

城镇职工大额补充医疗保险 协议书

甲方：松原市社会医疗保险管理局

乙方：中国人民健康保险股份有限公司松原市分公司

协 议 条 款

甲方：松原市社会医疗保险管理

（以下简称甲方）

乙方：中国人民健康保险股份有限公司松原市分公司

（以下简称乙方）

为了适应松原市基本医疗保险制度运行的需要，减轻参保职工医疗费用负担，解决参保职工超过城镇职工基本医疗保险年度最高支付限额以上的医疗费用问题，甲方向乙方投保《中国人民健康保险股份有限公司和谐盛世城镇职工大额补充团体医疗保险》。甲、乙双方根据《松原市人民政府关于印发松原市城镇职工基本医疗保险市级统筹暂行办法的通知》（松政发[2011]13号）、《松原市人力资源和社会保障局关于印发松原市城镇基本医疗保险市级统筹实施细则的通知》（松人社发[2016]78号）、《关于调整我市基本医疗保险有关政策的通知》（松人社通字[2018]106号）文件和《中华人民共和国保险法》，就松原市市直城镇职工大额补充医疗保险事宜协商一致，达成如下协议。

一、投保人、保险人与被保险人

第一条 投保人为甲方，负责为参加城镇职工基本医疗保险并交纳了大额补充医疗保险费的人员，统一向乙方投保城镇职工大额补充医疗保险，甲方负责办理大额补充医疗保

险费的征收、投保。

保险人为乙方，负责承保城镇职工大额补充医疗保险，并按照本协议条款履行保险责任。

被保险人为参加城镇职工基本医疗保险，并按时交纳大额补充医疗保险费的人员，被保险人通过甲方统一向乙方投保，参加大额补充医疗保险。

二、保险事项

第二条 本协议合作期间为 2019 年 1 月 1 日至 2020 年 12 月 31 日。保险期间以保险单载明日期为准。

甲、乙方于每年 12 月 31 日前完成本年度结算，12 月 31 日之前住院未出院跨年住院的患者大额补充医疗费用按上年费用支付。对每年 12 月 31 日（含 31 日）以后发生的大额补充医疗费用乙方均转下一年结算。

第三条 大额补充医疗保险费每人每年为 150 元，甲方负责保险费的筹集，保费为年度 12 月 31 日前实际参保人数缴纳大额保险费总数。具体缴费时间为：签订合同后在 2019 年 9 月 15 日前缴纳保险费 600 万元；10 月 31 日前缴至总保费 70%；11 月 30 日前缴至总保费 85%；12 月 31 日前结清当年全部大额保险医疗费。

甲方需按照合同要求拨付大额医疗保险费用，乙方必须按月及时足额支付年度发生的大额补充保险医疗费用，乙方不得以任何理由拖欠应该支付的大额补充保险医疗费用，如

拖欠需要支付的大额补充医疗保险费用，甲方有权单方解除双方签订的合同。

新增被保险人根据参保时间缴纳保险费，甲方将新增被保险人的有关信息在其参加基本医疗保险后的 10 个工作日内报给乙方。新增被保险人保险生效日期从次月 1 日起生效，生效日之前新增被保险人发生疾病所导致的大额补充医疗保险费用，乙方不予以承担。保险终止日期为该保险年度的最后一天，新增被保险人与其他被保险人享受同等额度大额补充医疗保险待遇。

第四条 参加基本医疗保险并已缴纳大额补充医疗保险费的人员，由于参保单位或本人原因中断缴纳基本医疗保险费的，暂停大额补充医疗保险待遇，待补缴基本医疗保险费后并经甲方审核确认后方可恢复大额补充医疗保险待遇。

第五条 在保险期间内，被保险人住院所发生的符合基本医疗保险政策规定的医疗费用，超过基本医疗保险最高支付限额 70000 元的，由大额补充医疗保险支付。0 元-9 万元（含 9 万元），按 85%（转外三级医院就医 80%）的比例报销，9 万元-25 万元（含 25 万元），按 90%（转外三级医院就医的 85%）的比例报销，大额补充医疗保险累计最高支付限额为 25 万元。

