



中国医疗保障
CHINA HEALTHCARE SECURITY

平顶山市职工大额医疗费用补助 (2026 年度)

承办服务合同

平顶山市医疗保障服务中心 制



E办APP
扫码校验

平顶山市职工大额医疗费用补助 承办服务合同

甲方：平顶山市医疗保障服务中心

地址：河南省平顶山市新华区中兴路华诚大厦

乙方：中国太平洋财产保险股份有限公司平顶山中心支公司

地址：河南省平顶山市新华区建设路西段路南水利局办公室13层

依据《中华人民共和国民法典》《中华人民共和国社会保险法》等相关法律法规和医疗保险有关政策规定，结合招投标文件，经甲乙双方充分协商，本着政府主导、平等协作、诚实信用、风险共担的原则签订本合同。

第一章 总 则

第一条 职工大额医疗费用补助（以下简称大额补助）是指单位及其职工在参加基本医疗保险的基础上，再缴纳一定数额的保险费，引入商业保险机制，建立补充医疗保险资金，用于支付超过基本医疗保险统筹基金最高支付限额的医疗费用。大额补助是基本医疗保险的补充和延伸，定点管理、经办流程、支付范围等同基本医疗保险保持一致。

第二条 甲方委托乙方承办本合同约定的大额补助业务。具体负责承办 宝丰县、鲁山县、石龙区 参保职工的大额补助保险业务。



第三条 大额补助承办服务合同期限与职工基本医疗保险的保险年度一致，采用自然年度，即每年的1月1日至12月31日。考虑到项目招标、内控审批、年度考核或清算审计等安排可能导致服务实际开始时间推迟，为保障工作连续性，乙方应负责服务范围内，从上一轮合同截止日期开始，到本轮合同正式签订日期期间发生的各项费用结算工作，并在规定时间内完成支付，不得无故拖延。如乙方发生变化，应由新的承办机构负责上述工作。

第四条 大额补助医疗服务实行定点管理，职工基本医疗保险定点医药机构即为大额补助定点医药机构。

第二章 机构队伍建设

第五条 甲乙双方按照“充分协商、双方自愿、事务共担、合作共赢”原则，建立联合办公机制，联合办公地点设在甲方。乙方派驻市本级经办机构工作人员的比例不低于每3万参保职工配1名工作人员，各县（市、区）不少于2名工作人员，只承办各县（市、区）职工大额医疗费用补助业务的商业保险机构需额外向市本级医保经办机构派驻1-2名工作人员，协助市本级和各县（市、区）医疗保险经办机构开展大额补助保险日常监督管理工作。派驻工作人员由甲、乙双方共同管理。

第六条 乙方派驻的联合办公人员应具有医学、财务、信息技术等相关专业背景，其办公用品配备、病历审核和调研培训等相关费用由乙方承担。

乙方需承担职工医疗保险意外伤害调查工作，遵守意外伤害



调查工作制度。

第三章 信息系统建设

第七条 乙方应建立信息对接系统，相关费用由乙方承担。以河南省医疗保障信息平台数据为准，经甲方授权，乙方可以从河南省医疗保障信息系统中查阅、打印获取与大额补助相关的信息，并对接触、使用的信息按照相关规定严格保密，确保信息数据安全。

第八条 未经甲方书面同意，乙方不得向第三方泄露任何相关信息，不得将数据用作大额补助之外的其他用途；若乙方擅自泄露相关信息或者使用至其他用途，造成甲方、参保人或其他第三方损害的，依法承担法律责任。

第四章 资金支付范围及标准

第九条 乙方作为大额补助的承办方，应依照本合同约定对参保人在本合同期内发生的需大额补助赔付的费用承担审核赔付责任。

第十条 参保职工一个社会保险年度内（当年1月1日至12月31日）的医疗费用（含住院和门慢特病费用，下同），经职工基本医疗保险基金按规定支付后，超过基本医疗保险年度支付限额8万元的费用，由大额补助保险资金按规定支付。

大额补助保险起付线（即基本医疗保险年度支付限额）为8万元，最高支付限额为40万元。大额补助资金支付比例按医保相



关政策执行。

第十一条 参保人员住院跨保险年度（合同年度）时，按职工基本医疗保险的有关政策办理年度结转和年终结算。

第十二条 参保人员异地就医按照《平顶山市医疗保障局平顶山市财政局关于进一步加强异地就医直接结算管理服务的通知》（平医保〔2025〕8号）等相关规定执行。

第五章 费用结算

第十三条 大额补助结算所需材料按照河南省医疗保障局关于印发《河南省医疗保障经办政务服务事项清单（2024年版）》《河南省医疗保障经办政务服务事项办事指南（2024年版）》的通知（豫医保办〔2024〕41号）有关规定执行，鼓励进一步精简材料、缩短时限、优化流程。

