

济源产城融合示范区医疗保障服务中心

济源示范区医疗保险基金先行支付报销流程

为了维护参保人的医疗保险合法权益,规范济源示范区医疗保险基金先行支付流程,根据《中华人民共和国社会保险法》、《医疗保障基金监督管理条例》(中华人民共和国国务院令 第 735 号)、《社会保险基金先行支付暂行办法》(中华人民共和国人力资源和社会保障部令 第 15 号)等有关规定,特制定本支付流程。

第一条 先行支付适用范围

在本统筹区域内参加基本医疗保险,足额缴费且正常享受待遇的人员,由于第三人的侵权行为造成伤病的,应于 72 小时内向医保经办机构进行报备。其医疗费用应当由第三人按照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,由本人或家属持事故责任认定书和住院零星报销等相关材料,到济源示范区医疗保障服务大厅受理,按医疗保险基金规定支付。

第三人不支付或者无法确定第三人的,在医疗费用结算时,个人或者与个人有抚养(赡养)关系的近亲属可以向济源示范区医疗保障服务大厅书面申请医疗保险基金先行支付。

第二条 先行支付所需材料

个人或近亲属需到济源示范区医疗保障服务大厅提交医疗

保险基金先行支付所需材料：

1. 《济源示范区医疗保险基金先行支付申请表》；
2. 个人身份证、社会保障卡、个人银行卡(验原件留复印件)。住院医疗费用发票原件,医疗费用汇总清单,诊断证明或者出院证明,住院病历复印件(病案首页、入院记录、出院记录、临时医嘱、长期医嘱、主要检查结果、手术记录等)；
3. 申请人为个人近亲属的,应同时提交本人身份证明(验原件留复印件)及委托书；
4. 个人已经死亡的,应同时提供个人死亡证明文件；申请人为继承人的应提供存在继承关系的证明文件；如有其他继承人的需提供其他继承人委托书、全部继承人承诺书、全部继承人身份证、银行卡(验原件留复印件)；申请人为代办人的,需同时提供全部继承人签署的委托书；
5. 能够确定第三人责任但第三人不予支付的,应提供以下材料:判决书(调解书、裁定书)、执行终结裁定书及其生效证明等相关有效的法律文书；
6. 无法确定第三人的。应提供以下材料:报警回执单或交通事故责任认定书(或事故证明书)等相关有效法律文书；
7. 《承诺书》；
8. 医保经办机构或商保公司认为有必要提供的其他材料。

第三条 先行支付材料受理

1. 医保经办机构收到个人或者其近亲属根据第二条规定提

出的申请后,材料齐全并符合先行支付条件的,向其出具受理回执;材料不全的,应一次性书面告知需要补充的全部内容。个人或者其近亲属须在提交的原始材料原件上签字确认。医保经办机构应当保留所有原始票据,凭原始票据等证据出具先行支付审核结果,交相关部门予以支付。

医保经办机构收到个人或者其近亲属提出的申请后,符合先行支付条件的,制作《济源示范区医疗保险基金先行支付医疗费用核定表》,并先行支付相应医疗费用。审核信息录入时需在系统内标注先行支付。

2. 有下列情形之一的,医保经办机构应当在收到先行支付申请后 5 个工作日内,作出不予先行支付的决定,并出具《济源示范区医疗保险基金不予先行支付通知书》通知申请人,并留存相关材料复印件存档。

- (一) 不属于第一条先行支付适用范围规定的情形;
- (二) 申请人不具备申请资格的;
- (三) 不属于医保经办机构管辖范围的;
- (四) 未能按照本先行支付流程第二条规定提供材料的;
- (五) 法律、法规或者规章规定的其他情形。

个人或者近亲属对医保经办机构作出不予先行支付的决定不服可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

第四条 先行支付核算办法及限额

(一) 核算办法

医保政策范围内的合规费用 × 第三方责任承担比例

（二）支付限额

先行支付的费用与其他基本医疗保险统筹基金支出合并计算,总额不得超过基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额。(职工: 60 万; 居民: 55 万)

