

# 中山市普惠型商业补充医疗保险（博爱康） 理赔细则

（2023 年度）

## 一、享受待遇条件和顺序

（一）按规定缴纳中山市普惠型商业补充医疗保险（以下简称“博爱康”）保费的本市基本医疗保险（含职工和城乡居民）参保人，在享受本市相应医疗保险（含职工基本医疗保险、职工大病保险、城乡居民基本医疗保险、城乡居民大病保险和医疗救助等，以下简称社会医疗保险）待遇的基础上享受“博爱康”待遇。

（二）未参加本市社会医疗保险但已参加外市社会医疗保险（含职工和城乡居民）且按规定缴纳“博爱康”保费的本市户籍参保人员（以下简称外市参保人），需先享受参保地社会医疗保险的待遇，再按照以下标准享受“博爱康”待遇：

1. 若外市参保人社会医疗保险待遇高于本市相对应险种的社会医疗保险待遇的，在实际享受社会医疗保险待遇的基础上计算“博爱康”待遇；

2. 若外市参保人社会医疗保险待遇低于本市相对应险种的社会医疗保险待遇的，在按照本市相对应险种的社会医疗保险待遇标准的基础上计算“博爱康”待遇。

注：参加职工医疗保险的外市参保人，对标本市统账结合职工医疗保险人员进行“博爱康”待遇计算。

## 二、待遇保障

### （一）住院和门诊特定病种自付医疗费用

参保人住院和门诊特定病种（基本医疗保险病种范围，下同）就医发生的医保目录范围内的医保费用，经基本医疗保险、大病保险、补充医疗保险和医疗救助报销后个人自付费用，医保年度内累计起付标准为 1.5 万元，超出起付标准以上的部分，在本市直属（含直管）医疗机构、本市“双通道”定点零售药店（符合本市“双通道”药店相关管理规定且药品属于市医保局规定“双通道”药品目录，对应目录根据医保政策动态调整）或市外定点医疗机构给予 70%报销，在本市其他定点医疗机构给予 75%报销，最高支付限额为 100 万元。

自付医疗费用指在社会医疗保险的医保费用中按医保政策规定应当由个人支付的费用，包括起付标准部分、超过起付标准按规定由参保人个人负担部分和超过年度最高支付限额以上的部分等。其中日间手术按照住院统筹待遇结算（下同）。

### （二）住院和门诊特定病种目录内自费医疗费用

参保人住院和门诊特定病种（基本医疗保险病种范围）就医发生的医保目录范围内自费费用，医保年度内累计起付标准为 1.5 万元，超出起付标准以上的部分，在本市直属（含直管）医疗机构、本市“双通道”定点零售药店（符合本市“双通道”药

店相关管理规定且药品属于市医保局规定“双通道”药品目录，对应目录根据医保政策动态调整）或市外定点医疗机构给予 70% 报销，在本市其他定点医疗机构给予 75% 报销，最高支付限额为 100 万元。

目录内自费医疗费用指社会医疗保险目录中部分药品、诊疗项目和医用耗材（以下简称“三个目录”）需个人先自费一定比例的费用，超社会医疗保险支付标准的费用、不在社会医疗保险药品目录限制支付范围的药品费用。三个目录根据本市社会医疗保险政策动态调整。

### （三）住院目录外合规医疗费用

参保人住院发生的医保目录范围外的合规费用（清单见下），医保年度内累计起付标准为 2 万元，超出起付标准以上的部分，在本市直属（含直管）医疗机构或市外定点医疗机构给予 60% 报销，在本市其他定点医疗机构给予 65% 报销，最高支付限额为 100 万元。

目录外的合规医疗费用待遇清单如下：

1. 本市按规定医保药品目录范围外的药品（不包含目录外中药饮片）；
2. PET-CT 检查每年限一次；
3. 住院期间使用自费材料费年度支付限额 5 万元。

### （四）门诊特定病种特定高额药品费用

已认定门诊特定病种的参保人，经二级及以上医院的专科医

生开具处方，在医保定点医疗机构使用本市医保药品目录范围外的药品（不包含目录外中药饮片）或指定定点零售药店购买指定高额药品（详见下附表 1），医保年度内累计起付标准为 1 万元，超出起付标准以上的部分给予 60%报销，最高支付限额为 20 万元。

