

申能财产保险股份有限公司
社会基本医疗补充医疗保险条款
(注册号: C00026232512024070105493)

总 则

第一条 合同构成

本保险合同（以下简称为“本合同”）由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及与本合同有关的投保文件、合法有效的声明、批单及投保人与保险人（释义1）共同认可的书面或者电子协议等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 被保险人

凡参加社会基本医疗保险（释义2）或公费医疗（释义3）的自然人，经投保申请并经保险人审核同意均可作为本合同的被保险人。

第三条 投保人

具有完全民事行为能力的被保险人本人或对被保险人有保险利益的其他自然人均可作为本合同的投保人。团体可作为投保人，为本团体参加社会基本医疗保险或公费医疗的成员向保险人投保本保险。被保险人为限制民事行为能力人的，应由其监护人作为投保人。被保险人为无民事行为能力人的，应由其父母或法定监护人作为投保人。

第四条 受益人

除另有约定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

第五条 保障区域

保险人仅对被保险人在约定保障区域内发生的保险事故承担保险责任。除另有约定外，本合同约定的保险区域为中国大陆境内（不包括香港、澳门特别行政区和台湾地区）。

保险责任

第六条 保险责任

本合同的保险责任包括“医保范围内医疗费用保险金”和“特定高额药品费用保险金”。投保人可选择一项或多项责任为被保险人投保，并在保险单中载明。保险单中未载明的，保险人不承担保险责任。

（一）医保范围内医疗费用保险金

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害（释义4）或经过本合同约定的等待期后因疾病在保险人指定或认可的医疗机构（释义5）治疗，发生符合当地社会医疗保险管理机构（释义6）规定的医保范围内的住院（释义7）医疗费用和特殊病种（释义8）医疗费用，经社会医疗保险（释义9）支付或补偿后的剩余部分，保险人在扣除保险合同约定的免赔额后，按本合同约定的给付比例给付医保范围内医疗费用（释义9）保险金。

（二）特定高额药品费用保险金

在保险期间内，被保险人因遭受意外事故或经过本合同约定的等待期后因发生疾病，且经保险人指定专科医生（释义11）初次诊断其需使用本合同约定的特定高额药品目录（释义12）中药品，对其在保险期间内在保险人指定的医院或药店（释义13）实际支出的符合本合同约定的特定高额药品目录中药品的费用，经社会医疗保险支付或补偿后的剩余部分，保险人在扣除约定的免赔额后，按本合同约定的给付比例给付特定高额药品费用保险金。

药品目录中药品涉及慈善援助（释义14）的，被保险人从慈善机构获得援助的药品费用不属于特定高额药品费用保险金赔付范围，保险人对此不承担赔偿责任。

（三）保险人对被保险人“医保范围内医疗费用保险金”和“特定高额药品费用保险金”的赔付总额，以保险单载明的社保补充医疗保险金额为限。一次或累计赔付的保险金的总额达到社保补充医疗保险金额时，本合同终止。

（四）本合同中所指免赔额均指年免赔额，指一个保单年度内被保险人自行承担，本合同不予赔偿的部分。免赔额由投保人与保险人协商确定，并在保险单中载明。

（五）医疗费用补偿原则

保险人在本合同保险责任范围内给付各项保险金，但若被保险人已从其他途径（包括但不限于社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、侵权人或侵权责任承担方、互助机构、保险人在内的任何商业保险机构）获得医疗费用补偿，对于被保险人发生的合理医疗费用，保险人在扣除其他途径已获得的补偿后，对于剩余部分费用根据本合同约定在该被保险人

的保险金额的限额内扣除约定的免赔额按照约定的给付比例给付各项保险金。

其中，针对以下情况，投保人和保险人分别约定免赔额和给付比例，并在保险单中载明：

(1) 有医保：被保险人享有社会基本医疗保险或公费医疗保障，且在申请理赔时已经从社会基本医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿的；

(2) 无医保：被保险人申请理赔时未享有社会基本医疗保险或公费医疗保障，或被保险人享有社会基本医疗保险或公费医疗保障，未从社会基本医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿的；

(3) 若被保险人以已参加社会基本医疗保险身份投保，但未以参加社会基本医疗保险身份就诊并结算的，则保险人按照合同约定的给付比例进行赔付。

若投保人和保险人另有约定，则对于被保险人实际发生的医疗费用，保险人按照另行约定并按保险合同中载明的条件和方式进行给付。

责任免除

第七条 责任免除

(一) 因下列任一情形导致被保险人医保范围内医疗费用支出的，保险人不承担赔偿责任：

- (1) 被保险人所属社会基本医疗保险管理机构规定的不予支付的项目和费用；
- (2) 工伤（职业病）、生育发生的医疗费用；
- (3) 《中华人民共和国社会保险法》、《中华人民共和国保险法》规定的其他不予支付的事项。