第十四条 结算支付分为直接结算和手工报销。

（一）直接结算。参保人员在定点医药机构发生的应由大额补助资金支付的费用实行直接结算，乙方按月与定点医药机构结算，按照先结算后审核的方式，在定点医药机构申报材料成功之日起20个工作日内完成支付，不得无故拖延，按规定应由个人负担的医疗费用，由个人与定点医药机构结清。

（二）异地就医直接结算。参保人员在跨省及省内异地就医直接结算发生的应由大额补助支付的费用，按照《平顶山市医疗保障局平顶山市财政局关于进一步加强异地就医直接结算管理服务的通知》（平医保〔2025〕8号）等相关规定执行。转外就



医、异地居住人员就医以及因非参保人员本人原因无法在市内定点医疗机构通过系统即时结算的,参保人员大额补助保险费用的报销实行手工报销。

(三)手工报销。参保人员未在定点医药机构(急诊除外)直接结算的应由大额补助支付的费用,先由参保人员垫付,在治疗终结后向甲方提出报销申请,乙方在收到申请材料后20个工作日内完成支付,不得无故拖延。

第十五条 乙方不得以任何理由拒绝支付参保人员应享受的大额补助待遇,不得拖延或拒不支付定点医药机构垫付的大额补助费用。

第六章 资金的筹集与拨付

第十六条 大额补助缴费标准为每人每年200元。实行收支两条线管理,专账核算,专款专用。乙方要制定严格的大额补助资金财务管理制度报甲方备案,作为年度考核指标。

第十七条 大额补助资金按季度拨付。为确保参保职工医疗待遇及时支付,按每季度大额补助资金筹资总额的85%划拨给乙方。

甲方对乙方实行年度考核及保证金制度,按年度已缴纳的大额补助资金筹资总额的10%作为年度保证金,用于乙方按照合同履约的保证;按年度已缴纳的大额补助资金筹资总额的5%作为周转金,待合同年度内案件处理完毕后,根据年度考核结果,保证金及周转金在30个工作日内及时返还乙方。

大额补助资金尚未拨付到位前,参保人员和定点医药机构垫付的大额补助费用由乙方先行垫付。



第七章 资金的盈亏管理

第十八条 按照收支平衡、保本微利的原则，大额补助资金实行收支两条线管理，专账核算，专款专用。大额补助资金每个年度资金使用率不得低于当年大额补助保险资金收入的95%（不包含运营成本）。关于大额补助资金使用率的要求，将根据大额补助资金年度收支余情况动态调整。

第十九条 承办服务期结束后，甲、乙双方协商后委托第三方审计机构对承办服务期内的大额补助资金按年度进行清算，该清算结果为终结性结果，乙方承担审计相关费用。具体如下：

1. 如大额补助资金使用率不足95%的，年度内筹集大额补助资金总额5%（含5%）以内的部分归乙方，超出部分返还甲方指定账户。

2. 如对年度内因大额补助政策性调整，导致大额补助资金超支的，通过使用累计结余、提高筹资水平等方式解决；如果认定为非政策性调整造成当年大额补助资金的亏损，由乙方全部承担。政策性亏损是指因医保相关法律法规、政策性文件出台、变更致使大额补助资金收入减少或支出增加导致的亏损，统筹地区不能达到收支平衡，继而认定为政策性亏损。

3. 清算后若又出现了或者审计超出清算应支金额的费用，乙方仍有继续支付的义务，采用先行垫付、按年度单独记账的方式，定期报送甲方，由甲方汇总审核无误后给予拨付。若审计发现有需要退回的费用，乙方应将应退回的费用返还至甲方指定账户。



第二十条 大额补助资金除按规定的 5% 支付给乙方外，只能用于支付符合规定的大额补助费用。

第八章 医疗服务监管

第二十一条 乙方应严格按照医保相关政策及关于下发《河南省医疗保障定点医药机构服务协议范本》《平顶山市医疗保障定点医药机构服务协议》的通知有关规定执行。积极配合甲方加强对定点医药机构的监督工作，规范医疗服务行为；充分发挥商业保险机构的专业优势，可采取现场审核、抽取病历审核等形式对定点医药机构垫付的大额补助费用进行审核，对发现不符合政策规定而纳入支付范围、冒名顶替及弄虚作假等违规行为，经甲方和定点医药机构三方确认属实后，不合规费用在下月资金结算时予以扣除，违规行为按相关规定处理。乙方应配合甲方开展医疗保险费用审核工作。

第二十二条 乙方在已支付的大额补助结算费用中，发现定点医药机构存在虚假申报等套取大额补助资金行为的，应同步将该违规行为通报甲方，经甲方确认属实后，责令其返还相关费用，涉嫌存在违法行为需要予以行政处罚的，提交医疗保障行政部门进行处理。涉嫌构成犯罪的，由医疗保障行政部门移送司法机关，依法追究其刑事责任。

