，于 xxxx 年 xxxx 月 xxx 日因 xxxxxxxx（原因）受伤，于 xxxx 年 xxxx 月 xxxxx 日至 xxxxx 年 xxxxx 月 xxxxx 日在 xxxxxxxx 医院治疗，住院总费用 元。xx 本人申请报销住院费用，现将其基本情况予以公示，公示期为 7 天（ 年 月 日至 年 月 日），请大家核实监督。

经公示后，如无异议，我中心将按照《南宁市新型农村合作医疗基金补偿技术方案（试行）》规定报销相关住院费用。

监督电话：xxxx

地址：

邮编：

xxxx 县（区）新型农村合作医疗管理中心

年 月 日

经公示，无异议。

村委名称（盖公章）：

经办人：xxx

Xxx 年 xx 月 xxx 日（时间为公示时间后的日期）

附件 3

南宁市新型农村合作医疗疾病转诊证明（样板）

患者姓名		性别		年龄		合作医疗 (证)卡号	
						身份证号	
家庭地址	县(区) 镇(街道办事处) 村 坡(队)						
初步诊断						联系电话	
医疗机构 意见	签 名: 年 月 日(单位盖章)						

备注：转诊证明一式三联，第一联存根联，第二联报销联，第三联患者联

南宁市卫生和计划生育委员会办公室

2015年12月31日印发
