

信阳市城镇职工2026年度大额医疗保险 协 议

甲方：信阳市平桥区社会医疗保险中心(以下简称甲方)

乙方：中国人寿保险股份有限公司信阳市平桥支公司(以下简称乙方)

为进一步完善我市城镇职工医疗保障体系，提高重特大疾病保障水平，根据《信阳市城镇职工基本医疗保险暂行办法》（信政【2000】20号）和《信阳市人民政府办公室关于印发信阳市全面做实基本医疗保险和生育保险市级统筹实施方案的通知》（信政办【2021】9号），以及市医保局、市财政局、市税务局印发《信阳市城镇职工大额医疗保险实施办法》（信医保办【2021】35号）、市医保局、市财政局印发《关于调整信阳市职工基本医疗保险和职工大额医疗保险有关待遇标准的通知》（信医保办【2025】38号），参照《河南省城乡居民大病保险实施办法（试行）》（豫政【2016】217号）等文件规定，经甲乙双方商定，本着平等协作、诚实信用、事务共办的原则，签订本合同。

第一章总则

第一条 甲方为投保人，负责为参加（一一县区）城镇职工基本医疗保险的职工向乙方购买大额医疗保险服务。乙方为保险人，负责城镇职工大额医疗保险业务。被保险人为参加城镇职工基本医

疗保险，并按时足额交纳大额医疗保险费的人员。大额医疗保险投保范围是参加城镇职工基本医疗保险的所有参保人员。

第二条大额医疗保险筹资标准为每人每年190元。新增被保险人自城镇职工基本医疗保险参保之日起参加大额医疗保险。

第三条甲、乙双方应当密切合作，共同做好大额医疗保险工作，双方有权力向对方提出合理化建议。

第四条城镇职工基本医疗保险、大额医疗保险政策调整时，甲方应及时告知乙方。

第五条大额医疗保险期年度与城镇职工基本医疗保险一致，为自然年度，即每年的1月1日起至12月31日。

第六条大额医疗保险医疗服务实行定点管理，基本医疗保险定点医药机构即为大额医疗保险定点医药机构。

第二章机构队伍建设

第七条甲乙双方建立联合办公机制，联合办公地点设在甲方经办机构。乙方在甲方经办服务大厅设置服务窗口，为参保职工提供大额医疗保险“一站式”同步结算服务。

第八条乙方配备专职工作人员，其中配备在市社会保险中心不少于3人，在县(区)2人，配备一名具有医学专业背景的工作人员，专职从事大额医疗保险日常管理服务工作。

第九条乙方应在合同签订后10个工作日内，完成服务窗口布设、网络搭建、人员配备及业务培训等工作。

第三章信息系统建设

第十条甲乙双方应确保信息系统互联互通和必要的数据共享，实现大额医疗保险即时结算及费用监管。甲方在城镇职工医保联网结算应用软件中设置大额医疗保险结算功能，乙方可通过甲方授权登录城镇职工医保联网结算应用软件进行大额医疗保险资金结算及医疗费用监管，保证大额医疗保险医疗费用与城镇职工基本医疗保险同步即时结算，乙方负担城镇职工医保联网结算应用软件中大额医疗保险结算功能开发运行维护服务费。

第十一条 乙方应建立健全内控制度，严禁参保职工信息外泄和滥用，对参保职工信息承担保密责任。

第十二条 乙方应为甲方提供大额医疗保险风险管控、精算及统计分析等服务。

第四章资金支付范围及标准

第十三条 参保人员保险年度内发生超出信阳市城镇职工基本医疗保险统筹基金最高支付限额的医疗费用，由商业保险公司按应纳入大额医疗保险赔付范围费用的85%支付。2026年1月1日起，我市城镇职工基本医疗保险支付限额为8万元，大额医疗保险年度最高支付限额为40万元。

