

# 关于做好呼伦贝尔市基本医疗保险医疗费用涉及意外伤害相关费用报销工作的通知

发布时间：2023-05-18 来源：市医疗保障局 浏览次数：61 字体：[大 中 小]

文本下载

各旗市区医疗保障局，呼伦贝尔市医疗保险服务中心、呼伦贝尔市医疗保障局综合保障中心：

为切实做好呼伦贝尔市基本医疗保险参保人员意外伤害医疗费用报销工作，维护参保人员合法权益，根据《中华人民共和国社会保险法》《国家医保局 财政部关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》（医保发〔2021〕5号）《内蒙古自治区城镇基本医疗保险条例》等有关规定，结合本市实际，现就有关事项通知如下，请认真贯彻执行。

## 一、精准把握保障范围

参加本市基本医疗保险的参保人员，在正常享受基本医疗保障待遇期间，将突发的、外来的、非本意的、非疾病的客观事件导致的意外伤害医疗费用纳入保障范围，按规定予以报销。有下列情形之一的意外伤害医疗费用，不纳入医疗保障基金支付范围：

- （一）应当由第三人负担的；
- （二）应当从工伤保险基金支付的；
- （三）应当由公共卫生负担的；
- （四）在境外发生的；
- （五）国家和自治区规定的其他不予支付的费用。

医疗费用依法应当由第三人负担的，第三人不支付或者无法确定第三人的，由基本医疗保险基金先行支付。基本医疗保险基金先行支付后，有权依法向第三人追偿。

## 二、稳妥做好待遇衔接

参保人员在定点医疗机构发生的符合政策范围内的门（急）诊或住院意外伤害医疗费用，不再单独设置报销待遇，统一按照本市基本医保、大病保险等补充医疗保险、医疗救助等政策进行梯次报销。

参保人员在本通知施行之前发生的意外伤害医疗费用，由费用发生年度的承保商业保险机构按相应政策给付。参保人员在本通知实施之前因意外伤害致残或身故申请保险金给付的，由意外伤害发生时的承保商业保险机构予以给付。

## 三、规范待遇支付标准

（一）呼伦贝尔市统筹区内定点医疗机构意外伤害住院治疗或门（急）诊就医时，按照以下要求办理：

- 1.如实报告。**对不涉及第三人的意外伤害，本人或代理人依据事故发生时间、地点、原因等，如实填写《呼伦贝尔市基本医疗保险意外伤害报告卡》（详见附件1），一式三份，患者、住院病历、医院医保科室各一份备查。接诊医院及医生应结合患者主诉、相关人员叙述、临床症状等综合研判，应及时将存疑意外伤害情况反映有关部门，坚决抵制欺诈骗保行为。
- 2.结算方式。**对不涉及第三人的意外伤害，各定点医疗机构将相关信息录入医保系统，予以办理网上直接结算。参保人员发生意外伤害医疗费用后凭医保电子凭证或社会保障卡就医结算。无法提供的，按照全额垫付方式执行。
- 3.后续费用。**参保人员首次意外伤害费用已经医保报销的，其后续治疗、旧伤复发产生的医疗费用，如实填写《报告卡》（附件1）或《个人承诺书》（附件2）后给予报销。
- 4.定期抽查。**对已网上直接结算的费用，属地医保经办机构应按照一定比例不定期核查，发现涉嫌第三人责任，应采取调阅病历、查阅公安等有关部门事故认定书等法律文书的形式依据审核结果给予相应处理。

（二）异地意外伤害门（急）诊或住院医疗费用。参保人员因意外伤害在异地治疗发生的医疗费用，对不涉及第三人的意外伤害，由参保人员按规定作出个人承诺（详见附件2）后，按规定纳入异地就医直接结算范围，也可回属地手工报销。

（三）注意事项。《报告卡》（附件1）及《个人承诺书》（附件2）在不涉及第三人责任的情况下承诺、填写，涉及第三人责任时无需填写。首诊医生认真履行首诊负责制，医院医保科室要积极协调做好意外伤害医保相关工作。

## 四、严格做好考核监督

医保经办机构、定点医疗机构及其工作人员存在违法违规行为，属于医疗保障相关协议约定内容的，按照协议约定进行处理。属于法律、法规等规定范畴的，依法给予行政处罚。构成犯罪的，依法追究刑事责任。

## 五、精心推动组织实施

（一）妥善落实。参保人员意外伤害医疗费用报销涉及广大参保人员切身利益，社会高度关注，各相关部门要进一步提高认识、落实责任，建立工作协同机制，妥善做好政策落地、经办管理、系统维护等重点工作。同时，要进一步加强政策正面解读，讲清改革安排和政策效果，积极回应社会关切，构建改革良好氛围。

（二）做好服务。医保经办机构要建立相关业务经办规程，配备必要工作人员，结合相关业务需求，做好系统开发改造和衔接工作。各定点医疗机构应结合意外伤害经办工作需要，建

本通知自2023年6月1日起施行，此前相关政策与本通知不符的，以本通知为准。2023年1月1日至本通知执行日发生的意外伤害费用参照本通知执行。遇重大问题及时反馈呼伦贝尔市医疗保障局。