附表 1：2023 年门诊特定病种指定高额药品及定点零售药店名单

| 商品名 | 通用名       | 适应症                                  | 定点零售药店名称           | 定点零售药店地址              |
|-----|-----------|--------------------------------------|--------------------|-----------------------|
| 安尼可 | 派安普利单抗注射液 | 本品适用于至少经过二线系统化疗的复发或难治性经典型霍奇金淋巴瘤成人患者。 | 广州医药大药房有限公司中山一店    | 中山市石岐区莲塘路 1 号 1、2、3 卡 |
|     |           |                                      | 中山市中智大药房连锁有限公司孙东药房 | 中山市石岐太平路 11 号 A-B 卡   |

注：药品纳入基本医保目录后自动退出，药品目录每年根据广东省医保政策情况进行一次动态调整。

（五）罕见病门诊自费用药、1 型糖尿病自费耗材保障

1. 参保人患罕见病（本市门诊特定病种除外），经二级及以上医院的专科医生开具处方，在本市定点医疗机构或指定零售药店及市外医疗机构（详见下附表 2），使用治疗性自费药品（不包含目录外中药饮片），医保年度内累计起付标准为 1 万元，超出起付标准以上的部分给予 60%报销，最高支付限额为 20 万元。

**附表 2：2023 年罕见病指定零售药店和市外医疗机构清单**

| 序号 | 名称                     | 地址                                           |
|----|------------------------|----------------------------------------------|
| 1  | 国药控股广州有限公司中山大<br>药房    | 中山市石岐区太平路 29 号                               |
| 2  | 广州医药大药房有限公司中山<br>一店    | 中山市石岐区莲塘路 1 号 1、2、3 卡                        |
| 3  | 中山市中智大药房连锁有限公<br>司孙东药房 | 中山市石岐太平路 11 号 A-B 卡                          |
| 4  | 上药控股中山有限公司第一药<br>房     | 中山市石岐区莲塘路 3 号 6 卡及夹层（6<br>卡首层）、7 卡及夹层（7 卡首层） |
| 5  | 广东德信行大药房连锁有限公<br>司中山分店 | 中山市石岐区莲兴路 61 号 5 卡                           |
| 6  | 广州市妇幼保健院               | 广州市天河区金穗路 9 号                                |
| 7  | 中山大学附属第一医院             | 广州市越秀区中山二路 58 号                              |
| 8  | 南方医科大学南方医院             | 广州市白云区广州大道北 1838 号                           |

2.18 周岁及以下的参保人，经三级定点医疗机构内分泌专科副主任及以上医师开具诊断证明患有 1 型糖尿病的，在定点医疗机构或指定定点零售药店（详见下附表 3）购买胰岛素泵主机及相关耗材（包括储药器、管路、血糖试纸）所产生的费用，医保年度内累计起付标准为 1 万元，超出起付标准以上的部分给予 60% 报销，最高支付限额为 5 万元，其中胰岛素泵 3 年内（2022-2024 年）限报一次，医用耗材限额 3250 元/季，1.3 万/年。

**附表 3：2023 年 1 型糖尿病耗材指定定点零售药店清单**

| 序号 | 名称                  | 地址                    |
|----|---------------------|-----------------------|
| 1  | 广州医药大药房有限公司中山一<br>店 | 中山市石岐区莲塘路 1 号 1、2、3 卡 |

### 三、特色健康服务由承保机构另行发布

### 四、特别约定

#### （一）异地就医规定

1. 在符合医保可报销情况下，参保人已办理有效异地就医备案、有效转院手续或符合急（抢）救情况的，“博爱康”给予正常报销。

2. 未经核准或备案，自行到市外定点医疗机构发生的医保费用中按规定的降报比例由个人支付的医疗费用，“博爱康”不予支付；非医保费用按上述相应降报比例的部分，“博爱康”不予支付。

#### （二）药品及购药管理规定

1. 参保人在定点医药机构按规定就医使用的药品，应经过国家药品监督管理局批准可上市使用。

2. 按本市“双通道”药品外配处方流转和购药管理规定，参保人在本市“双通道”医疗机构就医期间由“双通道”医疗机构开具电子处方并通过全省电子处方流转中心至本市“双通道”定点零售药店购药，且药品属于市医保局规定“双通道”药品目录范围的费用，“博爱康”给予正常报销。

#### （三）目录内自费医疗费用文字表述的规定

“目录内自费医疗费用”文字表述将与本市医疗保险政策中相关文字表述同步规范。

#### （四）不予补偿的费用

1. 在保障期间停止参加社会医疗保险(含其他医疗保障)的,在停止享受社会医疗保险(含其他医疗保障)待遇期间发生的医疗费用。

2. 参保人应当由第三人负担的费用、属于工伤保险、生育保险支付的费用及支付后的个人负担费用,在境外(含港、澳、台)就医发生的医疗费用,以及法律法规规定的其他不予支付的费用。

3. 非疾病治疗项目类,如各种健康体检,如婚前检查,旅游体检、职业体检、出境体检等费用。医疗咨询费(包括心理咨询,健康咨询)、医疗鉴定、中风预测、健康预测、预防接种、预防服药等费用。

4. 各种不育(孕)症、性功能障碍的诊疗项目(如:男性不育、女性不孕检查、治疗费、鉴定性病检查、治疗费,违反计划生育的一切医疗费用)。各种教学性、科研性和临床验证性的诊疗项目费用。

5. 当次手术/住院社会医疗保险整体不予报销的情形,如各种美容、整形、非功能性矫形、减肥、增胖、增高、近视眼矫正术;治疗雀斑、脱痣、护肤、镶牙、洁牙;配镜、装配假眼、假肢、义齿、助听器等发生的费用;各种保健用品如按摩器、各种家用监测治疗仪(器),各种牵引带、轮椅、拐杖、腰围、护膝、药枕、药垫、磁垫、热水袋等费用;人体信息诊断仪器等检查、治疗费用;机器人手术等。

6. 住院陪护费、护工费、陪人床费、洗理费、门诊煎药费、

尿布费、气功费、保健按摩费、院外交通费、文娱活动费、体疗健身费、伙食费、食疗费、营养费、赔偿费、电话费、电冰箱费、电视费等费用。婴儿保温箱费、食品保温箱费、电炉费、煤火费、脸盆、口盅、餐具、拖鞋、卫生纸、日常清洁卫生费、卫生塑料袋费、排尿排便器具费、排污费、押瓶费、就医路费及损坏公物赔偿费、自带风扇电费、洗头加电吹风费。

7. 出诊费、巡诊费、检查治疗加急费、加班费、自请特别护士、家庭医疗保健服务、家庭病房床位费、优质优价费等特需医疗服务(如：点名手术、点时手术、点名会诊、点名检查、点名护理、特殊病房费等)。

8. 参保人员在医保定点医院（含特需、国际医疗部、外宾病房、干部病房、VIP病房等）住院或特定门诊，因特需医疗加收的费用（参照本市公立医疗机构医疗服务政府指导价）。

9. 市场调节价医疗服务价格项目、营利性医疗机构自主定价项目超出本市公立医疗机构医疗服务政府指导价的费用。

说明：不予补偿的情形，根据本市社会医疗保险政策动态调整。

## **五、结算方式**

### **（一）“一站式”结算**

在国家医疗保障信息平台允许的情况下，参保人在本市定点医疗机构住院、门诊特定病种诊治疗发生的医疗费用，在定点医疗机构和本市“双通道”定点零售药店通过国家医疗保障信息平

台结算后，符合理赔条件的医疗费用同时进行“博爱康”待遇“一站式”结算，参保人无需再另行申请零星报销。

参保人异地就医及外市参保人的医疗费用不实行“一站式”结算。

## （二）零星报销

对于参保人发生的不满足“一站式”结算情形且符合理赔条件的医疗费用，实行零星报销理赔，情形如下：

1. 已进行医保结算的医疗费用。

2. 未进行医保结算的医疗费用：在符合社会医疗保险相关政策规定的前提下，由参保人先行办理社会医疗保险待遇报销手续，再由“博爱康”进行报销。

3. 其他医疗保障不属于国家医疗保障信息平台结算的医疗费用。

4. 责任五中符合定点零售药店购药及医用耗材相关费用报销的情形。

办理方式：参保人可通过线上方式提交相关理赔申请资料（详见附件1）或前往专设服务窗口办理零星报销手续。超过2年（自其医疗费用结算之日起计算）不予受理，因不可抗力或存在法律诉讼等特殊情况的除外。

## 六、责任期间

（一）本产品保障期为2023年1月1日至2023年12月31日。

(二) 若参保人 2022 年已参加“博爱康”，2022-2023 年跨年就诊所发生的属于“博爱康”责任范围的合规医疗费用将计入 2023 年“博爱康”责任范围。

(三) 若参保人 2022 年未参加“博爱康”，2022-2023 年跨年就诊发生的属于“博爱康”责任范围的合规医疗费用，“博爱康”将先核算出该期间的就诊天数和拟报销金额，再运用以下公式计算出实际报销金额：

