唐河县医疗保险中心职工大额医疗费用补助项目保险协议

甲方：唐河县医疗保险中心（以下简称甲方）

乙方：中国人民财产保险股份有限公司唐河支公司（以下简称乙方）

为了有效推进职工大额医疗补充保险制度改革，建立起多层次的医疗保障体系，甲、乙双方在遵循《保险法》、保险监督管理部门有关规定以及当地政府有关基本医疗保险政策的前提下，经甲、乙双方协商，执行南阳市人民政府宛政【2011】63号、宛政办【2012】98号 、宛政办【2019】32号、宛政办【2021】17号文件精神要求，就南阳市唐河县医疗保险中心职工大额医疗费用补助项目达成如下协议:

保险合同当事人

第一条 为妥善解决职工基本医疗保险统筹基金支付限额以上的医疗费用，甲方作为投保人，为职工基本医疗保险的参保人员统一向乙方投保《中国人民财产保险股份有限公司社保团体住院医疗保险条款（A款）》，作为职工基本医疗保险的补充。

第二条 凡参加唐河县职工基本医疗保险的参保人员均应为职工大额补充医疗保险的被保险人。

第三条 乙方作为职工大额补充医疗保险的保险人，接受投保人的申请。

保险期间与保险责任

第四条 职工大额补充医疗保险年度保期与基本医疗保险年度一致，为2024年01月01日零时起至2024年12月31日24时止。

第五条 在保险期间内，被保险人应由基本医疗保险统筹基金支付的金额累计达到基本医疗保险统筹基金最高支付限额时，乙方对被保险人发生的符合当地基本医疗保险统筹基金支付范围的合理医疗费用，按下列公式计算应给付的医疗保险金:

应给付的补充医疗保险金

=（符合当地基本医疗保险统筹基金支付范围的合理医疗费用—补充医疗保险给付起点金额）X约定给付比例

其中:

符合当地基本医疗保险统筹基金支付范围的合理医疗费用=医疗费用发生额—基本医疗保险不承担项目费用（“三个目录”外部分）

补充医疗保险给付起点金额=基本医疗保险起付线以下个人自付部分+基本医疗封顶线内个人按比例分摊费用+基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额

第六条 本保险年度基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额为6万元。

第七条 在一个保险年度内每一被保险人发生的符合基本医疗保险用药、诊疗项目和医疗服务设施范围及支付标

（三）参保单位及其职工未缴纳基本医疗保险费和大额医疗保险费期间所发生的医疗费用。如补缴所欠缴的基本医疗保险费和大额医疗保险费后，按有关规定执行。

（四）参保职工发生的医疗费用依法由第三者承担的部分。若医疗费用依法应当由第三人负担，第三人不支付或者无法确定第三人的，由医疗保险基金先行支付。乙方虽为商业保险公司，但承担的是社会保险赔付责任，在医疗费用报销理赔中，以《中华人民共和国社会保险法》和各级医疗保障相关文件规定为准，不得以商业保险条款约束甲方或者参保职工，不得要求甲方或者参保职工提供非医疗保障相关文件规定的证明或者材料。

第十一条 被保险人转外就医前必须经当地基本医疗保险管理部门审批同意，如被保险人转外就医前，其应由基本医疗保险统筹基金支付的金额累计达到基本医疗保险统筹基金最高支付限额，则其转外就医行为必须同时向乙方备案。外转住院跨年度的被保险人因无法通知到位，发生的医疗费用只打印一张统一发票未分开两个年度结算的，以出院时间为准，其发生的大额补充医疗费用，将按照出院日期列入当年度赔偿范围。

