

# 关于规范基本医疗保险参保人员 涉交通事故医疗费用医保支付流程的通知

各盟市医疗保障局，满洲里、二连浩特市医疗保障局，自治区医疗保险服务中心：

为规范我区基本医疗保险参保人员涉交通事故医疗费用医保支付流程，根据《中华人民共和国社会保险法》《社会保险经办条例》《社会保险基金先行支付暂行办法》（人社部第15号令）、《社会保险经办条例》《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）、《全国医疗保障经办政务服务事项清单》等有关精神，现就有关事项通知如下：

## 一、支付范围

基本医疗保险参保人员由于交通事故造成伤病的（属于工伤范围的除外），不存在第三人侵权的，医疗费用由基本医疗保险基金按照有关规定支付；存在第三人侵权的，其医疗费用应当由第三人根据确定的责任大小依法承担，超过第三人责任部分的医疗费用，由基本医疗保险基金按照有关规定支付；第三人不支付或者无法确定第三人的，参保人员可以向参保地医疗保险经办机构书面申请基本医疗保险基金

先行支付。

## **二、申请材料**

基本医疗保险基金在支付涉及交通事故医疗费用，需按照《社会保险经办条例》第二十条要求提供医疗机构、药品经营单位的收费票据、费用清单、诊断证明、病历资料等材料外，根据情况不同，还需分别提供以下材料。

### **（一）不存在第三人侵权**

交警事故认定书（明确事故不存在第三方或参保人员负全部责任）或由参保人员填写《外伤无第三方责任承诺书》（详见附件1）。

### **（二）超过第三人责任部分**

交警事故认定书（适用于双方负同等责任的情况）、法院判决书、调解协议书等公检法部门出具的能够明确参保人员责任承担比例的相关证明材料。

### **（三）申请先行支付**

参保人员需如实填写《基本医疗保险基金先行支付医疗费用申请表》（详见附件2），在提供第二条所述材料外，还应提供：具有法定效力的相关证明材料证实第三人不支付或无法确定第三人的情况，具体所需材料由各统筹区按照利民原则确定。

申请人委托其近亲属代办的，须同时提交委托书、代办人身份证原件和复印件及有效的近亲属关系证明。

## **三、基本医疗保险基金先行支付的办理**

医疗保险经办机构在接到先行支付申请材料后，应做好

询问笔录，并在收到申请后5个工作日内完成审核。符合先行支付条件的，凭相关原始票据等，按照参保地基本医疗保险政策向申请人先行支付属于第三人责任的医疗费用，并要求申请人在先行支付凭据上签字确认。

经审核不符合先行支付条件的，医疗保险经办机构应当在收到申请后5个工作日内作出不予先行支付的决定，并向申请人出具《基本医疗保险基金不予先行支付决定书》（详见附件3）。

参保人员或其近亲属对医疗保险经办机构作出的不予先行支付的决定不服或者对先行支付的数额不服的，可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

#### **四、基本医疗保险基金先行支付后的追偿**

（一）医疗保险经办机构按照本通知规定先行支付医疗费用后，应制定追偿方案，及时予以追偿。有关部门确定了第三人责任的，医疗保险经办机构应按规定向第三人发出《依法偿还先行支付医疗费用催告书》（详见附件4），要求第三人在收到催告书3个月内，依法偿还先行支付的医疗费用。第三人逾期不偿还的，医疗保险经办机构应当依法向人民法院提起诉讼。

（二）参保人员或其近亲属已经从第三人处获得医疗费用的，应当主动在10个工作日内将先行支付的应当由第三人承担的医疗费用退还给基本医疗保险基金。退还后，医疗保险经办机构不再向第三人追偿。拒不退还的，医疗保险经办机构可以从以后支付的相关待遇中扣减其应当退还的数

额，或向人民法院提起诉讼。

（三）参保人员或其近亲属隐瞒已经从第三人处获得医疗费用，向医疗保险经办机构申请并获得基本医疗保险基金先行支付的，按照《社会保险法》第八十八条的规定处理。

此前规定与本文不符的，以本通知为准，若国家出台新的医保基金先行支付政策规定，按国家有关规定执行。

- 附件：1.外伤无第三方责任承诺书  
2.基本医疗保险基金先行支付医疗费用申请表  
3.基本医疗保险基金不予先行支付决定书  
4.依法偿还先行支付医疗费用催告书

