

2023年报销情况说明书 医保报销情况说明 (通用8篇)

报销情况说明书篇一

尊敬的亳州市人力资源和社会保障局：

为方便广大群众购药需求，保障人民群众用药安全，保障药品价格公平合理，我店严格执行国家《药品管理法》，严格按照物价管理法规的相关精神守法经营，始终将人民的健康利益放在首位，坚持不懈以优质的药品、合理的价格，全心全意为人民群众用药安全提供优质的服务。

根据亳州市城镇职工基本医疗定点的相关规定，特此申请办理医保刷卡手续。现将我院基本情况介绍如下：

我院是一所国家二级口腔专科医院，位于安徽省亳州市谯城区光明路83号，营业面积约528平方米，依法取得《营业执照》、《医疗机构执业许可证》，并通过新版gsp认证，具有合法经营资格。我院职工人数20名，其口腔学专业5名、医学专业2名、执业医师3名、护士5名，三名均为大专学历整体素质较高。我点具有24小时营业时间，具有免费送药上门的能力。经营范围及诊疗项目为：口腔科、口腔内科专业、口腔颌面外科专业、口腔修复科专业、口腔预防保健专业、麻醉科（限口腔麻醉科）、医学检验科（临床体液、血液专业□□x线诊断专业（限口腔x线诊断）等。我院严格按照《药品管理法》、《药品经营质量管理规范》操作规程执行，药品从采购、验收、养护、储存、销售及其售后服务环节严格把关，确保人民群众用药安全。严格执行药品零售价格政策，未经营假、劣药品现象，无价格违法行为，在周围群众中有较好的口碑和声誉，我店拥有较好的服务环境，并配备较完善的设施设备。因此特向贵局提出区医保刷卡申请。

特此申请

亳州康美口腔医院

2016年7月18日

报销情况说明书篇二

关于大学生医保卡使用的说明(暂行) 各班级: (以下简称xxx
医保卡xxx)为南昌市辖区高校大学生参加城镇居民基本医疗保险专用卡, 使用说明如下: 一. 医保卡使用: 1. 医保卡已开卡, 参保人持医保卡在就医享受住院医疗保险待遇, 详见附件一. 2. 南昌市本地就诊的学生, 住院时参保人需及时出示 ...

经管视线 我国基本药物医保报销政策研究 刘爱芬 大唐灞桥热电厂 摘要:基本药物制度与我国基本医疗保障政策密切联系. 但是由于基本药物报销政策不明确, 从而导致了不同地区. 不同险种报销政策差距较大等问题. 本文首先以此问题为出发点展开论述, 通过比较分析各地区的基本药物医疗报销政策的差异及其原因, 发现造成该问题是基于以下三个原因:一是政府财政投入不确定:二是全国各地区经济水平差异较大:三是不同医疗保险体系之 ...

北京市医疗费用报销须知 一. 就医须知 1. 参保人须持北京市社会保障卡实名就医, 主动出示社保卡: 2. 参保人因新参保未发放社保卡. 社保卡丢失补办期间, 凭就医: 3. 可到本人选定的定点医疗机构就医, 也可以到定点专科医院. 定点中医医院.a类医院(每年评选一次)就医: 4. 到医疗保险定点药店购药时, 须持就镇定点医院开出的医疗保险处方, 并经定点医疗机构医疗保险办公室 ...

武汉市生育保险相关政策和办事指南 参保登记 由用人单位到辖区社保经办机构办理登记参保并缴费, 个人不缴费. 用人单位为职工连续缴费满6个月以上时, 职工才能享受生育保险

待遇. 生育保险的各项待遇 包括生育医疗费用. 计划生育医疗费用. 生育津贴(女方). 护理假津贴(男方)等. 其中生育医疗费含产前检查费. 分娩医疗费. 流引产医疗费. 产后访视费等. 生育登记和就医流程 (1) 登记: 职工诊断妊娠后或需计划生育手术的 ...

