**广西壮族自治区人民医院小儿统筹医疗服务合同**

甲方：广西壮族自治区人民医院

乙方：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

乙方单位小儿统筹代码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
　　甲、乙双方本着自愿、平等、公平、诚实、信用的原则，经友好协商，根据[中华人民共和国](https://www.baidu.com/s?wd=%E4%B8%AD%E5%8D%8E%E4%BA%BA%E6%B0%91%E5%85%B1%E5%92%8C%E5%9B%BD&tn=SE_PcZhidaonwhc_ngpagmjz&rsv_dl=gh_pc_zhidao" \t "_blank)《合同法》有关规定签定本协议，由双方共同遵守。
　　第一条 协议范围内，双方的关系确定为服务合同关系。甲方根据乙方的申请同意为乙方提供小儿统筹医疗服务。
　　第二条 订立本协议的目的在于确保甲、乙双方忠实地履行本协议规定的双方的职责和权利。订立本协议并未授予乙方任何约束甲方之权利，甲方对本协议任何条款有最终的解释权。
　　第三条 有效期从2021年1月1日至2021年12月31日

第四条 甲方为了更好的服务于乙方,在本协议期间，甲方承诺为乙方所列18周岁以下小孩提供统筹医疗服务:

①门诊统筹检查治疗项目参照医保目录, 用药按照小儿统筹用药目录。范围内的治疗及药品需自费20%, 目录范围以外的治疗及药品自费。

②住院统筹检查治疗项目参照医保目录, 用药按照《广西壮族自治区基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品支付范围》（2017年7月1日）。范围内的治疗及药品费用100%统筹支付(住院床位费限额35元/天，超过部分自费; 大型手术如微创手术、心脏修补术、搭桥术、介入治疗、人工晶体、人工关节等使用的进口材料需自费50%)。

③因甲方条件限制如缺科或无床等原因须转院治疗的，由甲方专科医生诊断并提出转院建议（转区外由专科主任签字同意），并在病历中有相应的记录，方可报销目录范围内费用60%。

④小儿统筹医疗住院年度支付上限不超过上一年度人均缴费50倍。

第五条 甲方为确保平等、公平原则,特规定以下情况不属于小儿统筹医疗范围

①参加统筹人员外出（如旅游、探亲、居住等）期间所发生的医疗费用。

②参加统筹人员因违法犯罪（如斗殴、吸毒等）、自杀、自残、酗酒、戒毒治疗或因交通事故、医疗事故而发生的医疗费用。

③自然灾害和突发事件等因素造成大范围急、危、重伤病人员抢救的医疗费用；传染病爆发流行由政府公共卫生财政支出的费用。

④服务项目：诊查费、会诊费、病历工本费、出诊费、救护车费、护工费、检查治疗加急费、点名手术附加费、自请特别护士等特需医疗服务。

 ⑤非疾病治疗项目类

各种美容、健美项目以及非功能性整容、矫形手术等；

各种减肥、增胖、增高项目以及健康体检；

各种预防、保健性的诊疗项目；

各种医疗咨询、医疗鉴定等。

 ⑥诊疗设备及医用材料类

配镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性工具；各种正畸、洁牙、烤瓷牙、保健、按摩、检查和治疗器械、近视眼矫形术、眼科准分子激光治疗等。

⑦不孕不育、生育及生育相关并发症。

第六条 乙方应本着诚实、信用的原则,如实填写单位名称、业务联系人姓名、业务联系人办公电话、业务联系人手机号码、单位详细地址,这些信息缺一不可;乙方中途关、停、并、转、业务联系人信息变更,要及时通知到甲方。

第七条 为了充分发挥小儿统筹医疗互帮互助的作用,小儿统筹应缴费用不是按每一个参加者实际发生的医疗费进行缴费,乙方应承担的统筹费用,以期末乙方参加人数占总人数权重平均分摊本期所发生的小儿统筹医疗总费用。乙方在充分了解甲方提供的服务及规定的前提下,及时结清所应承担的小儿统筹医疗费用。结算方式如下,乙方自愿选择一种:

1. 委托银行定期代收,按季度结算,此结算方式须乙方与甲方财务对接签订代收协议,委托银行进行款项的划转,手续办理一次即可,甲乙双方业务人员省事方便,建议优选。
2. 按本单位参加小儿统筹人数,每人每月100元,全年每人1200元预付款到甲方账户,结算期限壹年。结算后欠款补清,余款转存下个期间继续使用。如果此项业务取消,可按乙方要求原渠道退回。此结算方式需乙方财务同意。
3. 甲方在季度结束后次月快递小儿统筹款明细账单到乙方,乙方在收到账单后及时结清应付款项,如果季度结束后一个月未收到通知的,应主动联系甲方咨询。此结算方式信誉度好的单位可考虑。

乙方自愿选择结算方式: □

如果乙方未能在季度结束后两个月内结清应付统筹款,经双方沟通无效的情况下,甲方有权利终止此项业务。

第八条 如果产生有关本协议的存在、效力、履行、解释、终止的争议，双方应通过友好协商解决。 如果争议发生之日起三个月内通过协商不能解决的，或者任何一方拒绝协商的，则任何一方均可诉请本协议签定地人民法院裁决。
　 第九条 协议签署地为南宁市。本协议一式两份，甲乙双方签字之日起生效。双方各备案一份，复印件无效。乙方兹承认签署本协议，并已阅读及明白本协议所列条款所包含的规定，并同意受其约束。

第十条 由于不可抗力以及由于一方违约致使合同不能履行或履行已无必要时，当事人一方及时[通知](https://baike.baidu.com/item/%E9%80%9A%E7%9F%A5%22%20%5Ct%20%22_blank)对方变更或解除合同;本协议服务内容、费用总额、委托变更、中止、解除和提前终止需双方书面确认。

|  |  |
| --- | --- |
| 甲方(公章):  年 月 日  | 乙方(公章): 年 月 日  |
| 单位地址:南宁市青秀区桃源路6号 | 单位地址: |
| 法定代表人:  | 法定代表人: |
| 委托代理人:  | 委托代理人: |
| 医保科电话: 0771-2186746 | 专管电话: |
| 电子邮箱: qyyybk2186028@sina.com | 电子邮箱: |
| 开户银行: 中国银行南宁市桃源支行 | 开户银行: |
| 账号: 6210 5748 5137 | 账号: |
| 财务电话：5722436 | 财务电话： |