保险期间内，参保人员因器官移植、肾透析、骨髓移植、恶性肿瘤而发生的在统筹基金支付范围内且超过大额补充

医疗保险给付起点金额以上部分，按 95%的比例报销，大额补充医疗保险最高支付限额为 25 万元。其他疾病患者累计赔付达到大额补充医疗保险最高限额 25 万元的，乙方对该被保险人的保险责任终止。其中，最高支付限额是指实际赔付的最高额度。

保险期间内，乙方确保自收到赔款通知 20 日内完成被保险的医疗保险待遇支付。甲方医疗保险即时结算工作实施后，乙方委托甲方代为支付被保险人相关大额保险待遇，乙方按要求保证所需资金及时足额到帐。为便于掌握大额保险年度支出情况，乙方需实时将大额支出情况报甲方备案，由甲方负责结算的业务科室将进入职工大额补充医疗保险人员的支付金额录入医保业务系统。

经甲乙双方协商，保险年度内赔款以实收保费的 95%为限。

大额补充保险赔款计算公式为：

(1) 首次进入大额赔款 = (总医疗费用 - 自费总数 - 基本医疗保险符合报销费用总数 - 起付线) X 大额给付比例。

(2) 再次产生费用赔款 = 符合报销范围 X 大额给付比例。

第六条 甲方按约定缴纳大额补充医疗保险费后，合同期限内甲方参保人员应报销的大额医疗费用由乙方负责支付。甲方参保人员发生的大额补充医疗费用由乙方根据上述第五条内容予以报销，当甲方参保人员本年度报销额度达到

最高支付限额后，乙方应承担的对该参保人员的保险责任终止。

第七条 大额补充医疗保险就医报销等各项政策与基本医疗保险政策规定一致，若合作年度内甲方按规定对基本医疗保险或大额补充医疗保险相关政策调整，乙方按调整后的相关政策规定执行。

第八条 被保险人死亡、判刑、参军、升学等原因，无论在保险期间是否发生赔付，原缴纳的大额补充医疗保险费不予返还。

三、投保程序

第九条 协议生效后，甲方在按规定时间向乙方缴纳保险费的同时，要提供给乙方被保险人名册，名册内容应包含被保险单位、姓名、性别、身份证号码、联系方式，作为理赔的依据，具体提供形式由甲乙双方另行约定。

第十条 乙方在首次收取保险费后，应及时出具相应的保险单和保险费收取凭证，以后每次在收取保险费后，也应及时向甲方出具相应保险费收取凭证。

四、管理协作

第十一条 甲乙双方的具体合作形式为：甲方负责参保人员大额补充医疗费用的审核、支付工作；乙方负责对参保人员大额补充医疗费用的复核工作；乙方拒绝给付大额补充

医疗保险金时，应征得甲方同意后实施，不得单方提出拒付。同时乙方根据甲方的需求做好参保人员市内、省内外转诊就医等各项医疗监督管理工作。

第十二条 乙方派驻专职人员与甲方实行联合办公。甲方授予乙方联合办公人员相应医疗保险业务系统操作权限，便于乙方及时掌握被保险人医疗费用发生情况。

第十三条 乙方协助甲方做好城镇职工大额补充医疗保险相关宣传发动工作，向被保险人和医疗机构及医务人员宣导保障范围、理赔流程、就医管理等业务政策，提供医疗保险咨询服务。宣传面要达到 100%。

第十四条 甲乙双方建立定期沟通协调机制，通报各自在大额补充医疗保险运行过程中发现的问题并协商制定解决方案。同时，建立信息共享机制，共享职工大额业务相关业务资料和数据。

五、理赔事项

第十五条 甲方负责协助乙方对大额补充医疗费用进行数据采集，包括采集参保人员病历复印件、费用结算清单、出院诊断等理赔所需的相关资料，并提供参保人员进入大额前的结算数据及提供参保人员大额费用审核后形成的支付明细表。

具体理赔资料如下：

1. 理赔申请书

2. 医疗保险保险证复印件
3. 身份证复印件 (A4 正反面)
4. 基本医疗统筹结算清单
5. 医疗费用收据
6. 医疗费用明细单 (加盖医院医务专用章)
7. 诊断证明 (加盖医院医务专用章)
8. 出院证明 (加盖医院医务专用章)
9. 病历复印件 (加盖医院医务专用章)
10. 被保险人 (患者) 个人银行结算账户 (提供存折或银行卡复印件)
11. 理赔款受领人非被保险人 (患者) 本人的, 需提供授权委托书, 被保险人 (患者) 为委托人
12. 转院审批表 (外地医院)
13. 代办人身份证