大学生基本医疗保险政策说明 一. 医疗保险保障内容: 大学生基本医疗保险重点保障住院和门诊大病医疗. 我校学生按属地原则参加长春市的城镇居民基本医疗保险, 主要支付符合规定的住院. 意外伤害. 门诊大病医疗费用. 二. 医疗保险待遇: 1. 住院起付标准: 参保学生的住院起付标准为100元. 2. 最高支付限额: 参保学生住院统筹基金最高支付限额为8万元. 3. 住院补偿比例: 起付线以上5000元以下补偿70%: 500 ...

大学生医疗保险报销程序及所需资料 一. 门诊报销 报销范围: 普通门诊. 意外伤害. 门诊特殊门诊和犬伤门诊. 报销地点: 大观镇医院医保办公室或学校医务室. 报销所需材料: 医保卡. 身份证. 学生证. 发票. 病历(均为原件). 注: 1. 校医务室和大观镇卫生院就医: 我院参保学生凭身份证或者医保卡在学校医务室和大观镇卫生院产生的门诊费用, 由学校医务室和大观镇卫生院按规定的门诊报销标准, 统筹支付大学生的门诊医疗费. ...

报销情况说明书篇三

计划生育险怎么报销 生育保险报销条件 生育保险作为一项社会保险制度, 只适用于达到法定婚龄的已婚女性劳动者, 并且还必须符合和服从国家计划生育的规定。

不符合法定年龄的已婚女性劳动者的生育和不符合或不服从国家计划生育规定的生育, 都不能享受生育保险待遇。 1。

符合国家计划生育政策生育或者实施计划生育手术。 2。

在单位按照规定参加生育保险并为该职工连续足额缴费一年以上。在生育（流产）时仍在参保的职工，按有关规定享受生育保险待遇。

3. 用人单位向社会保险经办机构缴纳不超过本单位工资总额1%的生育保险费用，国家则采取税前列支的办法来间接资助，可见生育社会保险费用仍然由用人单位负担。

至于国家机关、事业单位女职工的生育保险则由国家财政单独承担，个人不需要缴纳任何费用。没有参加生育保险社会统筹的用人单位，由本单位承担女职工的生育费用。

生育保险报销流程生育保险报销流程，是指用人单位及职工本人就女职工在生育期间的生育医疗费、生育津贴等费用，男职工在配偶生育期间的看护假假期津贴，向统筹地区生育保险基金报销的一个程序。 1、女职工怀孕后、流产或计划生育手术前，由用人单位或街道、镇劳动保障服务站工作人员携带申报材料到区社会劳动保险处生育保险窗口； 2、工作人员受理核准后，签发医疗证； 3、生育女职工产假满30天内，由用人单位或街道、镇劳动保障服务站工作人员携带申报材料到区社会劳动保险处生育保险窗口办理待遇结算； 4、工作人员受理核准后，支付生育医疗费和生育津贴。

报销情况说明书篇四

费用报销单上的报销内容与发票内容是否一致没有硬性规定，同一会计年度的不必填写说明，只要有主管签字就行了，但跨年度的就必须有说明还得有主管签字同意。要写明跨年度报销的理由。报销内容不能与会计科目上的名称混淆，也就是说计入的会计科目与发票所属科目有出入。