(二) 因下列任一情形导致被保险人特定高额药品费用支出的，保险人不承担赔偿责任：

- (1) 药品处方与本合同约定的特定高额药品目录范围不符；药品说明书中所列的适应症不符；
- (2) 未在保险人认可或指定的医院或药店购买的药品；
- (3) 每次药品处方剂量超过一个月部分的药品费用；
- (4) 药品处方与国家药品监督管理局批准的该药品说明书中所列明的适应症用法用量不符或相关医学材料不能证明被保险人所患疾病符合使用特定药物的指征；
- (5) 被保险人的疾病状况，经审核确定对特定高额药品已经耐药，而继续购买已耐药药品所产生的费用。耐药包括以下两种情况：

(5.1) 实体肿瘤病灶按照 RECIST（实体瘤治疗疗效评价标准）出现疾病进展，即定义为耐药；

(5.2) 非实体肿瘤（包含白血病、多发性骨髓瘤、骨髓纤维化、淋巴瘤等血液系统恶性肿瘤）在临床上常无明确的肿块或者肿块较小难以发现，经规范治疗后，按相关专业机构的指南规范，对患者骨髓形态学、流式细胞、特定基因检测等结果进行综合评价，得出疾病进展的结论，即定义为耐药；

(6) 被保险人符合本合同第二十四条慈善援助用药申请条件，但因被保险人未提交相关申请或者提交的申请材料不全，导致援助项目申请未通过而发生的药品费用；被保险人通过援助审核，但因被保险人原因未领取援助药品的；

(三) 本合同对被保险人的健康状况约定中涉及的除外既往疾病的相关治疗和康复费用。

保险金额和保险费

第八条 保险金额

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。保险金额由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单中载明。

第九条 保险费

保险费由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单中载明。

保险期间

第十条 保险期间

保险期间由保险人和投保人协商确定，以保险单载明的起讫时间为准，最长不超过一年。

不保证续保

第十一条 不保证续保

本保险为不保证续保合同。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

保险人义务

第十二条 明确说明义务

订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十三条 签发保单义务

本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十四条 保险合同解除权行使期限

保险人依据第十九条所取得的保险合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除保险合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

第十五条 补充索赔证明和资料的通知

保险人认为保险金申请人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人补充提供。

第十六条 及时核定、赔付义务

保险人收到保险金申请人给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知保险金申请人。对属于保险责任的，在与保险金申请人达成给付保险金的协议后十日内，履行赔偿保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十七条 先行赔付义务

保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其给付的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十八条 缴纳保险费义务

投保人应当在保险合同成立时一次性缴清保险费，若投保人未在合同规定时间内缴纳保险费的，保险人有权解除保险合同。

第十九条 如实告知义务

（一）订立保险合同，保险人就保险标的或者被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

（二）投保人故意或者因重大过失未履行如实告知义务的，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本保险合同。

（三）投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，并不退还保险费。

（四）投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，但应当退还保险费。

第二十条 住所或通讯地址变更通知义务

投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

第二十一条 变更批注

在保险期间内，投保人需变更保险合同内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本合同中批注。

第二十二条 保险事故通知义务

投保人、被保险人或者保险金受益人应于知道或者应当知道保险事故发生之日起10日内通知保险人。**故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。**

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

保险金申请与给付

第二十三条 保险金申请

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) 保险单或其他保险凭证；
- (三) 保险金申请人有效身份证件；
- (四) 支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，包括但不限于保险人认可或指定的医疗机构出具的附有病理检查、化验检查、影像学检查及其他医疗检查报告的医疗诊断证明、手术记录、检查报告单、门急诊及住院病历以及出院小结、处方、医疗费用原始单据、费用明细单据等；
- (五) 保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料；保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其他合法有效的材料；
- (六) 若保险金申请人委托他人申请的，还应提供保险金转账授权书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等材料。；
- (七) 在保险人的理赔审核过程中，除法律禁止的情况外，本公司有权对投保人、被保险人就事故的性质、原因、结果及被保险人的损伤程度和身体情况等，进行调查、检查、评估和鉴定（包括但不限于提请做必要、合理的解剖检验），投保人、被保险人等应当予以充分配合并同意授权；
- (八) 如果已从其他途径获得了补偿，则须提供从其他途径报销的凭证。

