中华联合财产保险股份有限公司

附加扩展医疗费用范围保险（适用于城市定制型商业医疗保险）条款

总则

第一条 本附加险合同是我公司各类医疗保险合同（以下简称“主险合同”）的附加合同。本附加险合同与主险合同相抵触之处，以本附加险合同为准；本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加险合同亦无效。

凡涉及本附加险合同的约定，均应采用书面形式。

保险责任

第二条 本附加险合同可在**主险合同保险责任基础上**扩展当地基本医疗保险予以部分支付的医疗费用中属于个人支付部分的医疗费用责任，以及当地基本医疗保险不予支付的医疗费用责任。

本附加险合同的保险责任包括“部分自付医疗费用保险金”和“全额自费医疗费用保险金”，投保人可以选择投保一项或两项，**具体投保项目由投保人在投保时与保险人协商确定，并在保险合同载明。**

（一）部分自付医疗费用保险金

在本附加险合同保险期间内，保险人**在主险保险责任基础上**按照本附加险合同约定的部分自付医疗费用保险金计算方法给付被保险人在**保险人指定或认可的医疗机构**接受治疗产生的**必要且合理**的下列费用（简称**部分自付医疗费用**）：

1. **当地基本医疗保险主管部门颁布的基本医疗保险药品目录中，基本医疗保险支付部分费用的药品中的个人自付费用；**
2. **当地基本医疗保险主管部门颁布的诊疗项目目录中，基本医疗保险支付部分费用的诊疗项目中的个人自付费用；**
3. **当地基本医疗保险主管部门颁布的医疗服务设施目录中，基本医疗保险支付部分费用的医疗服务设施中的个人自付费用。**

保险人给付部分自付医疗费用保险金的数额以本附加险合同约定的部分自付医疗费用保险金额为限。

（二）全额自费医疗费用保险金

在本附加险合同保险期间内，保险人**在主险保险责任基础上**按照本附加险合同约定的全额自费医疗费用保险金计算方法给付被保险人在**保险人指定或认可的医疗机构**接受治疗产生的**必要且合理**的下列费用（简称**全额自费医疗费用**）：

1. **当地基本医疗保险主管部门颁布的基本医疗保险药品目录中规定的除基本医疗保险全额支付药品和部分支付药品之外的药品费用；**
2. **当地基本医疗保险主管部门颁布的诊疗项目目录中规定的基本医疗保险不予支付的诊疗项目费用；**
3. **当地基本医疗保险主管部门颁布的医疗服务设施目录中规定的基本医疗保险不予支付的医疗服务设施费用。**

保险人给付全额自费医疗费用保险金的数额以本附加险合同约定的全额自费医疗费用保险金额为限。

第三条 医疗保险金的计算方法

本附加险合同的医疗保险金按照以下公式进行计算：

部分自付医疗费用保险金=（部分自付医疗费用-其他途径累计已获得的部分自付医疗费用补偿金额-部分自付医疗费用保险金免赔额）×部分自付医疗费用保险金给付比例

其中部分自付医疗费用保险金免赔额和部分自付医疗费用保险金给付比例由投保人和保险人在投保时协商确定，并在保险单中载明。

全额自费医疗费用保险金=（全额自费医疗费用-其他途径累计已获得的全额自费医疗费用补偿金额-全额自费医疗费用保险金免赔额）×全额自费医疗费用保险金给付比例

其中全额自费医疗费用保险金免赔额和全额自费医疗费用保险金给付比例由投保人和保险人在投保时协商确定，并在保险单中载明。

第四条 费用补偿原则

本附加险合同保险责任适用“费用补偿原则”。若被保险人除本附加险合同外还可从其它保险计划（包括但不限于基本医疗保险计划、其他任何商业保险计划等）获得相应医疗费用补偿的，**保险人在保险金额内仅对被保险人获得补偿后的剩余医疗费用按照合同约定给付保险金。**

责任免除

第五条　主险合同列明的责任免除事项，也适用于本附加险合同。

保险金额

第六条　本附加险合同的部分自付医疗费用保险金额和全额自费医疗费用保险金额由投保人和保险人在投保时分别约定，并在保险单上载明。

保险期间和续保

第七条　保险期间

本附加险合同的保险期间最长不超过一年，具体由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。

第八条 续保

本附加险合同为不保证续保合同。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保，**保险人有权对重新提出的投保申请进行审核**。经保险人同意后，投保人交纳保险费，获得新的保险合同。

释义

1、主险合同保险责任基础上：本附加险合同仅扩展医疗费用的范围，不对主险合同约定的保险责任以及医疗方式（住院医疗、门急诊医疗等）进行扩展，例如，若主险合同保险责任仅覆盖住院医疗责任，则本附加险合同亦仅覆盖住院医疗责任；若主险合同保险责任覆盖门急诊医疗责任，则本附加险合同亦覆盖门急诊医疗责任。

2、必要且合理：指符合以下两个条件：

（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。

（2）医学必要：指被保险人接受治疗或服务、使用器械或服用药品符合以下条件：

a.医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需；

b.在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需的水平；

c. 与接受治疗地普遍的医疗专业实践标准一致；

d. 非主要为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他医疗提供方的方便；

e. 非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；

f. 非试验性或研究性。

对是否为必要且合理，由保险人理赔人员根据客观、审慎的原则进行审核；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。