

甘肃省人民医院职工补充医疗保险服务需求

1、投保险种：补充医疗保险。

2、保险责任及金额

被保险人在保险期间内日间手术、日间放化疗、住院进行治疗，投标人就参加社会基本医疗保险报销后剩余的个人自付部分（含甲、乙、丙类）医疗费用进行报销：

①年累计达到 0-5000 元按 70%进行报销；

②年累计达到 5000-10000 元按 80%进行报销；

③超过 1 万元以上按照 90%进行报销，年报销封顶额度为 10 万元；

④包含既往症；

⑤包含生育责任。

3、就诊医院

3.1 一般情况下参加补充医疗保险的被保险人应在符合当地医保规定的定点二级及二级以上公立医院就医。

3.2 被保险人出差、休假期间患病，应在当地县（区）级以上公立医院就诊。

3.3 被保险人在外地工作，因病治疗，应在当地县（区）级以上公立医院就诊。

3.4 被保险人退休后长期在异地居住，因病治疗，应在当地县（区）级以上公立医院就诊。

3.5 急诊或其他紧急救治可以就近选择医院进行，不受上述条件的限制，但病情稳定后的后续治疗须按照 3.1 条的规定到指定医院进行。

3.6 确因医院条件限制或其它特殊情况，被保险人需转至其它非上述医院进行治疗的，须经原医院证明、并报投标人审核备案。

3.7 承担甘肃地区指定医院特需病区产生的医疗费用（不含床位费）。

4、服务团队

4.1 为本项目成立不低于五人的专项服务团队，制定详尽的承保及保全服务流程。指定一名专职项目负责人及至少一名理赔服务专员，服务期内未经采购人书面同意不得更换（提供承诺函）。

4.2 提供包括但不限于：上门服务，网点专柜服务，网站、APP 小程序、移动客户端等理赔服务方式，理赔手续简化便捷。（需提供承诺函并加盖公章）

4.3 提供一对一现场咨询、理赔资料收集和办理服务。

5、理赔时效

5.1 一个工作日内响应理赔业务需求上门收取审核理赔材料。

5.2 收到理赔材料后三个工作日之内审核材料，三个工作日内反馈需补件资料，材料审核通过后三个工作日内完成报销。

5.3 报销后以短信方式通知被保险人或受益人报销结果。

6、其他

6.1 投标人要配合被保险人、医院经办人员举行定期或不定期的补充医疗保险、理赔流程等方面的知识讲座每年至少两次。

6.2 投保人在新员工进入单位工作之日起 60 日内且在保单有效期内以书面形式通知保险人。保险人经审核同意后各根据投保人的书面通知签发批单。按新增加人员的实际保险期间收取保险费。新增被保险人的保险期间以批单载明的日期为准，新增被保险人人均保险费的具体计算公式为：

应收保险费=年保费*（实际保险天数/保单保险天数）。