第二十四条 特定高额药品费用保险金申请及审核：购药申请、药品处方审核、院外用药服务流程、慈善赠药申请

在保险期间内，如果被保险人需在保险人指定药店购买专科医生开具的药品处方中所列明的特定药品，需按照以下流程进行购药申请、药品处方审核，药品购买和慈善赠药申请：

1、购药申请和药品处方审核：

- 保险金申请人向保险人提交特定疾病指定药店购买特定高额药品购药申请（以下简称“购药申请”），并提供下列购药申请材料：
- (1) 保险金给付申请书；
 - (2) 被保险人的有效身份证件；
 - (3) 支持审核的全部证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的门诊及住院病历资料、医学诊断书、病理检查报告、影像报告、检查化验报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等原件。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其他合法有效的材料；
 - (4) 专科医生开具的特定药品处方；
 - (5) 医院开具的外购药证明；
 - (6) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；

(7) 若保险金申请人委托他人申请的, 还应提供保险金转账授权书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的, 由其监护人代为申领保险金, 并需要提供监护人的身份证明等材料。

保险人基于提交的资料进行药品处方审核。若保险金申请人提交的相关材料不足以支持药品处方审核, 或者医学材料中相关的科学方法检验报告结果不支持药品处方的开具, 保险人有权要求并一次性通知保险金申请人补充提供有关证明和资料。

如果保险金申请人未提交购药申请或者处方审核未通过, 保险人不承担赔偿特定高额药品费用保险金的责任。

2、院外用药服务流程

特定高额药品购药申请及特定药品处方首次经保险人审核通过后, 保险人将指引保险金申请人, 携带或配合提供有效药品处方、保险金申请人的有效身份证件、被保险人的中华人民共和国社会保障卡(如有)、保险金代领取授权书(工作人员出具)、领药确认书(工作人员出具)到保险人与保险金申请人确认取药的指定药店自取药品。

如保险人指定第三方机构直付院外用药费用, 则在取药时, 保险金申请人应将本合同项下的保险金授权指定第三方机构代为领取。该机构对保险金申请人免收本合同约定的保险责任范围内的药品费用。保险金将由保险人直接与指定第三方机构直接结算保险人应当承担的保险金。属于本合同保险责任范围内的费用, 保险申请人已经授权指定第三方机构代为领取后, 不应向保险人申请该部分保险金向被保人或者受益人指定账户支付。

3、慈善赠药申请

如果被保险人用药时长符合保险人指定或认可的慈善机构援助项目赠药(以下简称“慈善赠药”)申请条件, 保险人将通知保险金申请人并安排授权的第三方服务商协助保险金申请人进行申请材料准备, 保险金申请人须提供申请慈善赠药合理且必需的材料。慈善赠药项目经保险人指定或认可的慈善机构审核通过后, 保险金申请人须到慈善赠药项目指定的药店领取赠药; **若保险金申请人未通过慈善赠药项目审核, 保险金申请人须按照上述“药品处方审核”的约定重新进行药品处方审核。**

第二十五条 诉讼时效期间

保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年, 自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

争议处理和法律适用

第二十六条 争议处理

因履行本保险合同发生的争议, 由当事人协商解决。协商不成的, 提交保险单载明的仲裁机构仲裁; 保险单未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的, 依法向人民法院起诉。

第二十七条 法律适用

与本保险合同有关的以及履行本保险合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律(不包括香港、澳门特别行政区和台湾地区法律)。

其他事项

第二十八条 合同解除

在本保险合同成立后, 投保人 can 以书面形式通知保险人解除合同。投保人解除本保险合同同时, 应提供下列证明文件和资料:

- 1、保险合同解除申请书;
- 2、保险单原件;
- 3、保险费交付凭证;
- 4、投保人身份证明。

投保人要求解除本保险合同, 自保险人接到保险合同解除申请书之时起, 本保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起30日内退还保险单的**未到期净保费(释义15)**。若被保险人已领取过保险金的, 保险人退还本保险合同有效保险金额的**未到期净保费**。

释义

1、**保险人**：指与投保人签订本保险合同的申能财产保险股份有限公司及其分支机构。

2、**社会基本医疗保险**：指职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险。

3、**公费医疗**：是国家为保障国家工作人员身体健康而实行的一项社会保障制度。国家通过医疗卫生部门向享受人员提供制度规定范围内的免费医疗预防。

4、**意外伤害**：指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。**自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。**

5、**保险人指定或认可的医疗机构**：指本公司与投保人约定的社会医疗保险定点医院；未约定定点医院的，则以被保险人所参加的社会医疗保险的管理部门规定的医院范围为准。

