

# 白内障复明手术救助项目实施协议

甲方：内蒙古自治区残疾人联合会

统一社会信用代码：13150000011515149P

法定代表人：佟国清

办公地址：呼和浩特市赛罕区金桥开发区石化路

联系人：刘巨德

联系方式：0471-5103320

乙方：朝聚（内蒙古）眼科医院有限公司

统一社会信用代码：91150100MA0MYWLE8Q

法定代表人：刘丽红

办公地址：内蒙古自治区呼和浩特市新城区车站西街40号

联系人：王祥

联系方式：13948425202

为进一步加强残疾预防工作，有效减少和控制残疾发生，加大对我区守土戍边各族群众的关怀帮扶力度，按照自治区党委“1571”工作部署，以铸牢中华民族共同体意识为工作主线，团结引导边远、边境地区群众感党恩、听党话、跟党走，促进民族团结、边疆稳定，助力祖国北疆安全稳定屏障和健康内蒙古建设，依据《2026年度“大爱无疆 助康圆梦”白内障救助项目实施方案》（内残联办〔2026〕17号），在全区开展白内障复

明手术救助项目，造福我区生活困难家庭残疾群众。

## 一、救助对象

户籍所在地（居住证发放地）在内蒙古自治区的生活困难家庭，包括城乡特困人员、最低生活保障对象、最低生活保障边缘家庭成员、刚性支出困难家庭成员、返贫监测对象和当地认定的其他困难人员〔因重大疾病、自然灾害或意外事故等导致家庭基本生活出现严重困难，由患者家庭提供医疗机构诊断报告和住院费用清单、嘎查村（社区）出具灾害（或事故）相关说明材料〕具有白内障手术适应症且本人自愿申请的白内障患者。

在筛查过程中发现符合《“大爱北疆 助康圆梦”气候性滴状角膜变性救助项目实施方案》（内残联发〔2023〕26号）救助条件的滴状角膜变性患者，可根据患者实际需求，经评估后纳入项目任务数中统筹实施救助，所需资金由自治区残疾人福利基金会承担。

其中，边境旗市区的白内障患者和滴状角膜变性患者优先救助。

## 二、救助标准和支付方式

### 1. 救助标准：

每筛查一人对医疗机构补贴3元，白内障手术费用由医保报销后每例补贴医疗机构1700元，滴状角膜变性手术费用由医保报销后每例补贴医疗机构4200元，实际结算金额超出项目绩效评估后总预算金额部分由医疗执行机构承担。

### 2. 救助数量：

2026年12月1日前免费白内障手术总量不少于1500例。

### 3. 支付方式

甲方依据补贴标准按照乙方实际实施白内障复明（滴状角膜变性）筛查、手术例数支付乙方补贴费用。甲方在项目合同签订后，乙方为甲方开具等额医疗服务手术费发票，甲方在收到发票后 15 个工作日内向乙方支付项目补贴预付款 30% 即 76.185 万元，剩余 70% 项目资金分别在项目实施过半和项目全部完成后，乙方向甲方提供白内障复明筛查、手术人员名单和对应个人手术病例首页汇总材料并开具等额医疗服务手术费发票后 15 个工作日内，分别向乙方据实支付合同资金的 30% 和 40% 项目补贴费用。总费用最高不超过 253.95 万元，超出总预算金额部分由乙方承担。

### 4. 发票信息：

单位名称：内蒙古自治区残疾人联合会

社会统一信用代码：13150000011515149P

地址：呼和浩特市赛罕区金桥开发区石化路

电话：0471-6512003

### 5. 乙方收款信息：

户名：朝聚（内蒙古）眼科医院有限公司

开户行：中国银行呼和浩特市中山支行营业部

行号：104191013078

账号：154054698987

以上账户信息如因特殊原因有变动，乙方应于变更后三日内以书面形式通知甲方，否则，甲方向该账户付款，视为已经

履行付款义务。如乙方账户被注销，则甲方有权拒绝付款，直至乙方向甲方提供了新的合法有效的收款账户。

6. 乙方开具正式发票并提供给甲方后，如因合法依据需作废该发票，必须提前书面告知甲方。如乙方在未书面告知甲方的情况下擅自将该发票作废，需按照发票金额的 30%对甲方进行赔偿，同时甲方有权将乙方的违法行为向相关税务机关举报。