第五条 基本医疗保险基金先行支付台账

完成基本医疗保险基金先行支付后,应建立先行支付台账,医保经办机构及时向医保行政部门报送医疗保险基金先行支付情况。

附件: 1. 济源示范区医疗保险基金先行支付申请表

2. 委托书

3. 承诺书

4. 济源示范区医疗保险基金不予先行支付通知书

5. 济源示范区医疗保险基金先行支付认定书

6. 济源示范区医疗保险基金先行支付医疗费用核定表

7. 济源示范区医疗保险基金先行支付材料告知单

8. 济源示范区医疗保险基金先行支付材料接收清单

9. 全部继承人承诺书



附件1

济源示范区医疗保险基金先行支付申请表

		姓名	性别	身份证号	联系电话
申请人	个人信息				
	被委托人信息				
第三人信息					
第三人通讯地址					
被委托人与个人关系					
申请原因		一、申请医疗保险基金先行支付的基本情况: 个人_____, 于____年____月____日, 因_____造成伤病, 经认定为第三人侵权, 属下列第____项情形, 故向济源示范区医疗保障服务中心申请医疗保险基金先行支付医保待遇; 1、无法确定第三人; 2、已确定第三人, 但第三人无能力支付相应的医疗费用; 3、已确定第三人, 但经多方追偿, 第三人仍拒绝支付全部或部分医疗费用; 4、其他情形。 二、申请医疗保险基金先行支付的医疗费用(单位: 元) 1、医疗费; 2、其他补充说明; 三、第三人或交强险、商业保险已经赔付的医疗费金额(单位: 元) 1、医疗费; 2、其他补充说明_____。			
申请事项		本人或近亲属现向济源示范区医疗保障服务中心提出医疗保险基金先行支付申请。			
申请人承诺		本人了解济源示范区医疗保险基金先行支付的相关政策, 对申请书中所填的内容真实性负责, 到目前为止尚未获得赔偿或获得部分赔偿; 并承诺今后若获得第三人赔偿相关医疗费用, 本人要在获得赔偿后 10 个工作日内, 主动到济源示范区医疗保障服务中心办理基本医疗保险待遇先行支付费用退还手续。 若隐瞒第三人赔偿情况的, 贵单位可依法对我进行处罚; 若不退还的, 可依法对我进行追偿。若有虚报、冒领或骗取医疗保险基金, 愿意承担一切法律责任。 本人或近亲属签名(指印): 通讯地址: 年 月 日			

附件2

委 托 书

委托人：_____, 性别_____, 出生日期_____,
身份证号码_____, 住址_____.
(手机号码: _____)

被委托人：_____, 性别_____, 出生日期_____,
身份证号码_____, 住址_____.
(手机号码: _____)

委托人_____现委托被委托人_____为我的合法
代理人，到济源示范区医疗保障服务中心办理_____
业务（应当写明具体办理业务内容）。

受委托人在办理委托事项过程中所签署的有关文件，我均
予以认可，并承担相应的法律责任。

受委托人无转委托权。

本委托书有效期自签署之日起两个月内。

委托人:

年 月 日

附件3

承 诺 书

姓名：_____，身份证号：_____，于____年____月____日，因（原因）_____造成_____
（病种）并于_____年____月____日就诊于（医疗机构名称）_____
_____，总费用_____元。

本人承诺上述情况及所提交相关材料属实，此次发生的伤病是因第三人侵权造成的，医疗费用应由第三人支付。现：1、☐ 第三人不予支付；2、☐ 无法确定第三人。

以上，如有不实，自愿承担一切后果，特此承诺。

附：

1、《全国人民代表大会常务委员会关于〈中华人民共和国刑法〉第二百六十六条的解释》：以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取养老、医疗、工伤、失业、生育等社会保险金或其他社会保险待遇的，属于《刑法》第 266 条规定的诈骗公私财物的行为。

2、《医疗保险基金监督使用管理条例》第四十一条等规定，暂停其医疗费用联网结算 3 个月至 12 个月等处罚。

3、《社会保险法》第八十八条规定：以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的，由社会保险行政部门责令

退回骗取的社会保险金，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款。

4、《社会保险基金先行支付暂行办法》规定：个人隐瞒已经从第三人或者用人单位获得医疗费用、工伤医疗费用或者工伤保险待遇，向医疗保险经办机构申请并获得社会保险基金先行支付的，按照社会保险法第八十八条规定处理。

本人已阅读并理解上述条款，已知情。

承诺人或者近亲属（签字并按指印）：

联系电话：

年 月 日

济源示范区医疗保险基金不予先行支付 通知书

姓名： 你于 年 月 日提出的医疗保险基金先行支付申请，我中心经审查认为不符合规定，决定不予先行支付。具体原因如下：

（一）

...