第二十三条 乙方应建立疑义病历调查机制，利用自身在全国各地设置的分支机构，调查核实参保人员在全国范围内的异地就医信息，防范骗取职工基本医疗保险基金和大额补助资金行为。



第二十四条 乙方应建立内控制度，积极配合甲方对大额补助业务的日常监督和资金监管工作，规范承办工作行为，提高承办工作质量，共同维护大额补助资金安全。

第二十五条 乙方利用承办业务数据为甲方提供大额补助业务风险管控评估、统计精算、趋势分析等服务。按时向甲方报送大额补助月报、季报、年报及资金运行分析报告。报告应包括但不限于资金支付、现场巡查、病历审核、违规费用扣除等相关数据。

第二十六条 乙方可根据大额补助资金支出情况、医疗费用自然增长情况以及职工基本医疗保险政策调整情况等相关因素，对大额补助征收标准等相关政策提出调整建议。

第九章 档案管理

第二十七条 乙方应严格执行《中华人民共和国档案法》《中华人民共和国档案法实施条例》等相关法律法规，落实专人专柜管理，切实做好大额补助文件资料的存档工作。

第十章 监督考核

第二十八条 甲方制定考核方案，在次年第二季度对乙方上一年度承办大额补助业务情况进行综合考核，考核结果和上一年度保证金返还、下一年度合同续签及下一轮投标承办大额补助业务挂钩。

第二十九条 甲方监督乙方承担保障大额补助资金安全、促



进资金有效使用、维护参保人员合法权益。甲乙双方应主动接受社会监督，畅通举报、投诉、咨询受理渠道，及时处理群众反映的问题，查处投诉举报案件，维护参保人员合法权益。

第三十条 甲方通过回访参保人员、抽查已结算病历等多种形式对乙方承办业务情况进行日常监督考核，督促乙方按合同要求提高承办工作质量和水平，切实维护参保人员医保权益。

第十一章 违约责任

第三十一条 甲、乙双方应严格履行本合同约定，任何一方违反本合同约定的，守约方有权要求违约方纠正并采取补救措施。因违约给对方、定点医药机构或参保人造成损失的，违约方须赔偿经济损失并承担相应法律责任；如违约方不承担，守约方先行承担后有权向违约方追偿。

第三十二条 乙方在一个保险年度内有下列情形之一的，甲方可对乙方主要负责人进行约谈，责令限期整改；乙方逾期拒不整改或虽整改但未达到本合同约定和甲方要求的，甲方可单方解除本合同，要求乙方退还剩余大额补助资金，并向甲方支付当年筹集大额补助资金总额 5% 的违约金。同时，甲方有权将违约情形通报乙方监管部门。

- (一) 未按要求配备人员或配备人员不服从甲方管理三次的；
- (二) 未按规定及时、足额拨付定点医药机构及参保人员垫付资金的；
- (三) 被参保人员或定点医药机构举报投诉，并查证确属乙



方责任且情节严重的;

(四) 因失职、渎职等原因, 严重侵犯参保人员合法权益, 造成大额补助资金损失或恶劣社会影响的;

(五) 擅自扩大或缩小报销范围, 擅自提高或降低报销比例的;

(六) 弄虚作假, 骗取或者指使、授意、串通他人骗取大额补助资金的;

(七) 贪污、截留、挤占、挪用、转移大额补助资金的;

(八) 将承办过程中接触的参保人员等相关信息擅自泄露给第三方, 或用于大额补助以外其他用途的;

(九) 拒不赔偿甲方、定点医药机构或参保人损失的;

(十) 其他违反本合同约定, 造成严重后果的。

第三十三条 乙方应于甲方解除合同通知发出后 10 日内, 将剩余大额补助资金全部退还甲方指定银行账户, 应退还的剩余大额补助资金金额以甲方确认的金额为准。逾期退还的, 除前述违约金, 乙方还应按日向甲方支付应退未退款项总额万分之五的迟延履行金。

第十二章 附 则

第三十四条 大额补助项目承办合同期限为壹年, 自 2026 年 1 月 1 日起至 2026 年 12 月 31 日止。符合续签条件的, 经双方确认无异议后, 与乙方续签合同。

