

目录

第一章 政策指南

- 第一部分 北京市基本医疗保险规定
 - 一、北京市医疗保障体系的构成
 - 二、关于单位和个人缴费
 - 三、关于基本医疗保险个人账户
 - 四、关于定点医院和《北京市医疗保险社会保障卡》
 - 五、关于统筹基金
 - 六、关于大额医疗费用互助资金
 - 七、关于生育保险
- 第二部分 FESCO 补充医疗保障

第二章 医保加入指南

- 第一部分 如何加入北京市基本医疗保险
- 第二部分 如何进行信息采集

第三章 就诊指南

- 第一部分 就诊范围
- 第二部分 门诊就医及开药
- 第三部分 急诊及急诊就医
- 第四部分 住院

第四章 报销指南

- 第一部分 报销概述
- 第二部分 门急诊医疗报销
- 第三部分 住院医疗报销
- 第四部分 子女医疗费报销
- 第五部分 自费及免除责任
- 第六章 FESCO 人身意外伤害保障



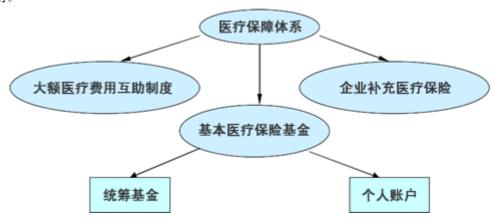
第一章 政策指南

第一部分 北京市基本医疗保险规定

北京市人民政府于 2001 年 2 月 20 日发布了《北京市基本医疗保险规定》(第 68 号令),并于 2005 年 5 月 对其进行了部分修改:即《北京市基本医疗保险规定》(第 158 号令)。为便于员工了解有关政策,特编发有关内容供您参考。

一、北京市医疗保障体系的构成:

- 1. 基本医疗保险基金: 是医疗保障体系的基础,实行个人账户与统筹基金相结合,能够保障广大参保人的基本医疗需求。主要用于支付一般的住院费用。
- 2. 大额医疗费用互助资金: 是员工必须参加的,属于基本医疗保险的补充形式。主要用于支付门、 急诊 大额医疗费用和统筹基金最高支付限额以上部分的医疗费用。
- 3. 企业补充医疗保险: 是基本医疗保险的补充形式。用以支付基本医疗及大额医疗费用互助不能解决的费用。



二、关于单位和个人缴费:

- 1. 医疗保险缴费基数怎样计算? 在职员工按本人上一年月平均工资为基数;
- . 如职工上年月平均工资低于本市职工月平均工资 60%的,应以社平的 60%做为其缴费基数;
- . 如职工上年月平均工资高于本市职工月平均工资 300%的,应以社平的 300%做为其缴费基数。
- 2. 医疗保险缴费比例是多少?

项目	单位	个人		
基本医疗保险基金	9%	2%		
大额医疗互助资金	1%	3元/月		
合计	10%	2%+3元/月		
备注	退休人员只缴纳个人部分的3元/月			

. 参加基本医疗保险的企业和事业单位可以建立补充医疗保险。企业补充医疗保险费在本企业职工工资总额 4 %以内的部分,列入成本。

三、关于基本医疗保险个人账户:

1. 什么是个人账户? 金额如何体现?



个人缴费及企业缴费中按一定比例划入的部分,构成个人账户。员工参加基本医疗保险后,社会保险基金管理中心为每一位员工在北京市商业银行建立一个专为基本医疗保险服务的活期存款专用账户,该账户资金用于员工支付医疗费用,并由社会保险基金管理中心按月拨付(如发生企业欠费,欠费期间将不拨付),使用方法同一般存折,但只能用于取钱。

2. 个人账户资金每月按什么标准计入?

个人账户资金 = 缴费基数 . 合计比例 (详见下表)

	员工年龄	单位缴纳 部分划转	个人缴纳 部分	合计	基数	
在	不満 35 周岁	0.8%	2%	2.8%	本人缴费基数	
职职	35 周岁至 45 岁	1%	2%	3%		
I	45 周岁以上	2%	2%	4%		

3. 个人账户能够支付哪些费用?