个人或者近亲属对医疗保险经办机构作出不予先行支付的决定不服，可以向济源示范区医疗保障局申请行政调解，也可以依法向济源市人民政府申请行政复议或者向济源市人民法院提起行政诉讼。

济源示范区医疗保障服务中心

年 月 日

附件 5

济源示范区医疗保险基金先行支付认定书

个人基本情况	姓名	性别	身份证号	单位
第三人基本情况	姓名	性别	身份证号	单位
案件概述	1、造成伤病发生的经过： 2、申请先行支付的原因和金额：			
调查情况	调查人 于 年 月 日在 (地方)对 进行核实，经调查，结果属于 。			
处理结果				
单位意见	经办人: (签章)		科室负责人: (签章)	
	年 月 日			
	经办机构负责人: (签章)			
	年 月 日			

附件 6

济源示范区医疗保险基金先行支付
医疗费用核定表

济源示范区医疗保障服务中心(盖章):

个人姓名:		身份证号:	
稽查情况	该个人已参加医疗保险并正常缴费,该个人于 年 月 日受伤,经公安机关、法院等相关部门确认属于: 1. ☐ 无法确定第三人; 2. ☐ 已确定第三人,但第三人无能力支付相应的医疗费用; 3. ☐ 已确定第三人,但经多方追偿,第三人仍拒绝支付全部或部分医疗费用; 4. ☐ 依法经仲裁、诉讼确定第三人及其应承担的医疗费用,但第三人不予支付的; 5. ☐ 其他情形。		
	经办人: (签章) 年 月 日		
	科室负责人: (签章) 年 月 日		
待遇核定情况	经审核,医疗保险基金应先行支付个人医疗费金额: 元, 其他费用 元,合计 元(大写:)		
	经办人: (签章) 年 月 日		审核人: (签章) 年 月 日
	科室负责人: (签章) 年 月 日		
领导审批	经办机构负责人: (签章) 年 月 日		

济源示范区医疗保险基金先行支付 材料告知单

- 1、《济源示范区医疗保险基金先行支付申请表》；
- 2、个人身份证、社会保障卡、个人银行卡（验原件留复印件）。住院医疗费用发票原件，医疗费用汇总清单，诊断证明或者出院证明，住院病历复印件（病案首页、入院记录、出院记录、临时医嘱、长期医嘱、主要检查结果、手术记录等）；
- 3、申请人为个人近亲属的，应同时提交本人身份证（验原件留复印件）及《委托书》；
- 4、个人已经死亡的，应同时提供个人死亡证明，申请人为继承人的应提供继承证明，如有其他继承人的需提供继承人委托书、身份证、银行卡（验原件留复印件），申请人为代办人的，需同时提供相关继承人委托书；
- 5、能够确定第三人责任但第三人不予支付的，应提供以下材料：判决书（调解书、裁定书）、执行终结裁定书及其生效证明等相关有效的法律文书；
- 6、无法确定第三人的。应提供以下材料：报警回执单或事故责任认定书（或事故证明书）等相关有效法律文书；
- 7、《承诺书》。

附件 8

存根

济源示范区医疗保险基金先行支付材料接收清单

个人姓名在济源示范区医疗保障服务中心申请医疗保险基金先行支付，并提交了以下材料：

- 1、济源示范区医疗保险基金先行支付申请表；
- 2、个人身份证、医保卡、个人银行卡（复印件）；
- 3、承诺书；
- 4、_____；
- 5、_____；
- 6、_____；
- 7、_____；
- 8、_____。

申请人签字并按指印
经办人签字（盖章）

济源示范区医疗保险基金先行支付材料接收清单

个人姓名在济源示范区医疗保障服务中心申请医疗保险基金先行支付，并提交了以下材料：

- 1、济源示范区医疗保险基金先行支付申请表；
- 2、个人身份证、医保卡、个人银行卡（复印件）；
- 3、承诺书；
- 4、_____；
- 5、_____；
- 6、_____；
- 7、_____；
- 8、_____。

申请人签字并按指印
经办人签字（盖章）

附件 9

全部继承人承诺书

本人_____，身份证号：_____，是参保人_____（身份证号：_____）的法定继承人，且没有其他继承人。因参保人银行账户已注销且无有效的社会保障卡，特申请将其医疗保险基金先行支付核报金额_____元划拨至本人银行账户（户名：_____，开户银行：_____银行账号：_____）。

本人承诺上述情况属实，如有不实，自愿退还医疗保险基金先行支付的资金，并承担相应的法律责任，特此承诺。

承诺人(签字并按指印):

联系电话:

日期: