

# 中原农业保险股份有限公司

## 附加团体门诊特定病种补充医疗保险条款

### 总则

**第一条** 本条款为中原农业保险股份有限公司团体健康保险条款（以下简称“主险”）的附加险条款，只有在投保了主险的基础上，方可投保本附加险。凡与本附加险合同相关者，均为本附加险合同的构成部分。凡涉及本附加险合同的约定，均应采用书面形式。本附加险条款未约定事项，以主险条款为准；主险条款与本附加险条款相抵触之处，以本附加险条款为准。

**第二条** 本附加险合同的投保人和被保险人与主险合同一致。

**第三条** 除另有约定外，本附加险合同保险金的受益人为被保险人本人。

### 保险责任

**第四条** 在保险期间内，被保险人在社会基本医疗保险定点医疗机构进行门诊治疗，发生的符合当地社会基本医疗保险政策规定范围内的门诊特定病种医疗费用，保险人在扣除被保险人已从基本医疗保险、大病保险、大病补充保险或任何第三方（包括任何商业医疗保险）获得相关医疗费用补偿后，按照本合同约定的免赔额及赔付比例给付特定门诊补充医疗保险金。

（一）保险期间届满，被保险人治疗仍未结束的，本合同终止，保险人不再承担保险期间届满后的给付责任。

（二）对初次投保的被保险人实行 30 日（或保单约定的天数）的等待期，本合同到期之日起 15 天内，含第 15 天，投保人提出再次投保的，保险人对于符合投保条件的被保险人不设置等待期

（三）保险人所负给付保险金责任以保险单所约定的保险金额为限，一次或累计给付的保险金达到保险金额时，本合同保险责任终止。

（四）本保险合同为费用补偿型保险合同，适用医疗费用补偿原则。被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿金额总和以其实际支出的医疗费用金额为限。若被保险人已从除社会基本医疗保险或公费医疗、大病保险外其他保险计划（包括工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿的，保险人仅对获得补偿后的医疗费用的余额按照本合同约定给付保险金。基本医疗保险个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

### 责任免除

**第五条** 本附加险合同的责任免除如下：

- （一）主险合同无效或失效，保险人不负任何给付保险金责任；
- （二）主险合同列明的责任免除事项，也适用于本附加险合同；
- （三）非当地社会医疗保险主管部门规定可报销的特定病种门诊治疗。

**第六条** 被保险人因下列原因造成门诊治疗或支出医疗费用的，保险人也不承担给付保险金的责任：

- (一) 住院治疗，家庭病床治疗或者挂床治疗；
- (二) 被保险人健康护理、疗养，洗牙、洁齿，修复、安装、购买残疾用具（如轮椅、假肢、助听器、配镜、假眼、假牙等），矫形、整容、整形，心理咨询等非治疗性费用；
- (三) 被保险人在非当地社会医疗保险主管部门指定或保险人认可的医疗机构治疗；
- (四) 因医疗事故致使被保险人额外支付的费用；
- (五) 被保险人在观察期内因特殊病种发生的门诊治疗费用；
- (六) 营养费、护理费、交通费、伙食费、误工费、丧葬费；
- (七) 挂号费、院外会诊费、出诊费、煎药费、非治疗性体格检查费、就（转）诊交通费、急救车费、急诊手术费；
- (八) 保单签发地社会医疗保险政策规定不予支付的项目和费用。

### 保险金额和保险费

**第七条** 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。保险金额由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单中载明。

投保人应该按照本合同约定向保险人交纳保险费。

### 保险期间

**第八条** 除另有约定外，保险期间为一年，以保险合同载明的起讫时间为准。

保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，交纳保险费，并获得新的保险合同。

### 保险金申请与给付

**第九条** 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。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。**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。**

- (一) 保险金给付申请书；
- (二) 被保险人法定身份证明；
- (三) 当地社会医疗保险主管部门指定或保险人认可的医疗机构出具的病历、诊断证明、处方及医疗费用凭证，以及社会医疗保险机构出具的报销凭证或医疗费用分割单；
- (四) 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；
- (五) 若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。

### 其他事项

**第十条** 保险事故发生后，被保险人应在保险人认可的医疗机构进行治疗。若因急诊未在上述医疗机构就诊，被保险人应在三日内通知保险人，并在病情稳定后及时转入上述医疗机构就诊。若被保险人确需转入非指定医院就诊的，应及时向社会医疗保险机构提出书面申请，并获取同意，否则保险人不承担给付保险金的责任。

## 释义

**门诊特定病种：**是指当地基本医疗保险主管部门核准的某些病程较长,需连续治疗或长期服药,其符合规定的门诊医疗费用由统筹基金支付的病种，包括门诊慢性病病种及门诊重特大疾病病种，具体病种按照当地基本医疗保险政策执行。

申请给付特定病种门诊医疗费用的被保险人应事先向当地社会医疗保险主管部门申报相应资格并获得其审批同意。

**按期续保：**投保人在本合同终止日起 30 日内向保险人提出继续投保申请且经保险人同意的为按期续保；投保人在本保险合同终止日起 30 日后提出继续投保申请的，视作未按期续保或首次投保。

**家庭病床：**是指被保险人因疾病或意外伤害事故以及因此产生的并发症，在医院（包括住院部与门诊部）范围以外，要求医院医护人员以出诊形式上门，提供诊断、治疗服务，或被保险人没有到医院就诊，让其它人员以转述形式向医院医生讲述病情，使医生依据转述病情而开药。不包括为抢救生命由急救中心 120 派出的医护人员与救护车的急救费用及医院转诊过程中的费用。

**挂床：**是指住院过程中一日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗或者一日内住院不满二十四小时。遵医嘱到外院接受临时诊疗的不在此限。