可以支付门、急诊医疗费用;到定点药店购药的费用;基本医疗保险统筹基金起付标准金(含)以下的医疗费用,起付标准金以上最高支付限额以下按比例应由个人负担的医疗费用;个人账户超支部分由本人自理。

4. 对个人账户的资金是如何计息的?

个人账户的存储额按照当时银行活期存款利率计息,但不需要缴纳利息税。

四、关于定点医院和《北京市医疗保险社会保障卡》:

1. 定点医院可以选择几家?如何选择?

员工根据就近就医,方便管理的原则,在单位和居住区域内可选择四家个人就医的定点医疗机构。其中必须 有一家基层医疗机构(如社区卫生服务中心,级别一般为一级的医疗机构)。

2. 定点医院是如何划分等级的?

根据卫生行政部门医疗机构等级评审的规定,医疗机构共分为三级:三级医院指市级医院,二级医院指区县级医院,一级医院指社区卫生服务中心(地段医院)和乡镇卫生院。

- 3. 定点中医医院和定点专科医院的选择是如何规定的?
- . 医保规定的 A 类定点医院,为本市参统人员的共同定点医疗机构,无须选择,参统人员可直接到上述 医疗机构就医。
- .本市定点专科医院和定点中医医院,为本市参统人员的共同定点医疗机构,无须选择,参统人员可直接到上述医疗机构就医。定点专科医院只能看专科病;定点中医医院不受科别和中西药限制,就医报销办法同其它定点医疗机构规定。
- . 参统人员也可将专科医院、A 类医院选为本人的 4 家定点医疗机构之一,就医报销办法同其它定点医疗机构规定。
- 4. 长期派驻外地工作的参保人员如何选择定点医院?
- . 长期派驻外地工作的参保人员,可选择当地 2 家县级(含)以上基本医疗保险定点医疗机构为个人就 医的定点医院,在本市只能选择 1 家定点医院(共3家)。
 - . 凡选定的异地医院须每年审批一次
- 5. 定点医疗机构如何变更?

员工选择的定点医疗机构在参统一年内不能变更,到期后如要求变更的,可提出申请,由单位统一办 TT

6. 什么是《北京市医疗保险社会保障卡》?



作为替代之前《北京市医疗保险手册》也称做"医疗蓝本",用于验明本人身份,记录本人医疗保险相关 个人信息,就医时进行实时结算,并做本人转移关系时的专用磁卡,不得丢失或借他人使用。

自 2009 年 4 月 30 日起,北京市陆续下发社会保障卡(以下简称社保卡),并逐步实行参保人员持卡就 医,实时结算。已发社保卡的参保人员到定点医疗机构看病时,必须主动出示社保卡,凡未持卡实时结算则当次 发生的医疗费用视为自费,不予报销。

社保卡未发放之前,需持《新发与补(换)社会保障卡领卡证明》去定点医疗机构就医。

五、关于统筹基金:

1. 统筹基金可支付哪些费用?

主要支付住院治疗的费用。另外还可支付急诊抢救留观并收入住院治疗的费用(即住院前留观7日内的医疗费用)、血液透析、恶性肿瘤放化疗和肾移植后服抗排异药的门诊医疗费用。

2. 统筹基金的起付标准是如何规定的? 最高支付限额为多少?

员工住院需要个人自付起付标准金,然后进入统筹基金的报销范围。起付标准金按上一年本市职工年平均工资的 10%左右确定,2010 年 5 月 1 日起调整为统筹基金封顶 10 万元。(如有调整,以政府最新公布的标准为依据)

3. 统筹基金的支付比例是如何规定的?

比例	三级医院		二级医院		一级医院	
支付贷	统筹 支付	个人 支付	统筹 支付	个人 支付	统筹 支付	个人 支付
起付线—3万元	85%	15%	87%	13%	90%	10%
3万元—4万元	90%	10%	92%	8%	95%	5%
4万元以上	95%	5%	97%	3%	97%	3%

六、关于大额医疗费用互助资金:

员工在一个年度内门、急诊医疗费用累计超过 1800 元的部分,大额医疗费互助资金支付 70%,个人负担 30%(社区医院大额医疗互助资金支付 90%,个人负担 10%),累计支付数额为 2 万元/年;员工在一个年度内超过基本医疗保险统筹基金最高支付限额 10 万元以上部分的大额医疗费用,由大额医疗互助资金支付85%,最高支付 20 万元/年。

