

WHCR-2018-0120005

威海市人力资源和社会保障局文件

威人社发〔2018〕54号

威海市人力资源和社会保障局 关于印发《威海市基本医疗保险意外 伤害保障管理办法》的通知

各区市、国家级开发区人力资源和社会保障局：

现将《威海市基本医疗保险意外伤害保障管理办法》印发给你们，请认真贯彻执行。

威海市人力资源和社会保障局

2018年11月19日

（此件主动公开）



威海市基本医疗保险意外伤害保障管理办法

第一章 总 则

第一条 为进一步做好我市基本医疗保险意外伤害保障管理工作,切实维护参保人员的合法权益,不断提高医疗保险基金的使用绩效,根据《中华人民共和国社会保险法》、《威海市职工基本医疗保险规定》(威政发〔2008〕10号)等相关规定,制定本办法。

第二条 本办法适用于参加我市职工基本医疗保险和居民基本医疗保险的人员(以下简称参保人员)。

第三条 本办法所称意外伤害是指参保人员发生非疾病的、突发的、外来的、非本人意愿的意外事故造成伤害、伤残或者死亡的情形。参保人员因洪水、地震等不可抗力导致的伤害除外。

第四条 市人力资源社会保障行政部门负责意外伤害医疗保障行政管理工作,制定有关管理规范。市直及各区市(含国家级开发区、南海新区,下同)社会保险经办机构(以下简称经办机构)负责基本医疗保险意外伤害医疗保障经办管理工作。

第二章 支付范围和待遇标准

第五条 参保人员因下列情形发生的意外伤害医疗费用,可纳入医疗保险基金支付范围:

(一) 参保人员在无第三人侵权情况下发生的意外伤害；

(二) 参保人员因交通事故受到伤害的，经公安机关或人民法院认定需由参保人员本人承担的；

(三) 其他经人民法院等有权机关认定需由参保人员本人承担的。

第六条 参保人员发生的意外伤害符合第五条规定，但有下列情形之一的，其意外伤害医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围：

(一) 有隐瞒、欺诈行为的，包括提供虚假外伤时间、地点、事故原因、救治经过、虚假证明材料以及伪造外伤医疗文书等；

(二) 因吸毒戒毒、使用管制药品（遵医嘱用药除外）、打架斗殴、醉酒滋事等违法行为导致意外伤害的；

(三) 应当由第三人负担的；

(四) 应当从工伤保险基金中支付的；

(五) 应当由公共卫生负担的；

(六) 应当由道路交通事故社会救助基金负担的；

(七) 纳入政府救助保险保障范围的；

(八) 应当由商业保险公司负担的；

(九) 在境外就医的。

第七条 参保人员发生本办法第六条第(一)至(六)项所列情形，在住院期间合并治疗其原发疾病的，其治疗原发疾病的医疗费用由基本医疗保险基金按规定支付。定点医疗机构应当告知参

保人员,并负责将其治疗原发疾病及意外伤害的医疗费用分开结算。

第八条 因第三人侵权行为导致参保人员伤害的刑事或治安案件,经有权机关处理后,第三人不支付医疗费用或者无法确定第三人的,按照《威海市社会保险服务中心<社会保险基金先行支付暂行办法>实施办法》(威社保发〔2011〕13号)的有关规定办理。

第九条 经办机构对参保人员意外伤害诊断情况存有异议的,由经办机构组织社会保险医学专家进行审核;涉及异地意外伤害的,可组织社会保险医学专家或委托第三方专门机构到意外伤害发生地进行核实。

第十条 参保人员发生符合规定的意外伤害的住院医疗费用,由医疗保险基金按照基本医疗保险住院待遇标准支付。

第十一条 基本医疗保险意外伤害的定点医疗机构、用药范围、医疗服务项目范围、医疗服务设施范围,按照本市基本医疗保险有关规定执行。

第十二条 参保人员因意外伤害需要转往异地定点医疗机构进一步治疗的,按照本市基本医疗保险相关规定执行。

第三章 申报流程

第十三条 参保人员在我市行政区域内发生意外伤害的,自住院起48小时内(节假日顺延)由本人或其委托人填写《威海市基本医疗保险意外伤害申请表(本地/异地)》(以下简称《申请

