

濮阳市城镇职工 大额医疗费用补助保险服务协议

甲方：濮阳市医疗保障局

乙方：中国民生健康保险股份有限公司濮阳中心支公司

为确保濮阳市城镇参保职工快速便捷地享受城镇职工大额医疗费用补助保险（以下称大额医疗保险）医疗服务，不断提高城镇职工医保服务水平，促进我市社会医疗保障体系建设，根据《中华人民共和国民法典》《医疗保障基金使用监督管理条例》《濮阳市人民政府办公室关于印发濮阳市基本医疗保险和生育保险市级统筹实施办法的通知》（濮政办〔2022〕16号）《濮阳市城镇职工大额医疗费用补助保险暂行办法》（濮医保〔2001〕1号）《濮阳市医疗保障局关于职工大额医疗费用补助实行市级统筹有关问题的通知》（濮医保〔2022〕33号）等相关法律法规、政策，甲、乙双方本着诚信合作、协商一致、保障参保人员合法权益的原则，签订本协议。

第一章 总 则

第一条 甲方委托乙方承办濮阳市城镇职工大额医疗费用补助保险(5%)、生育保险大额医疗保险，乙方自负盈亏。大额医疗保险实行市级统筹，分级负责，全市统一组织实施、统一政策标准、统一资金管理。大额补助承办服务合同年度与城镇职工基本医疗保险年度一致，采用自然年

度，即每年的1月1日至12月31日。参加2026年1月1日至2026年12月31日年度城镇职工基本医疗保险并按时足额缴纳大额医疗保险费用的人员为被保险人。被保险人参加城镇职工基本医疗保险和大额医疗保险的医疗保险经办机构和市级医疗保险经办机构履行本协议所述甲方义务并享受本协议甲方权利。

第二条 甲乙双方应认真贯彻执行国家、省、市有关医疗保险各项政策规定，积极做好医疗保险政策宣传，努力为参保人员提供优质高效的医疗保险服务。

第三条 甲乙双方有义务指导、教育参保人员自觉遵守大额医疗保险各项规定；有权提出合理化建议；有权检举和投诉任何一方工作人员的违法违规行为。

第四条 乙方应建立健全大额医疗保险财务、结算、管理、考核等制度，妥善管理大额医疗保险基金，为参保人员提供大额医疗保障。

第五条 乙方应成立大额医疗保险的管理团队或管理机构，建立服务工作制度、人员管理与培训计划等，对联合办公人员的医保政策、职业技能、综合素养的培训要内容全面、科学合理，并将培训计划和内容报送甲方备案。

乙方派驻市本级的联合办公人员不少于20人（包括医学、会计、计算机科学与技术、法律专业），其中，具有医学相关专业（能审核病例）的不少于5人、具有计算机科学与技术（软件工程）或参与过医保飞检并能够熟练操作 oracle、sqlsever 等数据库的不少于5人；派驻所承办县、区的联合办公人员不少

于 5 人（包括医学、会计、计算机科学与技术、法律专业），其中具有医学相关专业背景的不少于 2 人。乙方要承诺年度内派驻人员不变动，特殊情况下，乙方新派人员需经甲方同意，并以书面形式报甲方备案。

联合办公人员由甲、乙双方共同管理，人员归甲方统一调配，接受甲方安排的工作或者甲方安排到县（区）的工作。乙方承担联合办公的工作用品、车辆设备、病历审核、数据库分析和调研培训等相关费用。

第六条 大额补助缴费标准为每人每年 90 元（如遇政策调整按调整后的标准执行）。大额医疗保险费按季度划转乙方。年度首次划转保险费前，乙方需结清上年度发生大额医疗费结算款。

乙方指定账户为：

开户银行：

账户名称：

账户号码：

第七条 甲方负责维护大额保险基础数据的日常变动，保障大额保险基础数据的准确性，参保人员以甲方所提供参保名单为准。年度内新增参保人员名单甲方一般分两次转往乙方，乙方应按甲方提供数据补录参保人员名单，大额医疗保险费按年收取，享受与其他参保人员同等大额医疗保险待遇。