6、**社会医疗保险管理机构**：指各级医疗保障局。

7、**住院**：指被保险人因疾病或意外事故而入住医院之正式病房接受全日 24 小时监护治疗的过程，并正式办理入院手续，不包括入住门诊观察室、其他非正式病房或挂床住院。挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非 24 小时在床、在院。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只收护理费、诊疗费、床位费等情况。

8、**特殊病种**：指符合各省、市、地方社会医疗保险政策范围内的，不需住院治疗，可以门诊治疗，长期依靠药品维持病情稳定的慢性疾病，以投保人和保险人双方约定为准，在保险单中载明。

9、**社会医疗保险**：包括但不限于职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、城乡居民大病保险、大病医疗互助补充保险、重特大疾病医疗保险、公务员医疗补助、公费医疗等由政府举办的医疗保险项目。

10、**医疗费用**：指符合当地社会医疗保险支付范围（不包括自费和部分自费项目及药品）规定的医疗费用。包括床位费、手术费、药费、治疗费、护理费、检查检验费、特殊检查治疗费、救护车费。

(1) 床位费

指住院期间使用的医院床位（不包括观察病房之床位、陪人床、家庭病床）的费用。

(2) 手术费

手术指被保险人因疾病或意外事故住院后，为治疗疾病、挽救生命而施行的手术，不包括活检、穿刺、造影等创伤性检查以及康复性手术。

手术费指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。

(3) 药费

住院期间实际发生的合理且必要的由医生开具的具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口处方药品的费用。

(4) 治疗费

指以治疗疾病为目的，提供医学手段而发生的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费。

(5) 护理费

指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的费用，包括护工费、消毒费、换药费、陪人费、煎药费、烤火费。

(6) 检查检验费

指以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的医疗费用，包括医处费、诊查费、妇检费、X 光费、心电图费、B 超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化费和血、尿、便常规检查费。

(7) 特殊检查治疗费

包括 CT、ECT、彩超、活动平板、动态心电图、心电监护、介入治疗、PCR、体外碎石、高压氧、体外射频、核磁共振、血液透析等大型和高费用检查治疗项目费。

(8) 救护车费

指为抢救生命由急救中心派出的救护车费用及医院转诊过程中的医院用车费。

11、**指定专科医生**：特药高额药品处方开具的指定专科医生指本公司指定的或当地社会医疗保险的管理部门公布的具有开具特定药品处方资格的医生。专科医生须满足以下条件：

(1) 具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；

- (2) 具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；
- (3) 具有有效的中华人民共和国主治医师或者主治医师以上职称的《医师职称证书》；
- (4) 确诊或开具处方时，属于与处方适应症治疗相关的临床科室。

12、特定高额药品目录：指特定高额药品费用医疗保险责任适用的药品目录，以双方约定为准。

13、指定的医院或药店：指保险人指定的或当地社会医疗保险的管理部门公布的被保险人可购买特定高额药品的医院或药店；未约定医院或药店的，则以被保险人所参加的社会医疗保险的管理部门规定的医院或药店范围为准。

14、慈善援助：指由慈善机构设定的针对特定药品的慈善项目或捐助计划等。

15、未到期净保费：

未到期净保费=净保费 \times (1-m/n)，其中，m为已生效天数，n为保险期间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。

净保费=保险费 \times (1-费用比例)，除另有约定外，费用比例为20%。

**申能财产保险股份有限公司
社会基本医疗补充医疗保险费率规章**

一、基准保费（元）

基准保障：

保障项目	医保范围内医疗费用保险金	特定高额药品费用保险金
基准保额	100万元	100万元
基准给付比例	70%	80%
基准免赔额	2万元	0元
基准等待期	0天	0天
基准保费	44元/人/年	15元/人/年

备注：医保范围内医疗费用保险金中若被保险人享有社会基本医疗保险或公费医疗保障，且在申请理赔时已经从社会基本医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿的，基准给付比例为70%；若被保险人以已参加社会医疗保险身份投保，但未以参加社会医疗保险身份就诊并结算的，则基准给付比例为0%。

二、风险调整系数(各风险调整系数之间为连乘关系)**1、保险金额（保险金额在两档之间的，采用线性插值的方式计算调整系数，下同）**

保险金额（万元）	调整系数	
	医保范围内医疗费用保险金	特定高额药品费用保险金
50 万元	0.95	0.95
100 万元	1.0	1.0
200 万元	1.05	1.05
300 万元	1.08	1.08
500 万元	1.1	1.1

2、免赔额

免赔额（万元）	调整系数	
	医保范围内医疗费用保险金	特定高额药品费用保险金
0 元	1.5	1.0
1 万元	2.6	0.9
2 万元	1.0	0.8
3 万元	0.5	0.7

