

# 認識 醫療保險

## 索償篇



一般而言，醫療保險是以「實報實銷」的方式向受保人作出賠償。如果你需要向保險公司索償，應留意以下要點，避免產生不必要的爭拗。

### 1 注意索償期限

醫療保險通常會訂明索償期限，一般為求醫/出院後的30至90天內，保險公司有權拒絕處理超過索償期限的申請。部分保險公司會提供預先批核服務，由保險公司直接向醫療機構繳付費用，如欲申請此項服務，受保人亦須於入院前的指定工作天內提出申請。



💡 保險公司提供的預先批核服務及賠償金額屬評估性質，與最終的實際醫療費用或有差異，賠償金額會以最終理賠為準。如有疑問，應向保險公司查詢。

### 2 備妥索償文件

申索賠償額較低的醫療開支時，一般只需要提交索償表格、收據及轉介信(如適用)的正本。如須申索住院的醫療開支，一般而言，必須提交以下文件：

- ✓ 由主診醫生填寫，並附有醫院蓋章的住院及手術索償表格；
- ✓ 醫院收據正本；
- ✓ 醫療報告/檢驗報告副本；
- ✓ 如入住公立醫院，須提交詳列診斷結果的出院紙及病假證明；
- ✓ 如涉及交通意外，須提交警察報告/交通意外報告/口供紙副本。

💡 如須向兩間或以上的保險公司索償，謹記於入院時須請主診醫生分別填寫不同保險公司的索償表格，並請醫院在不同表格上蓋章。當向第一間保險公司索償時，亦須向該保險公司要求取回收據正本或其核實副本，才可向另一間保險公司索償。

### 3 了解「醫療需要」

保單條款上的「醫療需要」，並非單純取決於有關住院是否由醫生推薦。一般而言，保險公司會根據以下因素，考慮有關住院是否符合「醫療需要」：

該病情是否危急？

住院是否屬緊急性質或具迫切性？

住院是否純粹為了檢查徵狀或病徵而不作治療？

住院是否為了進行醫療上必須的治療或手術？

有關治療可否於門診處理？

💡 一般而言，純粹為了接受診斷或測試，而不涉及醫療緊急的情況，都會被視作沒有醫療需要。為免失去預算，受保人接受非緊急的住院服務前，應該先向保險公司了解清楚其保單的保障範圍與不保項目。

### 4 申索「合理及慣常」費用

保險公司處理醫療索償申請時，會以「合理及慣常」的醫療費用作為審批原則，即使索償額沒有超出年度上限，亦未必會全數賠償，受保人有可能需要自行支付超出「合理及慣常」水平的開支。為掌握較準確的開支預算，接受醫療服務前，你可透過以下方法進行評估：



» 投保篇