实际报销金额 = (拟报销金额 / 参保人实际就诊天数) \* 2023 年度“博爱康”生效后发生天数。

(四) 若参保人 2022 年参加“博爱康”但 2023 年未参加“博爱康”，2022-2023 年跨年就诊发生的属于“博爱康”责任范围的合规医疗费用，“博爱康”将先核算出该期间的就诊天数和拟报销金额，再运用以下公式计算出实际报销金额：

实际报销金额 = (拟报销金额 / 参保人实际就诊天数) \* 2022 年度“博爱康”有效发生天数。

七、本细则由“博爱康”承保机构负责解释

中国人寿保险股份有限公司中山分公司 (盖章)

中国平安财产保险股份有限公司中山中心支公司 (盖章)

中国人民财产保险股份有限公司广东省分公司 (盖章)

# 附件 1

## “博爱康”零星理赔资料明细表

|              |                                                                              |                                                                              |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 住院           | 参保地                                                                          | 1. 被保险人和申请人身份证、社保卡（银行卡）正反面（当被保人未成年时，申请人需为被保险人法定监护人并提供被保险人和申请人关系证明，如出生证明或户口本） |
|              |                                                                              | 2. 住院发票原件                                                                    |
|              |                                                                              | 3. 社会医疗保险医疗费用结算单                                                             |
|              |                                                                              | 4. 出院小结（出院记录）                                                                |
|              |                                                                              | 5. 费用明细清单（如有做 PET-CT 需交检验报告）                                                 |
|              | 异地就医                                                                         | 1. 被保险人和申请人身份证、社保卡（银行卡）正反（当被保人未成年时，申请人需为被保险人法定监护人并提供被保险人和申请人关系证明，如出生证明或户口本）  |
|              |                                                                              | 2. 住院发票原件                                                                    |
|              |                                                                              | 3. 社会医疗保险医疗费用结算单                                                             |
|              |                                                                              | 4. 出院小结（出院记录）                                                                |
|              |                                                                              | 5. 费用明细清单（如有做 PET-CT 需交检验报告）                                                 |
|              |                                                                              | 6. 中山市医疗保险市外转诊审批表（如有）                                                        |
|              |                                                                              | 7. 理赔申请书（已完成本市社会医疗保险零星报销的参保人）                                                |
| 门特/罕见病       | 1. 被保险人和申请人身份证、社保卡（银行卡）正反面（当被保人未成年时，申请人需为被保险人法定监护人并提供被保险人和申请人关系证明，如出生证明或户口本） |                                                                              |
|              | 2. 发票原件                                                                      |                                                                              |
|              | 3. 当天病历或诊断证明                                                                 |                                                                              |
|              | 4. 费用明细清单                                                                    |                                                                              |
| “双通道” 购药     | 1. 被保险人和申请人身份证、社保卡（银行卡）正反面（当被保人未成年时，申请人需为被保险人法定监护人并提供被保险人和申请人关系证明，如出生证明或户口本） |                                                                              |
|              | 2. 购药发票原件                                                                    |                                                                              |
|              | 3. 本市“双通道”医疗机构开具”双通道“处方指引单                                                   |                                                                              |
|              | 4. 就诊当天门诊病历                                                                  |                                                                              |
| 1 型糖尿病自费耗材保障 | 1. 被保险人和申请人身份证、社保卡（银行卡）正反面（当被保人未成年时，申请人需为被保险人法定监护人并提供被保险人和申请人关系证明，如出生证明或户口本） |                                                                              |
|              | 2. 三级定点医疗机构内分泌专科副主任及以上医师开具的患有“糖尿病 1 型”的诊断证明。                                 |                                                                              |
|              | 3. 指定药店开具购买特殊医用耗材的发票                                                         |                                                                              |
|              | 4. 指定药店开具购买特殊医用耗材的清单小票                                                       |                                                                              |

|                           |                      |
|---------------------------|----------------------|
| 外市参保人且本市户籍<br>(除上述资料仍需提供) | 1. 集中缴费期间的户籍首页及本人户口页 |
|                           | 2. 当地参保身份证明(职工或居民身份) |
| 若参保人身故<br>(除上述资料仍需提供)     | 1. 死亡证明              |
|                           | 2. 户口注销证明或火化证明       |
|                           | 3. 法定继承人情况证明         |
|                           | 4. 所有法定继承人的身份证正反面    |
|                           | 5. 《保险金权益转让声明书》      |