

六安市医疗保障局文件 六安市卫生健康委员会文件

六医保秘〔2019〕78号

关于印发《六安市城乡居民基本医疗保险 意外伤害管理办法》的通知

各县（区）医疗保障局、卫健委：

现将《六安市城乡居民基本医疗保险意外伤害管理办法》印发给你们，请认真贯彻执行。



六安市城乡居民基本医疗保险意外伤害管理办法

第一条 为保障参保城乡居民基本医疗保险意外伤害住院保障待遇，加强居民医保基金支付管理，规范意外伤害医疗费用审核和报销程序，根据《中华人民共和国社会保险法》、安徽省人民政府办公厅《关于印发安徽省统一城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇实施方案（试行）的通知》（皖政办〔2019〕14号）、六安市人民政府办公室《关于印发六安市城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇实施办法（试行）的通知》（六政办〔2019〕18号）等精神，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于在本市范围内参加城乡居民基本医疗保险的参保人员（以下简称参保人员）。

第三条 本办法所称的意外伤害是指参保人员在日常生活中受到意外的、偶然的、不可预见的意外原因对身体造成的非疾病性伤害。因洪水、地震等巨大自然灾害导致的伤害除外。

第四条 各级医疗保障行政部门是意外伤害保险工作主管部门。各级医保经办机构负责意外伤害保险资金筹集和拨付工作；通过政府公开招标程序确定承办商业保险公司负责意外伤害事故的受理、调查、审核、赔付和结算工作，承办商业保险公司应在医保经办机构或医共体牵头医院设立意外伤害保险经办窗口。

第五条 意外伤害保险筹资标准为全年 38 元/人，按年度从

城乡居民医保当年筹资切块给医共体包干资金中划缴。

第六条 意外伤害保险住院期间所发生符合规定的政策范围内的医疗费用，市内意外伤害住院起付线按市内同级医疗机构普通住院执行，意外伤害住院报销比例按在市内同级医疗机构普通住院报销比例基础上下降 20 个百分点执行，不实行保底报销；市外意外伤害住院起付线按市外医疗机构普通住院执行，其中市外省内住院起付线 2000 元、省外按当次住院医疗总费用 20% 计算（不足 2000 元的按 2000 元计算，最高不超过 1 万元），意外伤害住院报销比例均按在市内同级医疗机构普通住院报销比例基础上下降 20 个百分点执行，不实行保底报销。意外伤害保险单次最高支付限额为 3 万元，出院后 7 日内（含 7 日）因该外伤再次住院与上次住院视为同一单次住院纳入单次最高支付限额管理。

一个保险年度内，意外伤害保险报销金额与基本医疗保险其他类型报销金额一并纳入 25 万元年度封顶线，年度待遇享受以入院时间为准。

意外伤害保险住院报销金额计算公式为：（政策范围内医药费用—起付线）× 报销比例。

第七条 因基础疾病如癫痫发作、精神病发作、病理性骨折或突发脑卒中等造成身体伤害；7 周岁以下儿童摄入异物、溺水、烫（灼）伤、毒蛇咬伤等需要住院治疗的；学生校园内意外伤害；70 周岁以上老年人无责任的意外伤害；因见义勇为、救灾抢险任务中负伤并提供县及县以上公安、民政等部门证明的，上述无他

方责任的意外伤害住院医疗费用报销政策，起付线比照同级医疗机构普通住院执行，报销比例按市内同级医疗机构普通住院执行。

第八条 参保居民意外伤害住院不执行《关于进一步加强城乡居民基本医疗保险转诊转院管理有关事项的通知》。

第九条 意外伤害住院医疗费用经城乡居民意外伤害保险报销后，剩余合规费用纳入大病保险报销范围。其中：大病保险分段报销比例下降 15 个百分点，即起付线以上至 5 万元（含），报销比例 45%；5—10 万元（含），报销比例 50%；10—20 万元（含），报销比例 60%；20 万元以上至封顶线段，报销比例 65%。

意外伤害保险纳入大病保险报销执行年度封顶管理。

建档立卡贫困人口按照《安徽省人民政府关于健康脱贫工程的实施意见》（皖政〔2016〕68号）规定执行。

第十条 政策范围内医药费用按医保“两个目录”和“安徽省城乡居民基本医保和大病保险负面清单”执行。

合规费用是指符合临床治疗规范或所患疾病治疗所必需的医药费用且按“安徽省城乡居民基本医保和大病保险负面清单”规定纳入大病保险报销范围的医药费用。

第十一条 参保人员具有下列情形之一的，基本医疗意外伤害保险不予支付：

- （一）因违法犯罪导致意外伤害的；
- （二）应当由第三人负担的；
- （三）应当由公共卫生负担的；

(四) 应当从工伤保险基金中支付的;