费用报销流程：

1、准备好费用报销单（一般公司内部有自制的，没有可自制

电子版后打印)。

2、先取费用报销单一份，用办公笔填写部门，日期，附单据张数，费用项目，小写金额，大写金额，合计金额，经办人签字以及备注。注：备注用铅笔填写。

3、取a4纸，裁成与报销单同大等用。

4、把需要附加的单子按一定规则粘贴到裁好的a4纸上，发票的话先粘，一张压一张，留出装订线位置。最后粘凭证单，粘在最上面。

5、把填写好的报销单与粘贴好的附据单用曲别针别好，报销单放上，可以拿去部门经理和部门总经理签字啦。

报销情况说明书篇五

1、差旅费报销的会计分录：

借：管理费用

贷：其他应收款

借或贷：库存现金

2、出差人员出差前预借差旅费时，此时尚未出差，费用没有发生：

借：其他应收款——职工

贷：库存现金

3、出差报销时，差旅费用已经发生，差旅费一般列入管理费用，费用增加记入借方：

借：管理费用

贷：银行存款

扩展资料：

要想快速掌握会计分录的正确应用，不能靠死记硬背，也不能以某一会计教材给出的举例分录来作为万能的金钥匙，可参照以下几个方法：

- 1、在理解的基础上记忆。
- 2、结合经济业务来来捋顺各科目之间的对应关系。
- 3、把所有的经济业务归类，找出各类经济业务涉及的会计科目，搞清在哪里用那些会计科目进行账务处理。
- 4、联系会计准则，结合会计科目弄清各科目核算的内容。
- 5、重点的掌握资产减值、公允价值变动、递延税项、或有负债等账务处理。
- 6、理清成本归集与分配、成本结转、损益结转、各项税费的计提与核算。
- 7、多做一下账务处理练习，强化记忆内容。

参考资料来源：搜狗百科：会计分录

报销情况说明书篇六

差旅费报销单中的出差事由应该如实填写。

报销具体要求：

1、《差旅费报销单》各项目应据实填写，必须从此单据中列出详细的行程。

此单据中没有列出行程的车费、住宿费不准报销。

2、如报销他人补助款项的，必须有该人员确认签名。

3、该报销单据必须用兰色或黑色墨水笔填写，不准有涂改的痕迹。

4、部门经理负责本部门人员报销凭证的真实性审阅工作，

是指各部门经理在审核的单据上要注重：“已核”或：“属实”字样，并同时签名和日期。

5、财务部负责报销凭证的合法性和金额的精确性的审核工作，

是指财务部审核人员对报销凭证的合法性和精确性进行审核，并签署详细的审核意见。

6、签字时须用兰色或黑色墨水，其他颜色无效。

报销情况说明书篇七

报销条件：

1、按照规定参加生育保险，缴纳生育保险费用；

2、因计划生育度需要实施计划生育手术；

3、符合国家计划生育政策。

报销资料：

1、《生育保险手工报销医疗费用申报结算汇总单》；知

- 2、《生育保险医疗费用手工报销申报表》；
- 3、原道始收据，例如医疗保险专用处方底方、检查明细及治疗明细；
- 4、医学诊断证明书；
- 5、单位出具符合专国家计划生育政策证明。

报销流程：用人单位经办人持规定资料到辖区社保机构办理报属销手续即可。只要资料齐全，符合条件即可报销。

具体以当地政策为准。

报销情况说明书篇八

医保报销情况不会通知公司。

医疗保险指通过国家立法，按照强制性社会保险原则基本医疗保险费应由用人单位和职工个人按时足额缴纳。不按时足额缴纳的，不计个人帐户，基本医疗保险统筹基金不予支付其医疗费用。

医疗保险报销比例：

- 1、门、急诊医疗费用：在职职工年度内(1月1日~12月31日)符合基本医疗保险规定范围的医疗费累计超过2000元以上部分。
- 2、结算比例：合同期内派遣人员2000元以上部分报销50%，个人自付50%；在一个年度内累计支付派遣人员门、急诊报销最高数额为2万元。
- 3、参保人员要妥善保管好在定点医院就诊的门诊医疗单

据(含大额以下部分的收据、处方底方等)，作为医疗费用报销凭证。

4、三种特殊病的门诊就医：参保人员患恶性肿瘤放射治疗和化学治疗、肾透析、肾移植后服抗排异药需在门诊就医时，由参保人就医的二、三级定点医院开据“疾病诊断证明”，并填写《医疗保险特殊病种申报审批表》，报区医保中心审批备案。这三种特殊病的门诊就医及取药仅限在批准就诊的定点医院，不能到定点零售药店购买。发生的医疗费符合门诊特殊病规定范围的，参照住院进行结算。