

2026年内乡县城城镇职工意外医疗保险服务协议

甲方:内乡县医疗保险中心

乙方:中国人寿保险股份有限公司内乡支公司

为进一步完善内乡县城城镇职工医疗保障体系,有效减轻城镇职工医疗费用负担,根据《中华人民共和国保险法》、《中华人民共和国民法典》及相关法律法规,依照《关于印发〈南阳市城镇职工基本医疗保险意外伤害管理暂行办法〉的通知》(宛劳社保医疗(2010)3号)、《南阳市人民政府办公室关于印发南阳市全面做实和生育保险市级统筹实施方案的通知》宛政办【2021】17号文件执行,《关于进一步加强异地就医直接结算管理服务的通知》(宛医保办[2025]25号)文件及其他相关规定,甲、乙双方本着自愿、平等、协商原则,就内乡县城城镇职工意外医疗保险(以下称本医疗保险)事宜,达成如下协议:

第一章 合同当事人

第一条 甲方为本医疗保险的投保人,负责向乙方办理与本意外医疗保险相关的一切事宜。

第二条 乙方为本医疗保险的保险人,负责按照本协议及保险条款约定收取保险费、承担保险责任。

第三条 凡参加内乡县城城镇职工基本医疗保险,并按时足额缴纳医疗保险费的参保人员即为本医疗保险的被保险人。

第二章 协议期限

第四条 本协议保险期限为壹年,从2026年1月1日零时起至2026年12月31日二十四时止。

第三章 保险责任

第五条 在本协议有效期内,被保险人因无责意外(定义:没有第三方责任人,无法找到第三方责任人,或第三方责任人无赔偿能力的意外事件,简称“无责意外”)。在中华人民共和国境内(不含港澳台地区)经当地医疗保险主管部门指定或认可的医疗机构进行住院治疗及门急诊治疗,所发生的符合当地社会医疗保险政策规定的可报销医疗费用,乙方应按本协议约定给付意外医疗保险金。

具体给付标准及方法如下:

1. 报销范围与依据:意外伤害医疗保险金的支付范围、起付标准、报销比例及限额,均参照被保险人住院治疗或门急诊治疗发生地“城镇职工基本医疗保险”所规定的“药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施标准”(合称“三个目录”)及相关基本医疗保险政策执行。超出“三个目录”或当地基本医疗保险政策范围的费用,乙方不予承担。

2. 起付标准:市域内每次住院起付标准为600元,市域外省内每次住院1500元,省外每次住院2000元。

3、支付比例：市域内，一级、二级、三级医疗机构合规费用支付比例分别为 88%、83%、78%。对退休人员的支付比例在上述标准的基础上提高 5%。市域外，支付比例较市域内相应级别医院降低 10%。

4、异地就医：异地长期居住备案人员，享受参保地、备案地双向直接结算待遇。备案有效期内确需回参保地就医的，以材料制办理的，支付比例与本地同级别医疗机构保持一致；以承诺制办理，但未补充备案类型所需材料的，支付比例在本地同级别医疗机构基础上降低 20 个百分点；承诺制备案人员补充相应材料后，享受与材料制备案相同就医待遇。

5、异地长期居住人员在备案地就医结算时，基本医疗保险基金的起付标准、支付比例、最高支付限额执行参保地规定的本地就医待遇标准。

6、未按规定办理转、备案手续的，按相应级别医院的支付比例降低 20%。

第六条 本协议期满，被保险人住院治疗仍未结束的，住院医疗费用将根据实际发生时间计入前后两个保险年度，发生在下一保险年度的医疗费用不属于本协议赔付范围；跨年度分割原则上按照有每日清单的按照清单分割，没有的按照住院日期比例分割。

第四章 保险金额

第七条 每位被保险人每一保险年度城镇职工意外医疗

保险的保险金额是6万元;乙方对每位被保险人给付保险金的责任以每个保险区间所对应保险金额为限,一次或累计给付的意外医疗保险金达到该保险区间所对应保险金额时,保险责任即行终止。

第五章 保险费划拨及管理服务费用

第八条 意外医疗保险费每人每年 30 元,其余年度根据政府规定标准执行。理赔以实际发生数据实结算(当理赔发生数超出时,乙方向甲方提出资金划拨申请,甲方补拨资金),甲方应提供参保人员名单及相关参保信息。

乙方指定账户为:

开户银行:中国工商银行南阳宛城支行

账户名称:中国人寿保险股份有限公司南阳分公司

账户号码:1714022029031007177

第九条 甲方每年向乙方支付年度服务管理费用 30 万元(此项费用包含在该项目招标标段报价范围内),年度服务管理费由甲方依据协议规定考评后(考核办法详见第九章 第十七条),根据考评结果向乙方支付。

第六章 理赔处理

第十条 为切实做好意外伤害医保管理工作,除工伤外对以下几个问题予以明确:

1、乙方在接到赔款资料后,20 个工作日内完成复核及赔付工作。

2、参保职工在提供理赔手续时，可以授权中国人寿保险股份有限公司南阳分公司从医保部门或被保险人就诊医疗机构获取出险人的医疗诊断和费用结算信息，便于保险公司快速理赔。

3、乙方对参保职工于2026年1月1日以前因外伤住院治疗，于2026年住院进行二次手术或住院治疗所产生的医疗费用，以二次住院时间作为出险时间，不考虑既往病史，并按协议给予理赔。

4、因自身疾病发作导致摔伤、跌倒等意外事故，应视不同情况而定，若被保险人曾因该疾病住院治疗，本次住院以治疗自身疾病为主，则不在本意外伤害保险理赔范围；若主要以治疗外伤为主，应认定为意外伤害，本次住院费用一并由本意外伤害保险支付其医疗费。