附件：1.《呼伦贝尔市基本医疗保险意外伤害报告卡》

2.《呼伦贝尔市基本医疗保险意外伤害费用报销个人承诺书》

呼伦贝尔市医疗保障局

2023年5月17日

(此件公开发布)

附件1

呼伦贝尔市基本医疗保险意外伤害报告卡

(系统直结)

意外伤害人 员信息	姓名： <input type="text"/>	性别： <input type="text"/>	年龄： <input type="text"/>	身份证号： <input type="text"/>
	联系电话： <input type="text"/>		受伤时间： <input type="text"/>	
	受伤地点及受伤部位(详细信息)： <input type="text"/>			
身份类型	1. 党政事业单位职工 <input type="checkbox"/> 2.企业职工 <input type="checkbox"/> 3.自由职业 <input type="checkbox"/> 4.农牧民 <input type="checkbox"/> 5.在校学生 <input type="checkbox"/> 6.学龄前 <input type="checkbox"/> 7.外来务工人员 <input type="checkbox"/> 8.其他 <input type="checkbox"/>			
意外伤害发 生原因(可 多选)	1. 机动车交通事故 <input type="checkbox"/> 2.非机动车交通事故 <input type="checkbox"/> 3.走路跌倒 <input type="checkbox"/> 4.动物/蝉咬伤 <input type="checkbox"/> 5. 烧/烫伤 <input type="checkbox"/> 6.冻伤 <input type="checkbox"/> 7.中毒 <input type="checkbox"/> 8.触电 <input type="checkbox"/> 9.溺水 <input type="checkbox"/> 10.暴力斗殴 <input type="checkbox"/> 11.机械切割/挤 压伤 <input type="checkbox"/> 12.利器切割伤 <input type="checkbox"/> 13.穿透伤 <input type="checkbox"/> 14.坠落 <input type="checkbox"/> 15.砸伤 <input type="checkbox"/> 16.窒息 <input type="checkbox"/> 17.性侵 犯 <input type="checkbox"/> 18.意外伤害后续治疗 <input type="checkbox"/>  19.其他 <input type="checkbox"/> (详细情况)：			
是否故意	1.非故意 <input type="checkbox"/> 2.自残或自害 <input type="checkbox"/> 3.被害或加害 <input type="checkbox"/> 4.不清楚 <input type="checkbox"/>			
受理情况	1.110报警 <input type="checkbox"/> 2.120急救 <input type="checkbox"/> 3.法院立案 <input type="checkbox"/> 4.第三人负担 <input type="checkbox"/> 5.其他 <input type="checkbox"/>			
代理人信息 (无代理人 不填此项)	本人 <input type="text"/> 委托 <input type="text"/> 作为代理人，代表本人办理意外伤害报销相 关手续。承诺代理人的个人信息真实、准确。  代理人与本人关系：1.配偶 <input type="checkbox"/> 2.子女 <input type="checkbox"/> 3.父母 <input type="checkbox"/> 4.其他 <input type="checkbox"/>			
	代理人联系电话： <input type="text"/>		身份证号： <input type="text"/>	
相关承诺 (不涉及第 三人时填)	<b>承诺书</b>  本人承诺本次意外伤害与第三人(方)责任或工伤责任无关。如与第三人(方)责任 或工伤责任有关，且已享受医保报销待遇，则第一时间主动全额退回医保报销款，并承担 相应的法律责任。承诺所有信息真实、完整、准确、有效，若有隐瞒实情、歪曲事实等由			

写)	此产生的一切法律责任均由本人承担，无论何时何地均积极配合医保、公安等有关部门的调查、取证等工作。
	承诺人：
本人或代理人签字、指印：	年 月 日
首诊医生签字、医院医保科室盖章：	年 月 日
注意事项：首诊医生认真履行首诊负责制，医院医保科室积极协调做好意外伤害医保相关工作。	

附件2

呼伦贝尔市基本医疗保险意外伤害费用报销

个人承诺书（手工零星报销）

（医保经办机构名称）：

本人（身份证件号码）于年月日至年月日因在 医院发生（住院 / 急诊留观 / 门诊）医疗费用，申请办理医疗费用医保报销业务。本次意外伤害（或本次为意外伤害医保报销后的后续治疗）本人不存在违反交通法规、工伤、公共卫生负担及第三人负担的情形，无法提供交通事故责任认定书、法院判决书、调解协议书、工伤认定书等公检法、人社部门出具的相关证明材料。

本人承诺提供的信息真实、准确、完整、有效，若有隐瞒实情、歪曲事实等由此产生的一切法律责任均由本人承担，无论何时何地均积极配合医保、公安等有关部门的调查、取证等工作。

本人联系电话：

家属联系电话：

本人常住地址：

承诺人（签名、指印）：

年 月 日