

融盛财产保险股份有限公司

沈阳市医保补充医疗保险条款

总则

第一条 本保险合同(以下简称“本合同”)由保险条款、投保单、保险单、批单及其他保险凭证组成。凡涉及本保险合同的约定,均应采用书面形式。

第二条 本保险合同的被保险人为沈阳市城镇职工基本医疗保险及沈阳市城乡居民基本医疗保险在保人员。

第三条 本合同的投保人应为具有完全民事行为能力的被保险人本人,或对被保险人有保险利益的下列主体:

(一)具有完全民事行为能力的自然人;

(二)具备合法资格的法人、非法人组织。

第四条 除另有约定外,本保险合同的保险金受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 个人承担的医保内住院医疗及门诊高值药品医疗费用保险责任:

保险期间内,被保险人因意外或疾病,在医保定点医院住院治疗所产生的医保报销范围内合理医疗费用,和在门诊或指定医保定点药店发生的按高值药品管理的药品费用,经沈阳市医保、大病医疗医保以及商业保险等其他第三方报销后剩余部分费用,包括统筹基金起付部分、乙类药品、乙类

诊疗项目和医疗服务设施项目先行自付部分。但不包括丙类药品、丙类诊疗项目和医疗服务设施项目自费部分。保险人按照本保险合同的约定负责赔偿。

第六条 个人承担的医保外住院医疗费用保险责任：

保险期间内，被保险人因意外或疾病，在医保定点医院住院治疗产生的合理的医保报销范围外由其个人自费的医疗费用，包括丙类药品、丙类诊疗项目和医疗服务设施项目自费部分医疗费用，保险人按照本保险合同的约定负责赔偿。

责任免除

第七条 因下列情形之一导致被保险人支出费用的，保险人不承担保险金给付责任：

（一）被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；

（二）被保险人自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；

（三）被保险人主动吸食或注射毒品；

（四）被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无有效行驶证的机动车。

第八条 被保险人支出的下列费用，保险人亦不负责赔偿：

（一）因在首次投保前已经患有如下既往症，并因该既往症及其并发症导致在保险期间内发生的相关医疗费用：

1. 恶性肿瘤（含白血病，淋巴瘤）；
2. 肾功能不全；
3. 肝硬化；
4. 肝功能不全；
5. 缺血性心脏病（含冠心病、心肌梗死）；
6. 慢性心功能不全（心功能三级以上）；
7. 脑血管疾病（脑梗死、脑出血）；
8. 高血压病（3级）；
9. 慢性阻塞性肺病；
10. 慢性呼吸衰竭；
11. 糖尿病且伴有并发症；
12. 系统性红斑狼疮；
13. 瘫痪；
14. 再生障碍贫血；
15. 溃疡性结肠炎。

（二）应当由工伤保险基金中支付的医疗费用。在工伤医疗康复待遇中，治疗工伤所需的挂号费、医疗康复费、药费、住院费等费用符合工伤保险诊疗项目目录、工伤保险药品目录、工伤保险住院服务标准的，从工伤保险基金支付。

（三）应当由第三人负担的医疗费用。由于第三人侵权，导致参保人员的人身受到伤害而产生的医疗费用，应当由侵权人负担的部分。

(四)应当由公共卫生负担的医疗费用。由政府提供的,包括计划免疫、妇幼保健、应急救治、采供血以及传染病、慢性病、地方病的预防控制等,现阶段基本公共卫生服务能向公众免费提供的项目。

(五)在境外及香港、澳门和台湾地区就医的医疗费用。

(六)被保险人因医疗事故、整容导致伤害。

(七)未参加沈阳市城镇职工基本医疗保险及沈阳市城乡居民基本医疗保险的被保险人,保险人不承担赔偿责任。

保险金额、免赔额与给付比例

第九条 本保险合同每一被保险人的保险金额是保险人承担给付该被保险人保险金责任的最高限额。

第十条 本保险合同各项保险责任下的保险金额、免赔额、给付比例由投保人和保险人在订立保险合同时协商确定,并在保险单中载明。

第十一条 本保险合同的免赔额均指年免赔额,且本保险合同所有保险责任共用此免赔额。

保险费

第十二条 本保险合同的保险费及其支付方式由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定,并在保险单中载明。