(五) 在境外(含港、澳、台)就医的;

(六) 国家、省、市规定的其它不纳入城乡居民基本医疗保险基金支付范围的。

第十二条 参保人员因意外伤害在市内定点医疗机构住院治疗的,应按下列程序调查审核。审核未通过的,其医疗费用不予支付。

(一) 接诊定点医疗机构作为意外伤害调查第一责任单位,其临床科室接诊意外伤害病人时,应在外伤病人首诊病历上,对受伤时间、地点、原因等作详细记录。对需要住院治疗的,应在入院 48 小时内(节假日顺延)填写《六安市居民医疗保险意外伤害审批表》,同时要求患者(或其亲属)签字确认。

(二) 定点医疗机构医保办(或指定机构)核实《六安市居民医疗保险意外伤害审批表》后,并告知参保人员(或其亲属)3个工作日内携带意外伤害审批表和首次病程记录等材料交承办意外伤害保险的商业保险公司登记备案。对数额较大或有疑问的医疗费用,由医保经办机构与商业保险公司共同调查核实。

(三) 承办商业保险公司接到意外伤害报案后原则上在3个工作日内完成核查,特殊情况除外。对贫困人口意外伤害案件要快受理、快核查,特事特办。对于经核查事实清楚、无争议的案件,24小时内(节假日顺延)告知医院和参保患者,同时在意外伤害审批表核查记录中注明医院可以记账结算;对于经核查事实不清或存在疑点的案件,由承办的商业保险公司在意外伤害审批

表核查记录中注明要求参保人员现金垫付，并告知参保患者出院后携带相关材料到参保地医保经办机构意外伤害窗口办理报销手续。

（四）定点医院应在每月 5 日前将上月垫付的居民意外伤害费用向承办意外伤害商业保险公司申报，由承办意外伤害商业保险公司在每月 15 日前完成费用审核并通过医保信息系统打印结算拨付单，在每月 20 日前拨付给定点医院。

（五）市内跨县区意外伤害就医管理和核查备案分别参照本条第（一）、（二）、（三）项执行。

第十三条 参保人员意外伤害在市外住院诊治发生的医疗费用，原则上在出院 90 日内携带发票原件、医药费用清单、出院小结、病历复印件、身份证和金融社保卡或银行卡复印件，代办需要提供代办人身份证和代办人金融社保卡或银行卡复印件（必要时需提供授权书）等材料到参保地医保经办机构或承办商业保险公司意外伤害窗口办理报销手续。

第十四条 承办商业保险公司受理意外伤害案件后原则上在 3 个工作日内完成核查，特殊情况除外。经核查属于意外伤害保险支付范围的，承办商业保险公司应在 10 个工作日内完成医疗费用审核，3 个工作日内支付给参保患者或代办人。经核查不属于意外伤害保险支付范围的，承办商业保险公司在核查后 3 个工作日内将核查情况反馈给参保患者或代办人并退回资料，同时做好登记工作。

第十五条 属于意外伤害二次及以上住院治疗的，其后续住

院治疗医药费用仍按首次住院报销政策执行，患者需提供首次就诊住院病历、结报材料等证明资料。

第十六条 应由第三方全额承担的医疗费用，因无法确定第三方或第三方无能力不支付的，经有关部门认定，承办商业保险公司可根据参保人员先行支付申请，在治疗终结后由意外伤害保险先行支付，参保人员需将追偿权利转移给承办商业保险公司，由承办商业保险公司负责向第三方追偿。

第十七条 定点医疗机构在收治因意外伤害住院治疗的参保人员时，应认真审核，严格把关，实事求是，不得开具与事实不符的虚假证明。对徇私舞弊、弄虚作假一经发现并查实的，将拒付医保费用，并按《安徽省基本医疗保险监督管理暂行办法》、《安徽省医疗保障协议医师管理办法（试行）》和医保服务协议等有关条款查处，情节严重的移交相关部门依法处理。

第十八条 参保人员以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取意外伤害保险待遇的，由市、县（区）医疗保障行政部门责令退回骗取的城乡居民医保基金，同时按照《安徽省基本医疗保险监督管理暂行办法》和打击欺诈骗保相关规定查处，情节严重的移交相关部门依法处理。

第十九条 本办法自 2020 年 1 月 1 日起施行。

第二十条 本办法由市医疗保障局负责解释。