第八条 甲方因工作需要需查阅乙方大额医疗保险相关资料，或需要大额医疗保险相关数据或资金运行分析的，乙方应予以主动配合，如实提供。

第九条 乙方对接触、使用及产生的信息应严格履行保密义务，确保信息数据安全。未经甲方书面同意，乙方不得向任何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；若因乙方不当操作或擅自泄露相关信息、使用至其他用途，造成计算机系统数据丢失、大额医疗保险基金流失、参保人员信息泄密等问题，乙方应依法承担由此产生的一切法律责任，包括但不限于民事责任、行政及刑事责任、合同责任及特殊社保责任。

第十条 乙方应委托遍布全省、全国的机构网络为在市外住院治疗的参保人员核查、审核赔付案件，缩短赔付周期。乙方应根据甲方工作实际，配合做好医疗保险基金监管工作。

第十一条 乙方提供大额医疗保险资金申请服务，对大额医疗费用垫付困难的参保人员实行申请预结。

第十二条 协议期间，乙方的单位名称、执业资质、注册资金、服务条件、服务内容、法人代表、相关领导、派驻人员等发生变化时应及时书面通知甲方。书面通知最长截止为5个工作日，逾期则甲方有权终止本协议。

第二章 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（试行）〉〈河南省医疗保障经办政务服务事项办事指南（试行）〉的通知》（豫医保〔2020〕8号）有关规定执行，鼓励进一步精简材料、缩短

时限、优化流程。在一个医保年度内，乙方对每位参保人员负以下责任：

（一）对医疗费用超过基本医疗保险统筹基金 11 万元最高支付限额部分，乙方负 90%的赔偿责任，参保人员个人自负 10%。

（二）参保人员在一个医保年度内一次或多次发生疾病，乙方对每一位参保人员累计赔付除基本医疗保险金外最高限额为人民币 49 万元。

（三）参保人员跨医保年度住院，按甲方规定不进行年度结转的，医疗费用根据实际出院时间计入出院当年医保年度。

第十四条 大额医疗保险理赔款的支付方式：

（一）在市内定点医疗机构“一站式”结算由定点医疗机构垫付的，乙方对定点医疗机构结算支付。

（二）在省内或跨省异地就医即时结算平台结算的，乙方对甲方结算支付。根据省统一要求，乙方按照上年度本市发生的异地就医大额医疗保险费用三个月的平均水平，向省异地就医结算专户缴存预付金。乙方应按照《河南省医疗保障局 河南省财政厅关于进一步做好河南省基本医疗保险异地就医直接结算工作的通知》（豫医保办〔2022〕48 号）等相关规定执行，以月份为批次，将在异地就医结算平台发生的异地就医大额医疗保险结算费用（理赔款）支付甲方，由甲方上解支付省级相应财政专户。甲方根据实际结算及理赔款支付及时与否，确定是否由乙方向甲方缴纳结算周转金。

甲方要求乙方缴纳结算周转金时，周转金按照上年度大额保

险总筹资额的 5% 计算，用于大额医疗费用结算资金周转。周转金不足支付大额医疗费用时，乙方应于次月前 10 个工作日补足相差金额。当月周转金不足支付大额医疗费用时，乙方应在 10 个工作日内补足。否则视为自动终止本协议。若下年乙方继续承保，周转金自动转入下年继续使用。

（三）参保人员持相关手续到乙方驻甲方服务窗口结算的，乙方对参保个人直接结算支付。

（四）乙方不得无故拒绝支付参保人员应享受的大额补助待遇，不得无故拖延或拒不支付定点医药机构垫付的参保职工应享受的大额补助费用。

（五）在甲方尚未拨付职工大额医疗费用补助资金前，对定点医疗机构垫付的大额医疗费用补助资金，实行先支付后审核的办法。

第十五条 大额医疗保险基金支付范围与基本医疗保险统筹基金支付范围一致，并根据基本医疗保险报销标准的变化而变化。

第十六条 参保职工在本市内定点医疗机构治疗的，由医疗机构医保科于出院当日通过医保计算机系统同基本医疗保险一并结算，每月由乙方支付各定点医疗机构所垫付医疗费，如发现医疗机构违规支付，乙方有权利向甲方提出申请，情况属实的，在给医疗机构支付时扣除相关违规费用。乙方有义务协助医疗机构审核大额保险相关医疗费用。

第十七条 参保职工通过省内及跨省异地就医即时结算平台在指定定点医疗机构就医结算的，乙方以结算平台甲方终端计算

机系统出具的有关明细单为准，按照有关规定及时赔付。

参保职工住院跨保险年度（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。参保职工异地就医按照《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）《河南省医疗保障局 河南省财政厅关于进一步做好河南省基本医疗保险异地就医直接结算工作的通知》（豫医保办〔2022〕48号）等相关规定执行。本协议约定的异地就医结算规则，如遇国家或河南省医保政策更新的，自动按新政策执行。