保险期间

第十三条 本保险合同保险期间由投保人及保险人协商确定,并在保险单中载明,最长不超过一年。

第十四条 本保险合同无等待期。

第十五条 非保证续保条款

本保险合同为非保证续保合同。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

保险人义务

第十六条 订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立保险合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十七条 本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十八条 保险人认为被保险人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人或者受益人补充提供。

第十九条 保险人收到被保险人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险人达成给付保险金的协议后十日内，履行给

付保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于责任的，应当自作出核定之日起三日内向被保险人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第二十条 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其给付的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第二十一条 除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时一次性足额交缴清保险费。保险费一次性足额缴清前，本保险合同不生效，对保险费一次性足额缴清前发生的保险事故保险人不承担保险责任。

第二十二条 投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。

保险人向投保人询问被保险人是否拥有公费医疗、基本医疗保险或者其他费用补偿型医疗保险的情况，投保人应当如实告知。

投保人故意或者因重大过失未履行本条规定的如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本保险合同。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，并不退还

保险费。

投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金的责任。

第二十三条 投保人、被保险人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人、被保险人未及时通知的，保险人按本合同所载明的或保险人知晓的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达给投保人、被保险人。

第二十四条 在保险期间内，投保人需变更保险合同内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本合同中批注，保险合同的变更自保险人出具批单之日起生效。

第二十五条 投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

保险金申请与给付

第二十六条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提供以下申请材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。

（一）保险金给付申请书。

（二）申请住院医疗保险金的，须提供医保定点医院出具的住院病历出院小结、医疗费原始收据、费用清单等。

（三）申请门诊高值药品医疗费用保险金的，须提供由指定医保定点医院出具的诊断证明、病历、外购药证明等材料，由指定医保定点医院、药店等出具的药品费用清单、收据或发票等材料。

（三）被保险人有效身份证件（未成年人需要提供法定监护人身份证件及关系证明材料，如出生证明，监护证明、户口本等）。

（四）银行卡账号信息。

（五）对于已经从社会基本医疗保险、公费医疗、大病保险、医疗救助和任何第三方（包括任何商业医疗保险）获得相关医疗费用补偿的，应提供社会基本医疗保险机构、商业保险机构或其他第三方的医疗费用分割单或医疗费用结算证明。

（六）被保险人身故，保险金作为被保险人遗产时，必须提供可证明合法继承权的相关权利文件，被保险人死亡证

明（医学死亡证明）及受益人的有效身份证件等。

（七）保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料。

保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

在保险人的理赔审核过程中，保险人有权在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。

争议处理和法律适用

第二十七条 因履行本保险合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国（不含港澳台地区）境内有管辖权的人民法院起诉。

第二十八条 与本合同有关的以及履行本合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不含港澳台地区）。

其他事项

第二十九条 发生下列情形时，本合同自动终止：

- （一）保险合同期满；
- （二）被保险人死亡；
- （三）法律法规规定或本合同约定的其他导致本合同效力终止的情形。

第三十条 除本保险合同另有约定外，在本合同成立后，

投保人可以书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本合同时，应提供下列证明文件和资料：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）保险合同；
- （三）保险费交付凭证；
- （四）投保人身份证明。

第三十一条 保险责任开始前，投保人要求解除保险合同的，自保险人接到书面通知之日起，本保险合同解除，保险人应当全额退还保险费。

退保涉及医保账户结算规则的，以沈阳市医保相关规定为准。

第三十二条 本保险合同的保险责任开始后，除法定事由外，不得解除保险合同。

释义

（一）社会基本医疗保险

指国家最新修订颁布的《社会保险法》规定的基本医疗保险，包括职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保险。

