附件3

巴中市医疗保障待遇享受承诺书

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **患者姓名** |  | | **性别** |  | | **参保单位 （社区）** |  | **就诊医药机构** |  |
| **所患疾病** |  | | | | | **就医购药时间** | |  | |
| **联系电话** |  | | | **身份证号码** | |  | | | |
| **法律 法规 提示** | **1.《中华人民共和国社会保险法》 第三十条“下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围： （一）应当从工伤保险基金中支付的；（二）应当由第三人负担的；（三）应当由公共卫生负担的；（四）在境外就医的。”**  **2.《国家医保局 财政部关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》（医保发〔2021〕5号）下列不纳入基本医疗保险基金支付范围：“1.应当从工伤保险基金中支付的；2.应当由第三人负担的（交通事故、打架斗殴、医疗事故及其他应由第三者承担责任的医疗费用）；3.应当由公共卫生负担的；4.在境外就医的。5.体育健身、养生保健消费、健康体检。6.国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。”**  **3.《医疗保障基金使用监督管理条例》第二十条“医疗保障经办机构、定点医药机构等单位及其工作人员和参保人员等人员不得通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料，或者虚构医药服务项目等方式，骗取医疗保障基金。”**  **《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十条第二款“参保人员涉嫌骗取医疗保障基金支出且拒不配合调查的，医疗保障行政部门可以要求医疗保障经办机构暂停医疗费用联网结算。暂停联网结算期间发生的医疗费用，由参保人员全额垫付。...”**  **《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十一条“个人有下列情形之一的，由医疗保障行政部门责令改正；造成医疗保障基金损失的，责令退回；属于参保人员的，暂停其医疗费用联网结算3个月至12个月：（一）将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用；（二）重复享受医疗保障待遇；（三）利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益。”**  **《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十一条第二款“个人以骗取医疗保障基金为目的，实施了前款规定行为之一，造成医疗保障基金损失的；或者使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药的；或者通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料或者虚构医药服务项目等方式，骗取医疗保障基金支出的，除依照前款规定处理外，还应当由医疗保障行政部门处骗取金额2倍以上5倍以下的罚款。”**  **4.《中华人民共和国社会保险法》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，处骗取金额的二倍以上五倍以下的罚款。”  5.《中华人民共和国刑法》第二百六十六条的解释：“以欺诈、伪造证明材料或其他手段骗取养老、医疗、工伤、失业、生育等社会保险金或者其他社会保障待遇的，属于诈骗公私财物的行为。”《刑法》第二百六十六条规定：“诈骗公私财物，数额较大的（5000元人民币），处三年以下有期徒刑、拘役或者管制，并处或者单处罚金；数额巨大或者有其他严重情节的，处三年以上十年以下有期徒刑，并处罚金；数额特别巨大或者有其他特别严重情节的，处十年以上有期徒刑或者无期徒刑，并处罚金或者没收财产。”** | | | | | | | | |
| **承诺事项** | **1.无欺诈、伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息证明材料等有关资料，或者虚构医药服务项目及其他手段骗取医疗保障待遇（城乡居民基本医疗保险、城乡居民大病保险、职工基本医疗保险、职工补充医疗保险、职工生育保险、医疗救助、门诊慢特病等）行为承诺□；**  **2.无出借、冒名使用医疗保障凭证行为承诺□；无重复享受医疗保障待遇行为承诺□；无转卖药品，套取现金、实物或者获得其他非法利益行为承诺□；**  **3.外伤住院无第三者承担责任承诺□；**  **4.门诊慢性病、特殊病认定资料真实性承诺□；**  **5.医疗救助资料真实性承诺□；**  **6.其他承诺事项：** | | | | | | | | |
| **郑重 承诺** | **以上内容我已知悉，同时工作人员已向我解释清楚。本人所陈述事实真实、准确、完整，所提供的材料真实有效。如有不实或不符合基本医疗保障享受待遇范围的规定，主动退还所享受待遇费用，自愿接受行政处理、行政处罚，并承担由此产生的一切法律责任及后果。** | | | | | | | | |
| **承诺人（签字并摁手印）：**  **年 月 日** | | | | | **代理人与被代理人关系：**  **代理人（签字并摁手印）：**  **代理人身份证号码：**  **年 月 日** | | | | |
| **填表 说明** | | **1.参保人员依据法律法规和政策规定，应当享受医疗保障待遇，但因缺失核实材料或相关证明，须由患者或亲属填写本表；**  **2.填表时请仔细阅读法律法规相关条款，如隐瞒事实真相、提供虚假资料将承担法律责任；**  **3.本表和享受医疗保障待遇其他凭据资料一同交医保经办机构或医疗机构存卷备查。** | | | | | | | |