表》)交经治定点医疗机构进行初审。经治定点医疗机构进行初审后,办理住院联网申报手续;同时将意外伤害发生的时间、经过、病情诊断、所在科室、受伤部位及住院期间照片等相关资料上传至经办机构进行复审。

第十四条 参保人员因下列情形发生的意外伤害还需提供以下材料:

(一)参保人员发生的机动车道路交通事故伤害的,需提供公安机关或人民法院出具的证明材料;

(二)可能涉及工伤的,需提供社会保险行政部门出具的《工伤认定决定书》等证明材料;

(三)可能涉及校方或第三人责任的,需提供学校或其他相关部门出具的意外伤害发生时间、地点、原因和经过等情况的相关证明材料;

(四)第三人不支付或无法确定第三人的,按照《威海市社会保险服务中心<社会保险基金先行支付暂行办法>实施办法》(威社保发[2011]13号)的有关规定提供证明材料。

第十五条 经办机构应自收到申请材料后3个工作日内对经治定点医疗机构上传的意外伤害申请进行审核,提出审核意见,审核意见包括审核通过、补正材料和审核未通过,审核通过的意外伤害住院医疗费用实行联网结算。定点医疗机构应及时上网查询审核结果,并告知参保人员或其委托人。

第十六条 参保人员因出差、探亲、异地居住等原因在我市行

政区域以外发生意外伤害需就近住院治疗的,应自入院之日起3个工作日内将受伤经过、受伤部位照片、视频资料、就诊医院等信息通过威海人社手机 APP 或网上社保大厅向所属经办机构备案。经办机构应自收到参保人员意外伤害申请之日起3个工作日内进行确认。未在规定时间内向经办机构备案的,其发生的医疗费用基本医疗保险基金不予支付。

治疗结束后,参保人员通过登陆威海市人力资源和社会保障局门户网站下载填写《申请表》,由经治医疗机构进行初审,并携带住院病历复印件、住院费用发票原件、费用清单汇总、身份证、社保卡等资料到就近的经办机构申请费用结算,经办机构审核通过的予以结算;审核不通过的,经办机构填写《基本医疗保险意外伤害医疗费用不予支付告知书》,其发生的医疗费用基本医疗保险基金不予支付。

第十七条 参保人员因欠费等原因暂时不享受医疗保险待遇的,也应当按照第十三条规定办理意外伤害网上申报与审核手续。

第四章 监督管理

第十八条 经办机构对意外伤害进行调查核实,每次应不少于2人,调查人员有权依法进入与调查事项有关的场所进行调查询问,并要求有关单位和个人对有关问题做出说明或提供有关材料,应形成调查笔录,按规定存档。

第十九条 经办机构根据调查需要,有权查阅、记录和复印病

历、急救记录、报警信息、120 信息等相关资料,在证据可能被转移、隐匿或者灭失的情况下可先行予以封存。

第二十条 医疗机构应建立意外伤害审核制度,安排专人负责意外伤害的审核、管理工作,解释基本医疗保险意外伤害保障的政策;指导意外伤害参保人员准备申请材料和填写《申请表》,并对新入院的意外伤害参保人员进行日常的巡查工作;及时向经办机构上传意外伤害的各项资料及定时上报意外伤害的统计情况;做好意外伤害档案资料的管理工作,确保档案资料准确、完整。

第二十一条 医保医师应在门(急)诊病历及住院病历中写明造成意外伤害的时间、地点、原因与救治经过。

第二十二条 定点医疗机构不得将未经审批或审批未通过的意外伤害按普通疾病联网结算,不得开具与事实不符的病历和证明。对定点医疗机构在意外伤害审核各环节中的违法违规行为,将视情节轻重按有关规定给予相应处罚。构成犯罪的,依法追究刑事责任。