内蒙古自治区医疗保障局

2023年 月 日

## 附件 1

# 外伤无第三方责任承诺书

承诺人		联系电话	
证件类型		证件号码	
承诺事项	外伤无第三方责任		
<p><b>承诺内容：</b></p> <p>本人同意授权_____医保经办机构通过信息共享方式查询本人与办理医保业务相关的信息，承诺所提供材料均为真实合法，符合办理业务条件，如伪造材料或以任何方式骗取医疗保险待遇的，本人愿意承担一切后果；同意_____医保经办机构将本人虚假行为上报和纳入信用管理体系，并就本次办理业务的其他承诺内容陈述如下：</p> <p>本人于____年__月__日__时在_____（地点）发生_____</p> <p>（外伤经过）。现承诺本次意外受伤与第三方责任或工伤责任无关，如与第三方责任或工伤责任有关，则将已享受的医保待遇全额退回医保，并承担相应的法律责任。</p> <p><b>温馨提示：</b></p> <p>1.反欺诈法律提示：以虚构劳动关系、伪造证明材料或者其他手段骗取基本医疗保险待遇和生育保险待遇的，属于刑法第二百六十六条规定的诈骗公私财物的行为，将依法追究刑事责任。</p> <p>2.此表可现场填写，由承诺人本人手写签名，患者本人无法签字的由其近亲属代签，并填写身份证号码和联系方式。</p> <p style="text-align: right;">承诺人（签名）： 日期： 年 月 日</p>			

## 附件 2

## 基本医疗保险基金先行支付医疗费用申请表

申请人姓名		性别		年龄	
身份证号			参保险种	职工医疗保险 <input type="checkbox"/> 居民医疗保险 <input type="checkbox"/>	
联系人			联系电话		
用人单位或家庭详细地址					
申 请 事 由	<p>申请人_____，于____年____月____日，因_____</p> <p>_____原因，发生医疗费用，经_____</p> <p>_____认定为第三人责任，属下列第_____项情形，故向_____医保经办机构申请医疗保险基金先行支付相关医疗费用。</p> <p>（一）无法确定第三人；</p> <p>（二）已确定第三人，通过法律和其他途径，已证明第三人无能力支付相关医疗费用；</p> <p>（三）已确定第三人，通过法律和其他途径催讨，第三人拒不支付相关医疗费用；</p> <p>（四）其他情形。</p>				
申 请 人 承 诺	<p>本人承诺：已知晓医疗保险基金先行支付的相关政策规定，申请书中所填内容及提供的相关证明材料均真实有效；若今后从第三人处获得医疗费用，将主动在 10 个工作日内将医疗保险基金先行支付的医疗费用退还给_____医保经办机构；若以欺诈、伪造或其他手段骗取医疗保险基金，本人愿意承担一切法律责任。</p> <p>申请人签字：_____ 年 月 日</p>				



附件 3

## 基本医疗保险基金不予先行支付决定书

[ 20 ] 第 号

申请人 :

你于 年 月 日提交的医疗保险基金先行支付申请材料收悉。经审核,属于以下情况:

不符合医疗保险基金先行支付相关规定,经研究决定,不予先行支付。

(具体医保经办机构)

年 月 日



附件 4

## 依法偿还先行支付医疗费用催告书

[ 20 ] 第 号

:

经 认定，你（单位）对 因  
原因，发生的伤病负有第三人责任，应承担相应的医疗费用。

根据《中华人民共和国社会保险法》《社会保险基金先行支付暂行办法》（人社部第 15 号令）等有关规定，我中心已于 年 月 日，向 先行支付医疗费用 元。现要求你（单位）在收到本催告书之日起三个月内向我中心偿还上述先行支付的医疗费用，如逾期不偿还，我中心将依法向人民法院提起诉讼。

联系人：

联系电话：

（具体医保经办机构）

年 月 日