

滨州市医疗保障局

滨医保函〔2020〕44号

滨州市医疗保障局 关于公布《滨州市城镇职工、城乡居民基本医疗保险意外伤害经办服务流程》的通知

各县（市、区）医疗保障局，各市属开发区医保经办工作机构，各定点医疗机构，承保商业保险机构：

现将《滨州市城镇职工、城乡居民基本医疗保险意外伤害经办服务流程》印发给你们，请结合工作实际，抓好贯彻落实。



（此件主动公开）

滨州市城镇职工、城乡居民 基本医疗保险意外伤害经办服务流程

一、【意外伤害申请】滨州市参保职工、居民因意外伤害在滨州市内联网定点医疗机构就医的，入院后三日内由定点医疗机构告知患者或亲属填写《滨州市基本医疗保险意外伤害备案表》并拨打就医地承保商业保险机构服务电话告知意外伤害事宜，《备案表》交至就医定点医疗机构医保办留存，定点医疗机构按意外伤害疾病编码“11111”录入医保结算系统。

二、【调查核实时限】承保商业保险机构接报案电话后，应在规定时限内进行核实：意外伤害地点为市内的，五个工作日完成；意外伤害地点为市外的，十个工作日完成；案情复杂的，十五个工作日完成。

三、【调查核实】承保商业保险机构及时安排就医地调查人员赴医疗机构开展调查工作；需参保地核查落实的，及时通知参保地承保商业保险机构做好核实、形成调查资料。

四、【审核结算】调查核实完成后，符合医保支付条件的，由承保商业保险机构审核确认，并在医保结算系统内对意外伤害（疾病编码：11111）进行出入院联网结算审核操作；不符合医保支付条件的，由承保商业保险机构在医保结算系统内对意外伤害（疾病编码：11111）进行审核不通过操作并填写原因；由定

点医疗机构医保部门将审核结果及承保商业保险机构咨询电话告知参保人员。

五、【手工报销受理】异地就医的，由参保人或亲属在入院后三日内拨打参保地承保商业保险机构服务电话告知意外伤害事宜。参保人出院后及时向参保地医保经办机构或承保商业保险机构意外伤害案件受理窗口，提交《滨州市基本医疗保险意外伤害备案表》及医疗机构住院收费票据、费用汇总明细单等资料，乡镇社保所、卫生院等不再受理此项业务。承保商业保险机构核实后，符合医保支付条件的，将医疗费支付至参保人社会保障卡账户；不符合医保支付条件的，应及时通知参保人。

五、【转外就医】参保人因病情需要转往市外定点医疗机构治疗的，按照医保流程办理。治疗结束后，持医疗机构住院收费票据、费用汇总明细单等资料，由参保地按手工报销受理。未进行转诊转院流程、自行前往异地定点医疗机构住院的参照医保相关规定办理。

六、【定点医疗机构费用结算】 定点医疗机构按照医保结算流程及所需材料，与承保商业保险机构结算；

七、【争议案件处理】 参保人对拒付有异议的，由参保人填写《滨州市基本医疗保险意外伤害异议申请书》提交至承保商业保险机构，按照争议案件处理流程商请医疗保障部门处理，并在15个工作日做出答复。