第十八条 在市外医疗机构治疗，不能在异地就医平台结算的，持相关手续到乙方驻甲方服务窗口结算或到转出的定点医疗机构结算。

（一） 甲方与乙方联合办公，乙方应委托由甲方认可的专职审核人员驻甲方参与审核医疗费用。大额医疗保险费用支付标准以乙方委托人签字的审核结果并经甲方认可后为准。甲方未能认可的，应在两个工作日内协商解决完毕。协商不成的，以甲方审核标准支付。

（二） 基本医疗保险封顶线后的医疗保险费用，由乙方委托人审核完毕，并按甲方规定将相关材料复印件转交乙方，其中不再提供基本医疗封顶线以内相关资料及封顶线以上资料原件。对于有争议的案件，双方应向对方提供案件涉及的相关资料。

（三） 在定点医疗机构结算的，乙方应协助确认结算费用，甲方应协调定点医疗机构协助提供相应资料，并协调解决费

用结算争议。

（四）基本医疗保险封顶后的医疗费用，在资料完整的情况下，省内治疗的，乙方应在 10 个工作日内给予赔付；省外治疗的，乙方应在 15 个工作日内给予赔付。

（五）乙方未在规定时限内结算大额医疗保险报销费用的，乙方按每人次 500 元标准承担违约金。违约金保险年度结束后统一结算。

第十九条 大额补助资金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，要设立资金专户。

第三章 医疗服务监管

第二十条 乙方应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。

第二十一条 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，

涉嫌存在违法违规行为需要司法处理或予以行政处罚的，提交同级医疗保障行政部门进行处理。

第二十二条 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。

第二十三条 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。7月10日前向甲方报送大额补助年中运行分析报告、次年元月15日前向甲方报送大额补助全年资金。运行分析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。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。

第二十四条 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。

第四章 附 则

第二十五条 乙方有下列情形之一的，甲方可以单方解除本协议，解除协议后，大额医疗保险剩余资金，甲方全额收回。

- (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) 严重侵犯参保职工权益，造成大额医疗保险资金损失

或恶劣社会影响的。

（三）失职、渎职造成大额医疗保险资金损失及严重不良社会影响的。

（四）利用不正当手段套取、骗用大额医疗保险资金的。

（五）违规泄露参保人员个人信息资料，造成严重后果的。

（六）拒不支付甲方、定点医疗机构或参保人员有关大额医疗保险费用的。

（七）拒不赔偿甲方、定点医疗机构或参保人员经济损失的。

（八）其他违法违规行为，造成严重后果的。

第二十六条 甲方根据大额医疗保险相关政策规定和本协议约定条款制定考核方案，对乙方进行年度考核，考核结果与以后年度协议续签及下一轮投标承办大额医疗保险业务挂钩。

第二十七条 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。

第二十八条 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。

第二十九条 本协议执行过程中如发生争议，双方可按照《中华人民共和国行政复议法》和《中华人民共和国行政诉讼法》的有关规定，向同级医疗保障行政部门申请复议或向人民法院提起诉讼。

第三十条 协议执行期间，如遇国家法律、法规有重大调整

时，双方可按照新规定进行修改，如无法达成协议，可终止本协议。如遇大额医疗保险统筹层次调整，无法继续履行或续签协议，可终止本协议或不再续签协议。

第三十一条 本协议未尽事宜，双方可以签订补充协议。补充协议效力与本协议相同。

第三十二条 本协议有效期为 2026 年 1 月 1 日至 2026 年 12 月 31 日。参保人员在本协议期内发生的应由大额医疗保险支付的费用，在本协议期满后提出申请的，即使乙方不再继续承办大额医疗保险服务，仍应承担支付责任。

第三十三条 本协议一式三份，甲、乙双方各执一份，濮阳市社会医疗保险中心留存一份。

甲 方：

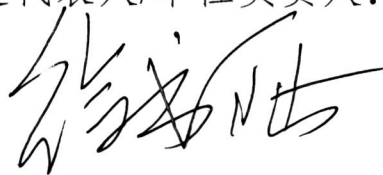
法定代表人/单位负责人： 



年 月 日

乙 方：

法定代表人/单位负责人：





年 月 日