第三十五条 除不可抗力或对方有严重违规、违约行为外,



甲乙双方均不得提前终止合同。

第三十六条 合同履行期间，乙方的单位名称、执业资质、注册资金、法人代表、相关领导、承办条件、承办内容、派驻人员、机构等发生变化时应及时书面通知甲方。

第三十七条 甲乙双方在履行合同过程中发生争议，双方可通过协商解决，协商解决不成的，可依法向甲方所在地人民法院提起诉讼。

第三十八条 本次招标项目中的招标文件与投标文件作为本合同的有效组成部分，具有同等法律效力。

第三十九条 本合同未尽事宜按照国家、河南省有关规定执行。新规定与年度合同内容不一致的或甲乙双方协商一致确认需要更改的内容，双方签订补充合同，补充合同与本合同具有同等法律效力。

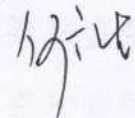
第四十条 本合同自双方盖章并签字之日起生效。本合同一式四份，甲乙双方各执两份，具有同等法律效力。

甲



方（盖章）：

乙 方（盖章）：

授权代表（签字）： 

授权代表（签字）：

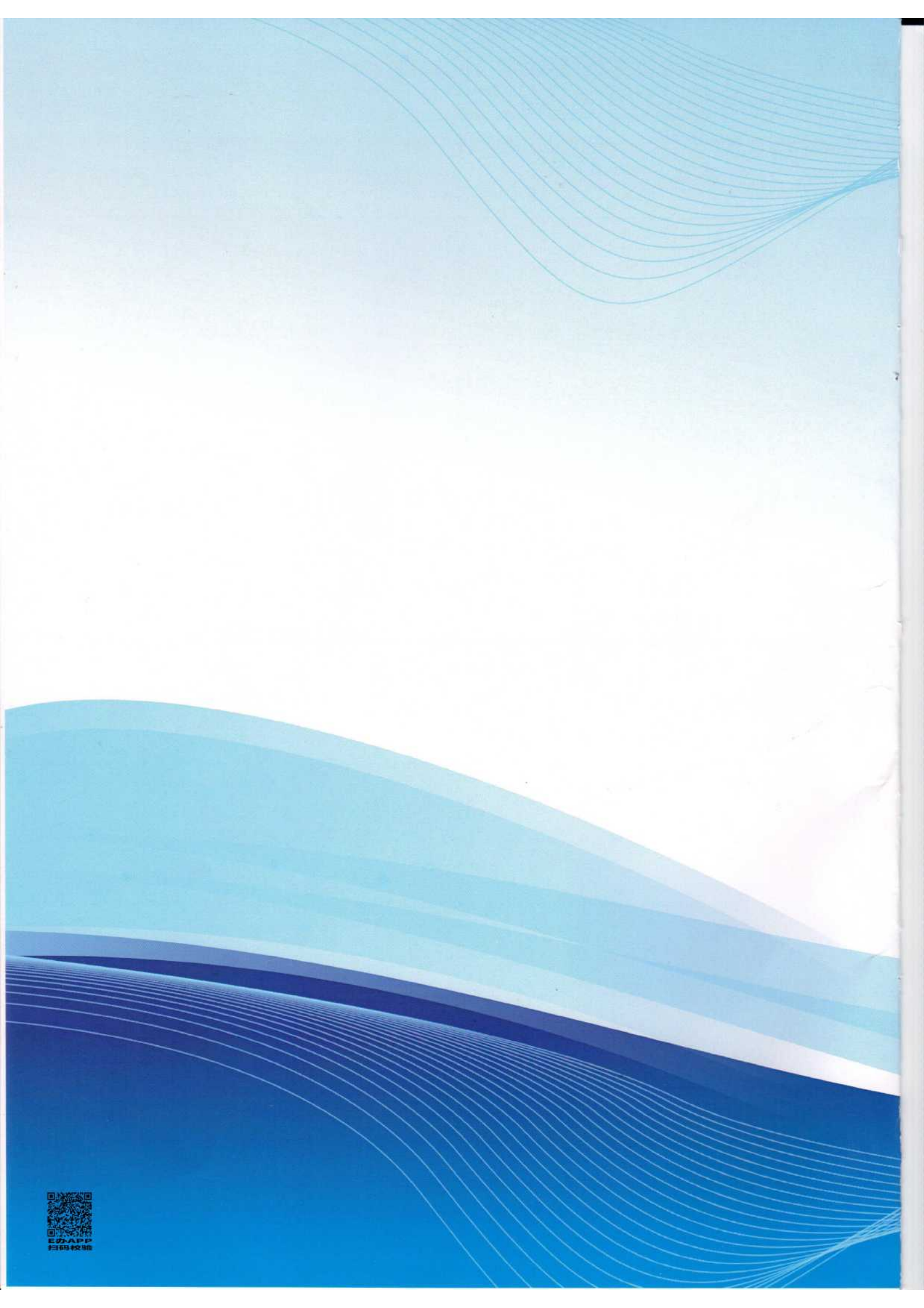


2026 年 2 月 4 日

2026 年 2 月 4 日



扫码校验



E办APP
扫码校勘