以上标准如遇政策调整，按调整后规定执行。

第十四条 大额医疗保险支付范围参照城镇职工基本医疗保险政策范围内费用范围执行。

第十五条 大额医疗保险不予支付范围包含：

- (一) 城镇职工基本医疗保险规定的起付标准及以下部分；
- (二) 城镇职工基本医疗保险规定的自费费用；
- (三) 乙类药品耗材和乙类诊疗项目的个人首付部分；
- (四) 城镇职工基本医疗保险规定的超限价部分；
- (五) 其他不符合基本医疗保险政策的费用。

第五章 费用结算

第十六条 参保人员当年医疗费用进入大额医疗保险支付范围后，在符合条件的定点医疗机构实行“一站式”结算。按规定应由个人负担的医疗费用，由本人与定点医疗机构结清；应由大额医疗保险资金支付的医疗费用，由商业保险机构按规定与定点医疗机构结算。不具备即时结算条件的，由参保人员本人或亲属到参保商业保险机构与医保经办机构联合办窗口办理大额医疗保险报销手续，所发生的医疗费用由商业保险公司负责核查。乙方应在15个工作日内审核报销完毕，并将相关报销款项直接转到参保职工的个人银行卡(折)上。

第十七条 对定点医疗机构垫付的大额医疗保险资金，乙方经审核确认后再予以支付。若发现不符合政策规定纳入支付范围的医疗费用，乙方应以书面形式告知定点医疗机构并上报甲方，三方确认后，不合规费用在下月结算资金时扣除，并按有关法律、法规处理。对于市外定点医药机构发生的即时结算职工大额费用，按照市县医保经办机构要求，乙方核算后及时上解异地大额医疗保险资金。

第六章 资金管理与拨付

第十八条 大额医疗保险资金实行专账核算，专款专用。大额医疗保险盈利率（含运营成本）为不超过当年筹集大额医疗保险资金总额的3%。

第十九条 市级财政部门设立财政专户。建立年度考核保证金制度，年度考核保证金按照当年大额医疗保险资金总额的3%预留在市财政专户，根据考核结果予以返还。

第二十条 为保证该项目及时清算，当年度大额医疗保险的理赔截止时点原则上为次年的3月31日，逾期不再享受当年的大额医疗保险待遇，针对异地结算，可适当延长。每年3月底前，市级医保经办机构对上年度大额医疗保险资金进行清算，并按规定与乙方结清上年度大额医疗保险费用。清算时，当年资金有结余的，扣除不超过3%的合同约定盈利率后，结余部分转入财政专户作为风险调节金。非政策性亏损由商业保险公司全额承担。对因

合同期间信阳市城镇职工基本医疗保障政策调整而导致当年大额医疗保险资金亏损的，商业保险公司在盈利率范围内承担亏损，其余部分通过风险调节金和提高下年度筹资水平等方式解决。

2023年1月1日前大额医疗保险历史遗留问题按原渠道自行解决。

第二十一条 大额医疗保险资金按季度申请、拨付。市级商业保险机构每季度第一个月初将上季度大额医疗保险资金支出情况和本季度预拨资金申请报送市级医保经办机构；市级医保经办机构核准后报送市医保局、市财政局；市财政局每季度第一个月将大额医疗保险资金拨付到商业保险机构指定账户。市级医保经办机构根据财政部门审核的资金拨款凭证做相应账务处理，以便备查与核对。

第二十二条 商业保险机构按月向定点医药机构支付大额医疗保险费用。定点医药机构每月10日前将大额医疗保险资金支付费用汇总情况报当地商业保险机构，商业保险机构对申报材料进行确认，并在确认申报材料的15个工作日内向定点医药机构拨付其垫付的大额医疗保险费用。商业保险机构应及时、足额支付大额医疗保险医疗费用。

第七章 医疗服务监管

第二十三条 乙方应积极配合甲方加强对定点医疗机构的监管，规范医疗服务行为，控制不合理医疗费用。充分利用商业保险公司的专业优势，采取联网实时监控、现场巡查、抽取病历审核等