### 三、协议期限

本协议约定项目实施时间为 2026 年 5 月 21 日起至 2026 年 12 月 1 日止。

### 四、甲方的权力义务

1. 负责协调盟市、旗县（市、区）残联对乙方开展白内障复明手术救助项目的筛查、手术给予协助。

2. 加强资金管理，对乙方实施的防盲任务实效及时指导，并认真做好此项目有效做法、救助成果等典型宣传报道工作。

### 五、乙方的权利与义务

1. 依据《2026 年度“大爱无疆 助康圆梦”白内障救助项目实施方案》精神及本协议开展白内障复明手术救助项目。

2. 协议期内，应当具备提供项目所必需的设施设备、人员和专业技术能力，随时接受甲方检查，自觉接受社会监督。

3. 于项目结束后 30 日内向甲方提供 2026 年度“大爱无疆 助康圆梦”白内障复明手术救助项目书面工作总结。

### 六、违约责任

1. 甲方未按照本协议履行义务，并且无特殊理由未履行本

协议条款内容的，乙方有权单方面解除本协议且有权要求甲方支付已完成筛查和手术例数相对应的补贴费用，同时要求甲方按照合同总价 20% 支付违约金。

2. 如乙方未按《2026 年度“大爱无疆 助康圆梦”白内障救助项目实施方案》文件精神和本协议要求履行，甲方有权单方面解除本协议且不支付项目补贴费用，对已支付费用有权要求乙方退回并按照法律规定支付资金占用期间的利息，同时乙方应按照合同总价 20% 向甲方支付违约金。

3、若乙方在约定期限内未完成约定数量的手术，甲方仅按照实际完成数量给予支付费用。

## 七、反腐败条款

(一) 乙方保证严格遵守反贿赂、反腐败相关法律规定，并承诺如下：

1. 乙方及其工作人员在与甲方合作过程中，不会违反法律、法规或者政策规定，向甲方领导、业务主管人员或其他相关工作人员提供任何形式的如下直接或间接贿赂：

- a) 馈赠现金、购物卡、消费卡、实物、有价证券等礼品、礼金，支付应由其个人支付的各种费用；
- b) 提供劳务（如：装修住宅等）；
- c) 提供通信工具、交通工具和高档办公用品等物品；
- d) 提供度假、出国（出境）旅游，以及到营业性娱乐场所活动；
- e) 进行其他可能影响公平、公正业务合作的任何活动。



2. 支持甲方的廉政建设工作,若甲方领导、业务主管人员或其他相关工作人员在日常业务过程中有索贿行为,乙方应当拒绝,并向甲方举报。

3. 积极协助配合甲方对上述第 1、2 项情形的调查,包括但不限于向甲方提供其与甲方交易有关的财务资料,安排相关人员配合甲方的调查等;

(二) 若乙方违反上述任一承诺事项,则甲方有权视情形采取如下一项或多项措施:

1. 乙方向甲方支付违约金 1 万元,如存在甲方应付未付款项的,甲方可直接在应付未付款项中予以扣除;

2. 中止支付后续未付款项;

3. 视具体情形决定单方解除本合同;

4. 终止与乙方的其他所有合作合同;

5. 将乙方从甲方合作名录中移除;

6. 要求乙方就其对甲方造成的损失承担赔偿责任。

## **八、不可抗力条款**

不可抗力事件包括战争、疫情、严重自然灾害、政府行为等不可抗拒的事件。因不可抗力导致甲乙双方或一方不能履行或不能完全履行本协议项下有关义务时,双方相互不承担违约责任。

## **九、争议解决条款**

本协议未尽事宜,双方协商签订补充协议。本协议项下产生的或与本协议有关的任何争议,首先应由甲乙双方协商解决。

如果协商解决不成，双方应将争议提交本协议甲方所在地有管辖权的人民法院诉讼。

#### 十、组成本合同的文件如下

- 1、本合同正文及全部附件；
- 2、中标通知书；
- 3、采购文件及补充通知、答疑、澄清；
- 4、相应文件及投标文件的澄清、投标承诺书；
- 5、甲、乙双方约定的组成本合同的其他文件。

上述本合同组成文件中未明确的、有冲突的，以甲、乙双方在履行本合同过程中形成的、经双方书面确认的会议纪要、备忘录、变更和洽商等书面形式的文件为准。

上述合同组成文件在本合同签署时如未完成或产生的，则自其完成或产生时即自动成为本合同的组成部分。

#### 十一、生效条款

本协议一式肆份，甲方执叁份，乙方执壹份，具有同等法律效力。由双方法定代表人或授权代表签署并加盖公章之后生效，至双方履行完毕本协议约定的义务为止。

(以下为签章部分，无正文)

甲方：(盖章)

法定代表人(签字)：

2026年5月20日

乙方：(盖章)

法定代表人(签字)：

2026年5月20日