（二）医保定点医院、高值药品指定医保定点医院

医保定点医院指在中国大陆地区国家卫生行政部门认定的医保定点医疗机构。但不包括其中的疗养、戒酒、戒毒或者类似的医院。

高值药品指定医保定点医院指符合沈阳市医疗保障局、沈阳市卫生健康委员会文件《转发关于做好国家医保谈判药品落地工作的通知》（沈医保发〔2021〕14号）和沈阳市医疗保障局文件《关于进一步贯彻执行高值药品管理有关工作的通知》（沈医保发〔2021〕19号）定义的高值药品医保定点医院。

（三）高值药品指定医保定点药店

高值药品指定医保定点药店指符合沈阳市医疗保障局、沈阳市卫生健康委员会文件《转发关于做好国家医保谈判药品落地工作的通知》（沈医保发〔2021〕14号）和沈阳市医疗保障局文件《关于进一步贯彻执行高值药品管理有关工作的通知》（沈医保发〔2021〕19号）定义的高值药品医保定点药店。

（四）合理的：

指符合以下 2 个条件：

1. 符合通常惯例

指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致的费用。

对是否符合通常惯例由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

2. 医学必需

指医疗费用符合下列所有条件：

- (1) 治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；
- (2) 不超过安全、足量治疗原则的项目；
- (3) 由医生开具的处方药；
- (4) 非试验性的、非研究性的项目；
- (5) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

对是否医学必需由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

(五) 酒后驾驶

指经检测或者鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或者超过一定的标准，公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或者醉酒后驾驶。

(六) 无合法有效驾驶证

指被保险人存在下列情形之一：

1. 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
2. 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
3. 实习期内驾驶执行任务的警车、消防车、救护车、工程救险车；实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
4. 持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、

注销驾驶证期间驾驶机动车；

5. 使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；

6. 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

（七）无有效行驶证

指发生保险事故时被保险人驾驶的机动车无公安机关交通管理部门、农机部门等政府管理部门核发的行驶证或号牌，或行驶证不在有效期内，或该机动车未按规定检验或检验不合格。

（八）工伤

指符合国家最新修订颁布的《工伤保险条例》规定的“认定为工伤”或者“视同工伤”情形的事故。

（九）医疗事故

指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范及常规，过失造成患者人身损害的事故。

（十）住院

指被保险人入住医院的正式病房接受治疗，并正式办理入出院手续，但不包括下列情形：

1. 被保险人入住医院的门(急)诊观察室、家庭病床(房)；
2. 被保险人入住康复科、康复病床(房)或接受康复治疗

疗；

3. 被保险人住院期间一日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或一日内住院不满24小时，但遵医嘱到外院接受临时治疗的情形除外；

4. 被保险人未达到入院标准而办理入院手续，或已达到出院标准而不办理出院手续；

5. 被保险人住院体检；

6. 挂床住院及其他不合理的住院。

挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非 24 小时在床、在院，包括在住院期间连续 5 日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费的情况。

（十一）保险金申请人

本保险合同的保险金申请人是指被保险人本人。

（十二）既往症

指保险合同中载明的、被保险人在投保前罹患的、被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。包括但不限于：

1. 被保险人在投保前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

2. 被保险人在投保前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药或接受治疗的情况；

3. 被保险人在投保前发生，未经医生诊断和治疗，但症状已经显现足以促使一般普通谨慎人士引起注意并寻求诊断、治疗或护理的病征。

保险合同约定的特定既往症，应以保险合同载明为准。
除本合同约定的特定既往症人群，其他人群为健康人群。

（十三）按高值药品管理的药品

参照沈阳市医疗保障局、沈阳市卫生健康委员会文件《转发关于做好国家医保谈判药品落地工作的通知》（沈医保发〔2021〕14号）和沈阳市医疗保障局文件《关于进一步贯彻执行高值药品管理有关工作的通知》（沈医保发〔2021〕19号）等有关文件执行。