第十二条 参保职工在保险年度内首次得到大额补充医疗保险补偿后，其剩余保险金额等于最高保险赔付金额减去实际补偿金额，此剩余保险金额继续有效，直至保险期满。

达到基本医疗保险统筹基金最高支付限额时，乙方将按本协议**第五条**规定向该被保险人支付补充医疗保险金。

第十九条 被保险人在一个保险年度内符合医保规定报销医疗费用累计达到或超过补充医疗保险给付起点金额后，甲方须向被保险人交待相关补充医疗保险的索赔事项，并向乙方提供被保险人医疗费用超过给付起点金额的有关证明材料，包括甲方已赔付的清单及清单涉及被保险人的住院医疗正式收据、医疗诊断证明（含相关的诊断数据）及明细清单等理赔必须单证的复印件。定点联网医疗机构垫付的补充医疗保险费用，需提供被保险人参保凭证、本年度医疗费用结算清单、费用清单，经乙方审核后拨付至甲方账户。跨省联网结算产生的补充医疗保险费用，若国家平台无法查询到费用明细，则按照医保系统中的金额支付。甲方应协助乙方对参保人员所有的医疗费用支出情况进行查实，完成有关费用的调查取证。乙方应在十五个工作日内给予赔付。审核医疗费用遵照的是河南省基本医疗保险、工伤医疗保险和生育保险药品目录，按照服务项目、设施项目、诊疗项目等目录要求进行医药费用审核。

第二十条 乙方有权对被保险人的住院病历、医疗处方、诊疗报告、费用明细及其他与医疗费用有关的一切原始资料以及社会统筹医疗基金支付范围内的医疗费用凭证进行核查。被保险人及甲方应积极配合，提供相关的资料。甲方需协助乙方协调各定点医疗机构的关系，完成补充医疗保

险的核查工作。

第二十一条 被保险人最迟应在保险年度结束后 12 个月内提出补偿申请，逾期乙方不再受理。如有特殊情况的，由甲乙双方根据实际情况协商处理。

新增人员管理

第二十二条 对于基本医疗保险的新增人员，甲方应自其参加基本医疗保险当月起按《中国人民财产保险股份有限公司社保团体住院医疗保险条款（A 款）》规定，为其办理大额补充医疗保险投保手续并缴纳补充医疗保险费，被保险人自缴费当月起享受补充医疗保险待遇。

第二十三条 新增人员保险期间的终止日期与该保险年度其它参保人员一致。

信息使用管理

第二十四条 甲方在每次保费划缴时，须同时提供如下被保险人的信息和资料（包括数据软盘）：

1、参保人员的姓名、性别、年龄、身份证号码及其他相关信息；

2、如基本医疗保险承担被保险人特殊慢性病门诊费用的给付责任，还应提供经甲方审核同意的特殊慢性病的被保险人名单，并经乙方认可。同时，在保险年度内发生此类被保险人的新增或减少，甲方有责任及时通知乙方并提供相关证明，并须经过乙方的认可。

第二十五条 甲方已在定点医疗机构和社保服务窗口

建立计算机信息网络的，乙方应有使用和查询的权利，以便双方共同管理补充医疗保险业务。

第二十六条 对甲方提供的被保险人相关信息，乙方不能向第三方泄漏。

监督审核

第二十七条 甲方应恰当履行对补充医疗被保险人和定点医疗机构的管理、监督职责。乙方对甲方的监督管理制度有相应的了解、建议的权利。

第二十八条 经甲方双方同意，乙方可设置相应的医疗审核人员对定点医疗机构的诊疗过程或被保险人的就医进行审核监督。甲方应协调定点医疗机构配合医疗审核人员工作。

第二十九条 乙方对定点医疗机构诊疗过程进行跟踪了解，发现医疗机构有关人员有弄虚作假现象的，应立即向甲方报告，甲方应运用监督管理权力对定点医疗机构和医疗人员的违规违法行为进行处理。

第三十条 乙方发现补充医疗保险被保险人有弄虚作假行为的，一律不予补偿，同时应向甲方报告，甲方应运用督管理权力对被保险人的违规违法行为进行处理。

第三十一条 因定点医疗机构或被保险人的弄虚作假行为导致补充医疗保险赔款损失的，甲方应配合乙方进行追偿。

服务与管理

第三十四条 双方建立医疗费误差联审制度，每季度至少召开一次甲、乙双方相关人员参加的联席会，具体研究解决双方合作的有关事宜。

第三十五条 甲乙双方发生有关补充医疗保险争议时，应本着友好协商原则及时解决。协商不成的，应向南阳市仲裁委员会提请仲裁。

第三十六条 本协议未尽事宜，由甲乙双方协商解决。若有新政策实施，相关事宜按新政策执行。

第三十七条 本协议一式两份，甲、乙双方各执一份，具有同等的法律效力。自甲、乙双方负责人或授权代表签字，并加盖公章之日起生效。

甲方：唐河县医疗保险中心

负责人或授权代表：

2024 年 1 月 31 日

乙方：中国人民财产保险股份有限公司唐河支公司

负责人或授权代表：

2024 年 1 月 31 日