3、给付比例

给付比例（%）	调整系数	
	医保范围内医疗费用保险金	特定高额药品费用保险金
20%	0.3	0.35
40%	0.5	0.55
60%	0.8	0.75
70%	1.0	0.875
80%	1.125	1.0
90%	1.25	1.125
100%	1.35	1.5

4、被保险人风险状况

健康状况	调整系数
风险状况良好	[0.7, 0.9)
风险状况一般	[0.9, 1.0)

风险状况较差	[1.0, 1.3]
--------	------------

注：风险状况良好：指被保险人健康状况良好，生活方式健康，风险意识较强
 风险状况一般：指被保险人健康状况一般，生活方式一般，风险意识一般
 风险状况较差：指被保险人健康状况较差，生活方式较差，风险意识较差

5、参保人数（仅适用于团体投保）

参保人数（人）	调整系数
(3, 10000]	[0.95, 1.0]
(10000, 50000]	[0.88, 0.95]
(50000, 100000]	[0.82, 0.88]
>100000	[0.7, 0.82]

6、投保比例（仅适用于团体投保）

投保比例	调整系数
100%	[0.6, 0.7]
[80%, 100%)	[0.7, 0.8]
[50%, 80%)	[0.8, 0.9]
<50%	[0.9, 1.0]

7、地区

地区	调整系数
A类地区	[0.5, 0.8]
B类地区	[0.8, 1.0]
C类地区	[1.0, 1.8]

注：A类地区：指从销售区域经济发展水平、社会基本医疗/公费医疗保障水平、卫生健康水平及医疗资源等方面判断为风险较低地区

B类地区：指从销售区域经济发展水平、社会基本医疗/公费医疗保障水平、卫生健康水平及医疗资源等方面判断为风险中等低地区

C类地区：指从销售区域经济发展水平、社会基本医疗/公费医疗保障水平、卫生健康水平及医疗资源等方面判断为风险较高地区

8、城镇职工医疗保险人群占比

城镇职工医疗保险人群占比	调整系数
A类	[0.7, 0.9]
B类	(0.9, 1.0]
C类	(1.0, 1.5]

注：A类：指城镇职工医疗保险人群占当地全部基本医疗保险参保人群的比例高于全国平均水平

B类：指城镇职工医疗保险人群占当地全部基本医疗保险参保人群的比例处于全国平均水平

C类：指城镇职工医疗保险人群占当地全部基本医疗保险参保人群的比例低于全国平均水平

9、被保险人年龄区间

被保险人年龄区间	调整系数
≤40周岁	[0.6, 0.8]
[41周岁, 60周岁]	[0.8, 1.0]
>60周岁	(1.0, 1.8]

10、既往症承保情况

既往症承保情况	调整系数
A类	[0.6, 0.95]
B类	(0.95, 1.1]
C类	(1.1, 1.8]

注：A类：仅约定少于5种既往症可以在保险期间内申请理赔或约定既往症不能理赔

B类：约定10种以内既往症可以在保险期间内申请理赔

C类：约定超过20种以内既往症可以在保险期间内申请理赔

11、特定药品目录情况（仅适用特定高额药品费用保险金）

定药品目录情况	调整系数
A类	[0.7, 0.95]
B类	(0.95, 1.0]
C类	(1.0, 1.8]

注：A类：指保险合同约定的特定药品种类少于10种或特定药品目录价格较低

B类：指保险合同约定的特定药品种类10-20种或特定药品目录价格一般

C类：指保险合同约定的特定药品种类大于20种或特定药品目录价格较高

12、经验/预期赔付率（此系数由总公司授权使用）

经验/预期赔付率	费率调整系数
(0%, 50%]	[0.7, 0.8]
(50%, 80%]	[0.8, 1.0]
(80%, 100%]	[1.0, 1.2]
100%以上	[1.2, 2.0]

13、销售渠道

销售渠道	费率调整系数
直销渠道	[0.7, 1.0]
除直销外的其他渠道	[1.0, 1.5]

14、续保

续保	费率调整系数
续保	[0.9, 1.0]
新保	1.0

三、保险费计算公式

保险费=医保范围内医疗费用保险金保费+特定高额药品费用保险金保费

医保范围内医疗费用保险费=医保范围内医疗费用保险金基准保费×医保范围内医疗费用保险金风险调整系数乘积×投保天数/365天

特定高额药品费用保险费=特定高额药品费用保险金基准保费×特定高额药品费用保险金风险调整系数乘积×投保天数/365天