形式实现住院就诊全过程监控。乙方应积极配合医保部门选派人员参加我市开展的规范医保基金检查等工作。

第二十四条 乙方应建立异议病历调查机制，加强参保职工住院信息核查力度，杜绝骗取大额医疗保险资金行为发生。

第二十五条 大额医疗保险资金支付后，乙方发现有违反医保规定医疗费用的，应在3日内将信息反馈给甲方。

第八章 监督考核

第二十六条 甲乙双方应主动接受社会监督，公布举报、投诉、咨询受理电话、信箱，及时处理参保职工反映的问题，查处投诉举报案件，维护参保职工合法权益。

第二十七条 甲方应通过回访参保职工、抽查已结算病历等多种形式对乙方承办服务情况进行日常监督考核，督促乙方按合同要求提高服务质量和水平，切实维护参保职工医保权益。

第二十八条 乙方有下列情形之一的，情节轻微的，甲方可通过约谈乙方主要负责人形式予以警示，限期整改。

- (一) 未按要求完成服务窗口设置及人员配备的；
- (二) 不按照规定支付大额医疗保险资金的；
- (三) 不按规定及时拨付定点医疗机构垫付资金的；
- (四) 多次被保险人或定点医疗机构举报，并查证属实的。

第二十九条 因职工大额医疗保险理赔审核造成大额医疗保险资金损失，无法收回的从乙方盈利率中扣除。

第三十条 乙方有下列情形之一的，甲方可终止服务合同，并通报乙方监管部门，向法院提起诉讼。

(一) 发生第二十八条情形，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；

(二) 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；

(三) 擅自扩大或缩小报销范围，擅自提高或降低报销比例的；

(四) 弄虚作假，骗取或者指使、授意、串通他人骗取大额医疗保险资金的；

(五) 贪污、截留、挤占、挪用、转移大额医疗保险资金的；

(六) 将参保职工基本信息泄露给第三方，或用于城镇职工基本医疗保险、大额医疗保险以外其他用途的；

(七) 不能及时支付达到三个月以上或停止支付的行为，承担相应法律责任。

(八) 其他违法违规行为，并造成严重后果的。

第三十一条 若乙方未按协议约定执行，有违规行为的，取消乙方再次参与医疗保障部门负责的相关商业保险的竞标资格。

第三十二条 每年6月底前，市医疗保障局会同有关部门成立市级考核小组，由甲方具体组织对商业保险机构服务质量和监测分析报告等进行年度考核。各县（区）医疗保障局每年5月底前向市级考核小组上报当地上年度考核情况。6月底市医疗保障局根据考核结果制定保证金返还方案，7月底前报市财政局核拨保证金。

第三十三条 甲方对乙方上一年度服务考核合格后，方可续签下一年的合同；否则，甲方可不再续签合同。

第九章附则

第三十四条 保险人、投保人、被投保人之间发生有关大额医疗保险争议时，由争议方协商解决；协商解决不成的，可提请医疗保障行政部门进行调解；调解不成的，按有关法律法规处理。

第三十五条 大额医疗保险服务合同每年签订一次。凡是辖区城镇职工基本医疗保险的职工均应参加大额补充医疗。集中征缴期后补缴大额医保的，自缴费次月起享受大额医保待遇。

第三十六条 如遇大额医疗保险政策调整，按政策调整的规定执行。



第三十七条 除不可抗力或对方有严重违约行为外，甲乙双方均不得提前终止合同。

第三十八条 本合同有效期2026年1月1日零时至2026年12月31日24时。

第三十九条 本合同未尽事宜，或甲乙双方确认需要更改内容，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 本合同一式肆份，甲乙双方各执两份。



负责人或授权代表:

2021年 1月 7日



负责人或授权代表:

2026年 1月 7日