八、【其他事宜】

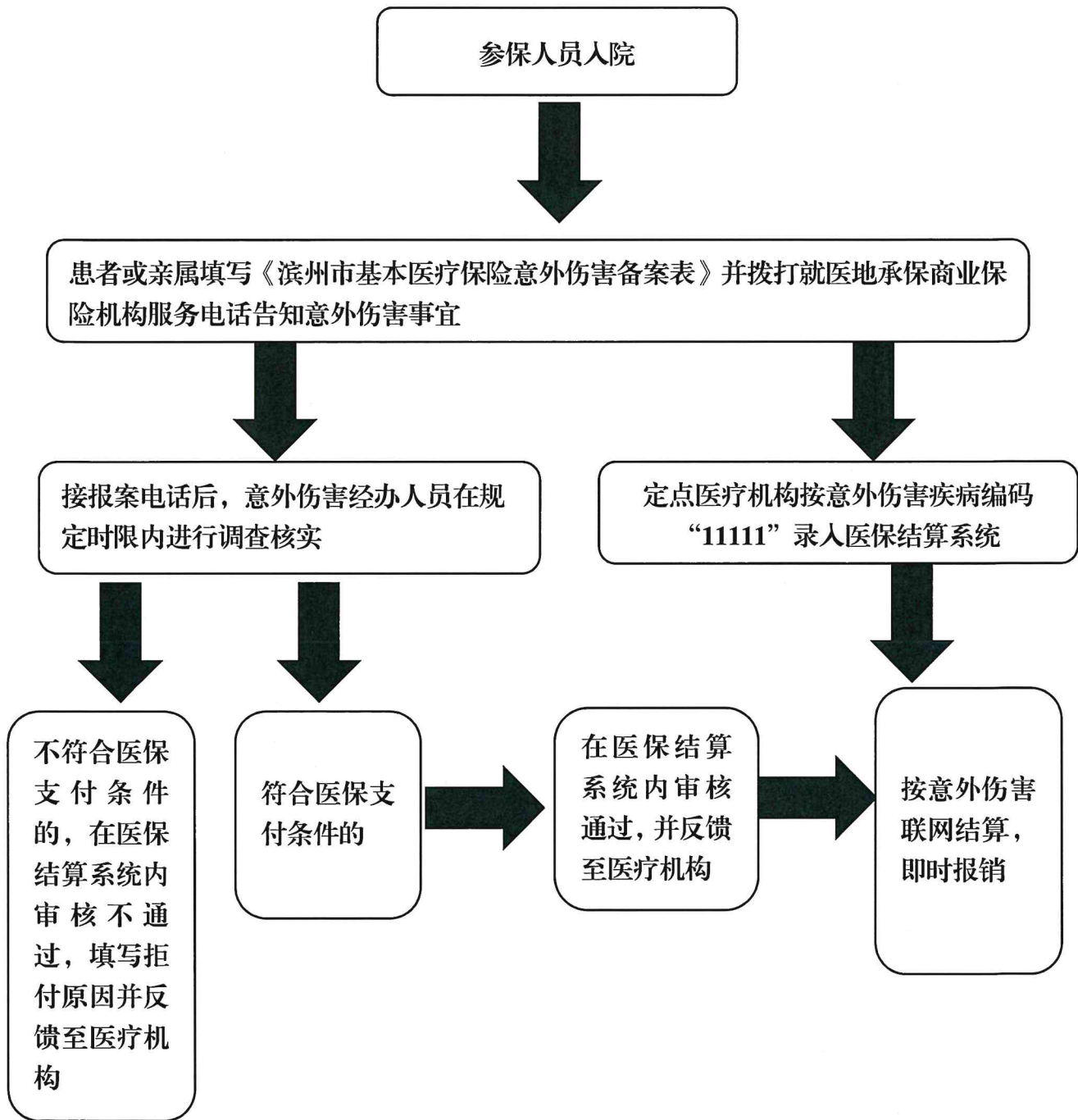
1、定点医疗机构未按意外伤害疾病编码录入、结算的，按第五条手工报销处理，并由医保部门根据《滨州市医疗保险定点医疗机构服务协议》违约责任条款处理。承保商业保险机构在调查、审核中发现定点医疗机构存在违规问题，报医疗保障部门处理。

2、承保商业保险机构做好服务电话、受理窗口的公布公示、业务办理引导等工作，深入落实“一次办好”工作要求，探索医保商保一站式办理服务模式，扎实落实便民利民惠民措施，突破壁垒瓶颈，真心为群众办好事、办实事。

3、乡镇社保所、卫生院等原手工报销受理机构要做好业务引导工作。

4、本经办服务流程自2020年9月1日零时起施行。

滨州市内定点医疗机构医保意外伤害办理流程



滨州市意外伤害转诊转院、异地入院、未联网 医保报销办理流程