5、意外伤害并发感染、血栓、溃疡等相关并发症及二次治疗解除内固定、缺损修补、旧伤复发需住院治疗的或因意外伤害住院治疗期间发生相关并发症，应按意外伤害办理，由意外发生的年度承保机构理赔结算。有外伤史但主要诊断及治疗为疾病的，按正常疾病治疗办理。

6、一氧化碳中毒、动物咬伤、药物中毒、蜂蜇伤、进食导致食管损伤、破伤风感染、自伤、自杀、急性酒精中毒等意外事件属于意外伤害医疗费用支付范围。

7、无外部诱因、因自身基础疾病导致无外伤骨折（病理

性骨折），按正常疾病治疗办理。

8、转科情况：有内外科转科情况，因结算单无法分开，按内外科治疗占比来确定，外科占比50%以上整体走外伤，内科占比50%以上整体按正常疾病治疗办理。

第十一条 根据监管要求，理赔案件需要提供《南阳市基本医疗保险意外伤害登记表》、《南阳市基本医疗保险意外伤害个人承诺书》由乙方进行调查核实。

第七章 责任免除

第十二条 不予保障的情况

依据宛政办(2021)17号文第十七条规定下列医疗费用不纳入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；
- 3、应当由公共卫生负担的；
- 4、在国外以及港、澳、台地区就医的；
- 5、体育健身、养生保健消费、健康体检；
- 6、不符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目范围、医疗服务设施标准所规定项目范围的（国家另有规定的除外）；
- 7、国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用；
- 8、下列职工生育、计划生育手术医疗费用：
 - (1) 不符合国家或者本省计划生育规定的；
 - (2) 不属于生育保险医疗服务范围内的其他费用。

医疗费用依法应当由第三人负担，第三人无力支付的，凭人民法院出具的相关法律文书，由医疗保险基金先行支付；无法确定第三人的，凭公安部门出具的相关法律文书，由医疗保险基金先行支付。医疗保险基金先行支付后，有权向第三人追偿。意外伤害第三人非全责的，医疗费用由第三人或商业保险机构赔付后，差额部分按人民法院、公安部门出具的法律文书由医疗保险基金按确定的比例支付。

第八章 保全处理

第十三条 本意外医疗保险原则上应由甲方统一组织投保，保险期间内基本医疗保险新参保职工，从缴费之日起享受待遇。甲方应及时向乙方提供名单，经办人签字、加盖公章后由乙方保障相关待遇。甲方应及时划拨新增人员保费。乙方应确保其系统能够及时、准确地处理甲方提供的名单变动。因乙方未按及时更新，导致相关人员无法享受保险待遇的，由乙方承担全部责任。乙方不得随意增加或减少参保人员，否则承担全部责任。

第九章 监督管理及服务考评

第十四条 乙方应严格按照医保相关政策及《河南省医疗保障局关于印发〈河南省医疗保障定点医药机构服务协议范本(试行)〉的通知》(豫医保办〔2023〕20号)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；乙方应严格按照当地社会医疗保险政策规定，为意外

医疗保险建立专用账户,加强核算和管理,确保医疗保险基金科学合理使用,防范经营风险。

第十五条 乙方应配备专业服务团队,确保派驻专员 2 人负责本项目的日常运营与服务,与甲方合署办公,派驻专员应具备医学、保险或相关专业背景,及两年以上保险服务经验,其工作时间、考勤及日常工作安排接受甲方的统一管理与调度。业务需要时可增加人员,协助甲方加强定点医疗机构巡查、外诊调查及医疗费用审核管理,严防不合理医疗费用支出,有效控制医疗费用风险,提高医保基金使用效率。

乙方负责派驻人员的劳动关系、薪酬福利及社会保险。未经医保中心书面同意,保险公司不得擅自更换派驻人员。

第十六条 乙方每月按时向甲方提供月度理赔数据报表信息(次月 20 号前提供上月月度数据),按季度提供季度理赔数据报表信息(次季度首月 20 号前提供上季度数据),年末提供年度服务报告。

第十七条 甲方对乙方的服务品质进行年度考核,考核依据理赔时效、日常服务、投诉管理等项目进行百分制考评,分为四个等级:100分(优)、90分(良)、80分(合格)、80分以下(不合格)。80分及以上甲方对乙方的年度服务管理费按 100%支付,80分以下甲方对乙方的年度服务管理费按 80%支付。

第十八条 甲方有权监督、检查意外医疗保险的经营状况,

乙方应积极配合,并如实提供相关资料。

第十章 违约责任

第十九条 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。

第二十条 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,要求乙方退还剩余资金,并向甲方支付当年总额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、串通他人骗取资金的；

(七) 贪污、截留、挤占、挪用、转移资金的；

(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。

第二十一条 乙方应于甲方解除合同通知发出后10日内，将剩余资金全部退还甲方指定银行账户，应退还的剩余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。

第十一章 合同变更

第二十二条 在本协议有效期内，因国家或地方基本医疗保险政策发生变化，需对本协议进行变更时，甲、乙双方可以按照相关规定签订补充协议；需要对本协议终止时，甲、乙双方不承担违约责任。

第二十三条 甲、乙双方均不得擅自单方面解除本协议，遇特殊情况需解除协议时，必须提前1个月以书面形式通知对方并进行协商，否则另一方有权依法追究违约责任。

第十二章 争议处理

第二十四条 甲方、乙方在履行本协议时若发生争议，应