第二十三条 参保人员应认真配合经办机构对意外伤害的审核调查,不得隐瞒真实情况。对于参保人员有下列行为之一的,由社会保险行政部门责令改正;对以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的,责令退回骗取的社会保险基金,处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款;构成犯罪的,依法追究刑事责任。

(一)冒用、伪造他人的社会保障卡在定点医疗机构就医购药的;

(二)伪造、变造票据或者有关证明材料骗取医疗保险待遇的；

(三)将本人社会保障卡出借给他人或定点医疗机构使用，或者将本人的医疗保险待遇转让他人享受的；

(四)参保人员在意外伤害事故中故意隐瞒第三人赔偿责任，同时获取第三人医疗费用赔偿和社会保险基金的；

(五)其他违反医疗保险管理规定的行为。

第二十四条 参保人员发生意外伤害的，自伤害发生之日起1年内未提出待遇支付申请的，社会保险经办机构不再受理。

第二十五条 本办法自2019年1月1日起实施，有效期至2023年12月31日。原威海市劳动和社会保障局《关于进一步加强对意外伤害审核管理有关问题的通知》(威劳函[2009]130号)同时废止。

附件：1. 威海市基本医疗保险意外伤害申请表(本地/异地)

2. 意外伤害补正材料告知书

3. 基本医疗保险意外伤害医疗费用不予支付告知书

附件 1

威海市基本医疗保险意外伤害申请表(本地/异地)

姓名		性别		身份证号															
家庭住址										联系电话									
受伤时间	年 月 日 时 分									受伤地点									
就诊医院										住院号									
_____（姓名）于_____年____月____日（星期_____）_____时_____分， 于_____（地点）发生伤害事故。 事故：☐无责任方 ☐有责任方（全责☐、主责☐、同等责任☐、部分责任☐） 受伤经过： 本人保证以上所述真实，如有虚假，愿负诈骗社会保险基金等法律责任。 本人或代理人签字（按手印）：_____ 年 月 日																			
伤情诊断名称：																			
医疗机构医保办审核意见：										医疗保险经办机构审核意见：									
经办人签字： 医保办负责人签字：										经办人签字： 稽查负责人签字：									
(公章)										(公章)									
年 月 日										年 月 日									

附件 2

意外伤害补正材料告知书

补字第 号

_____ (参保人):

您提交的意外伤害申请材料已收悉, 经查, 您提交的材料不齐全。根据《威海市基本医疗保险意外伤害保障管理办法》(威人社发〔2018〕54 号) 第十三条、第十五条之规定, 请按下列第_____项补正材料后重新提出意外伤害申请。

1. 《威海市基本医疗保险意外伤害申请表(本地/异地)》;
 2. 住院病历复印件;
 3. 住院费用发票原件;
 4. 费用清单汇总;
 5. 本人身份证;
 6. 社会保障卡;
 7. 交警部门出具的《道路交通事故认定书》;
 8. 公安机关出具的证明材料;
 9. 人民法院等有权机关出具的证明材料;
 10. 社会保险行政部门出具的《工伤认定决定书》;
 11. 参保人员所在工作单位、学校或村(居)民委员会出具的相关证明;
 12. 其他需补正的材料。
- 特此通知。

年 月 日

附件 3

基本医疗保险意外伤害医疗费用不予支付告知书

_____ (参保人):

经审核,您于_____年____月____日申报的基本医疗保险意外伤害,属于下列第____种情形,不在基本医疗保险基金支付范围,现决定不予支付医疗费用。

1. 有隐瞒、欺诈行为的,包括提供虚假外伤时间、地点、事故原因、救治经过、虚假证明材料以及伪造外伤医疗文书等;
2. 因吸毒戒毒、使用管制药品(遵医嘱用药除外)、打架斗殴、醉酒滋事等违法行为导致意外伤害的;
3. 应当由第三人负担的;
4. 应当从工伤保险基金中支付的;
5. 应当由公共卫生负担的;
6. 应当由道路交通事故社会救助基金负担的;
7. 纳入政府救助保险保障范围的;
8. 应当由商业保险公司负担的;
9. 在境外就医的;
10. 其他。

(社会保险经办机构印章)

年 月 日