注: 以上申请材料为复印件的 (除身份证复印件、医保卡复印件、银行卡复印件外), 均需加盖经办机构公章。

14. 被保险人 (患者) 死亡的案件, 提供被保险人死亡的相关证明材料

- A. 医院提供的死亡证明
- B. 火化证明
- C. 户口注销证明
- D. 提供所有法定受益人与被保险人的亲属关系证明

E. 法定受益人填写授权委托书，委托一人为理赔款受领人

第十六条 乙方继续遵循原大额补充医疗保险与基本医疗保险同时结算的方法，每月 15 日至 30 日为结算报销日（当月发生的费用以个人结算日为期限，报销日不能超过下月 30 日之前必须完成结算），如遇节假日和特殊情况随甲方基本医疗保险支付时间同步调整。

第十七条 大额补充医疗保险赔付范围内的合理医疗费用，使用社会保障卡在统筹区内定点医院结算的，由甲、乙双方共同参与参保人员在定点医疗机构发生的医疗费用稽核，甲方需协调各定点医疗机构，协助乙方完成大额医疗保险的核查工作。并出具相关材料：

1. 由定点医疗机构提供大额理赔患者相关信息，内容包括：姓名、性别、身份证号、费用总额、疾病诊断、实赔金额等。

2. 甲、乙方根据定点医疗机构提供的信息进行确认并核对，无误后由乙方进行大额理赔。

3. 审核支付结算单

甲方提供的纸质理赔材料需加盖单位公章，以确保数据真实有效及甲乙双方的共同认可。

4. 乙方根据稽核结果及甲方《定点医院基本医疗保险大额结算单》按季度与定点医疗机构进行理赔结算。由甲方提供定点医疗机构的银行账号、收款单位、开户行全称给乙方，

以便进行理赔结算。

第十八条 参保人员在省内异地就医即时结算的大额医疗费用结算方式：

1. 甲方给乙方提供省医保局的大额上解清算单。
2. 乙方根据以上内容核对医保信息系统发生的医疗费用数据进行确认，无误后进行大额理赔。
3. 甲方提供的纸质及电子版相关材料需加盖甲方单位公章。
4. 结算时间按照省医保局对甲方的结算申请进行赔付。由甲方提供医保局银行账号、单位全称、开户行全称给乙方，以便进行理赔结算。

第十九条 省外就医的未进行直接结算的大额补充医疗费，乙方按照第十五条相关规定进行理赔结算。

六、违约责任、责任免除与争议解决

第二十条 因下列情形之一引起的保险事故，合作保险公司不承担给付保险金的责任：

1. 保险单中特别约定的除外事项；
2. 被保险人故意自伤、自杀（被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外）、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
3. 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
4. 核爆炸、核辐射或核污染。

被保险人在下列期间内发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任：

1. 醉酒、主动吸食或注射毒品；
2. 酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无有效行驶证的机动车。

本协议执行过程中，甲、乙双方应严格履行本协议，如发生争议，由双方协商解决。如双方无法达成共同意见，可报政府相关部门予以调解；如调解无效，双方均可向所在地人民法院提起诉讼。

七、其他事项

第二十一条 双方可根据本协议拟定具体的操作流程，操作流程，符合本协议所规定的原则，具有相同的法律效力。

第二十二条 甲乙双方在协议执行期间，在每一年度续保时，应根据本地医疗费用自然增长和上年度业务实际经营情况，对保险费率、起付线、赔付比例、赔付范围等进行必要的调整和修订。

甲、乙双方共同执行国家、省、市法律法规及医疗保险有关政策，在协议执行期间，甲方对医疗保险有关政策调整应及时告知乙方。

第二十三条 本协议未尽事宜，甲乙双方可根据实际情况，通过签订补充协议形式，修改本协议内容，补充协议与本协议具有同等法律效力。

第二十四条 本协议经双方授权代表签字，并加盖公章后生效。

第二十五条 本协议一式肆份，甲乙双方各执贰份。



授权代表 (签字):

林阳伟

2019 年 9 月 12 日

授权代表 (签字):

徐震

年 月 日