

致广大城乡居民参保群众的一封信

城乡居民参保群众：

你们好！

为进一步夯实意外伤害基金监管，促进城乡居民医疗保险工作高质量发展，自 2022 年起，泗县居民医保中心与人保财险泗县支公司签署合作协议，泗县城乡居民医疗保险意外伤害住院补偿委托人保财险泗县支公司服务中心（以下简称服务中心）办理。为方便广大参保群众报销，现将外伤报销相关事项一一向你们介绍：

一、意外伤害补偿政策

参保期内发生意外伤害所产生的住院医疗费用，分以下几种情况分别按不同情形赔付意外伤害医疗保险金：

1、明确有他方责任的意外伤害住院医药费用不予报销。

参保期内，参保人员因下列原因导致医疗费用支出的，不承担给付意外医疗保险金责任：

（1）交通肇事导致的他伤和自伤、刀枪伤、搏斗伤、酗酒、吸毒、服毒、在工厂（场）或工地作业时负伤等情形；

（2）有第三方付费的意外伤害；

（3）参保人员的故意自伤或自杀，但参保人员自杀时为无民事行为能力人的除外；

（4）参保人员挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；

(5) 参保人员接受包括美容、整容、整形手术(影响功能的整形手术除外)在内的任何医疗行为而造成的意外;

(6) 泗县城乡居民基本医疗保险管理中心规定的其他不予补偿的情形。

2、明确无他方责任的意外伤害住院医药费用按普通住院起付线和报销比例执行, 单次封顶 2 万元, 年度封顶 4 万元, 不纳入大病保险报销范围。

(1) 起付线与报销比例

一级及以下医疗机构起付线 200 元, 报销比例 85%;

二级和县级医疗机构起付线 500 元, 报销比例 80%;

三级(市属)医疗机构起付线 700 元, 报销比例 75%;

三级(省属)医疗机构起付线 1000 元, 报销比例 70%。

(2) 上年度次均费用接近上一级别医疗机构, 执行上一级别医疗机构报销政策。

(3) 到市域外(不含省外)住院治疗的, 上述类别医疗机构起付线增加一倍。

(4) 到省外医疗机构住院的, 起付线按当次住院总费用 20%计算(不足 2000 元按 2000 元计算, 最高不超过 1 万元), 报销比例 65%。

3、无法确定他方责任的意外伤害住院医疗费用按政策范围内医药费用的 30%实行报销, 年度累计报销限额 2 万元, 不纳入大病保险报销范围。

4、因见义勇为或执行救灾救援等公益任务而负伤住院, 按普通住院报销政策执行, 申请报销者须提供县(区)级或

县(区)以上政府相关部门出具的情节证据。

二、意外伤害报销流程

1、电话报案。参保群众受伤到医院住院后，需在 48 小时内拨打服务中心报案电话 0557-7095518 进行备案。

2、公示。参保群众将材料交于办理点后，领取并填写《泗县城乡居民意外伤害公示表》（附件二），且在社区、村委会公示（公示日期 30 天）。

3、案件调查。公示期后，服务中心核查人员将对意外伤害保险案件真实性进行电话调查及实地查勘。

4、案件赔付。对查勘审核均无异议的案件，人保财险泗县支公司将在 15 个工作日内予以拨付外伤报销款。

三、外伤报销所需材料及材料报送地点

1、报销所需材料

住院发票原件（包含电子发票）、入院记录、出院记录、费用总清单（医院材料需加盖医院相关印鉴章）、患者本人身份证复印件、户口本复印件，患者本人或同一户口的其他人本地（泗县）银行卡及户口本复印件、代办人身份证复印件。

2、材料报送地址

（1）泗县城乡居民医保外伤及大病保险经办点（泗县城乡居民基本医疗保险管理服务中心北）。

（2）泗县行政服务大厅一楼 4 号窗口。

四、温馨提示

1、及时报案。患者本人及其亲属尽可能在受伤 48 小时

内(以入院日期为准)拨打报案电话(0557-7095518)进行备案。

2、材料复印。如患者购买其他商业险或者其他用途需要住院材料复印件的,请患者或者亲属在提供报销原始材料前复印。

3、外伤报销单打印。收到外伤报销款后,患者或患者委托的办理人携带患者及委托人身份证到泗县城乡居民医保外伤及大病保险经办点打印报销单。

咨询电话: 0557-7096231。

人保财险泗县支公司

2022年1月29日

附件 1： 《泗县城乡居民意外伤害住院申请补偿登记表》

泗县城乡居民意外伤害住院申请补偿登记表

就诊证号		户主姓名		患者姓名			年龄	
				身份证号			性别	
与户主关系		住址			联系电话		就诊医院	
疾病名称		入院日期		出院日期			费用总额	
申请理由	我保证以上外伤情况属实，若有不实，我愿承担法律责任，并退回报销的医疗费用 经办人员签字及电话：患者或家属签字确认：							
调查处理意见	调查人：							
领导审核意见								

填表说明：

1、交通事故导致的他伤和自伤、刀枪伤、搏斗伤、酗酒、吸毒、服毒、在工厂（场）或工地作业时负伤等情形，城乡居民基金不予补偿。

2、申请理由由患者或家属填写外伤发生时间、地点、原因及过程，若非填表说明“1”所列情况，方可申请。

3、调查处理及领导审核意见由保险公司填写。

附件 2： 《泗县城乡居民意外伤害公示表》

泗县城乡居民意外伤害公示表

户主姓名： _____

患者姓名： _____ 性别： _____ 身份证号： _____

家庭住址： _____

伤情发生地： _____

受伤经过： _____

意外伤害报案电话： 0557-7095518

意外伤害咨询电话： 0557-7096231

证明人（两人以上）和联系方式：

姓名： _____ 联系电话 _____

姓名： _____ 联系电话 _____

姓名： _____ 联系电话 _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日（村委会或居委会公
章）

公 示 时 间 _____ 公 示 地 点 _____

患者或家属签字： _____ 联系电话： _____

我保证以上所述情况属实，如有不实，愿承担一切责任后果。

患者或家属签字：_____