大额医疗互助资金与统筹基金累计支付数额为 32 万元/年。

七、关于生育保险

1. 产前检查医疗费按照限额方式支付。其中: 1)

妊娠 1 至 12 周末前的产前检查费: 520 元; 2)

妊娠 1 至 27 周末前的产前检查费: 850 元; 3)

妊娠至分娩前的产前检查费: 1400 元

- 2. 住院自然分娩、人工干预分娩、剖宫产的医疗费用,按照定额标准支付。其中:
- 1) 自然分娩的医疗费: 三级医院 3000 元、二级医院 2900 元、一级医院 2700 元;
- 2) 人工干预分娩的医疗费: 三级医院 3300 元、二级医院 3200 元、一级医院 3000 元;
- 3) 剖宫产不伴其他手术的医疗费: 三级医院 3800 元、二级医院 3700 元、一级医院 3500 元;



- 4) 剖宫产伴其他手术的医疗费: 三级医院 4400 元、二级医院 4200 元、一级医院 3800 元;
- 5) 以上分娩方式每增加一胎,费用在该分娩支付标准基础上加收 10%
- 3. 门诊计划生育手术费用,按照限额方式支付。其中:
- 1) 门诊人工流产手术: 三级医院 270 元、二级医院 260 元、一级医院 250 元;
- 2) 门诊药物流产: 三级医院 360 元、二级医院 350 元、一级医院 340 元;
- 3) 门诊输卵管药物粘堵术: 三级医院 1420 元、二级医院 1410 元、一级医院 1400 元;
- 4) 门诊输精管药物粘堵术: 三级医院 1390 元、二级医院 1390 元、一级医院 1380 元;
- 5) 门诊宫内节育器放置术: 三级医院 510 元、二级医院 500 元、一级医院 500 元;
- 6) 门诊宫内节育器取出术:三级医院 360 元、二级医院 360 元、一级医院 350 元。
- 4. 住院计划生育手术费用按照定额标准支付。
- 1) 住院人工流产手术: 三级医院 970 元、二级医院 950 元、一级医院 920 元;
- 2) 符合计划生育规定因母婴原因需中止妊娠的中期引产术:三级医院 2800 元、二级医院 2700 元、一级医院 2500 元;
 - 3) 住院输卵管结扎术: 三级医院 1700 元、二级医院 1600 元、一级医院 1500 元;

第二部分 FESCO 补充医疗保障

一、 建立 FESCO 补充医疗保障的原因

补充社会基本医疗保险,保证员工享受医疗水平的连续性和稳定性,为公司及员工提供方便快捷的一 站式报销服务。

- 二、 FESCO 补充医疗保障的内容
 - 1. 与基本医保相结合,在基本医保报销范围内,员工本人因门、急诊所发生的医疗费用 80% 予以报销, 因住院所发生的医疗费用 100%予以报销,下无起付额; (门急诊封顶1万元/年; 住院封顶5万元/ 年)
 - 2. 员工 18 周岁以下的符合国家计划生育政策的第一胎子女(如双胞胎、多胞胎情况,报销一名子女、一个保障年度内不得更换)门急诊、住院报销 50%,下无起付额,上无封顶;
 - 3. 如在保险期间内发生的符合保障责任范围内的医疗费用,已经从社会医疗保险保障计划或其他商业医疗保险保障计划或其他途径获得补偿或赔偿,FESCO 仅对剩余部分承担报销责任。

注:个性化产品参照相应产品形态。

- 三、 员工享受 FESCO 补充医疗保障的基本条件
- 1. 员工所在的公司为其在 FESCO 进行了注册登记并参加了北京市基本医疗保险,同时以团体的形式 在 FESCO 参加 FESCO 补充医疗保障;
 - 2. 员工本人合格地通过了在指定医院的入职体检并基本完成了其相应的人事手续的办理;
 - 3. 员工所在公司能根据合同规定的期限将每月的服务费按时地交到 FESCO 财务部门;
- 4. 员工在申请报销理赔时,必须符合《北京市基本医疗保险规定》有关规定以及本手册中所涉及的各项报销规定;全国参保的员工还需符合参保地基本医疗保险有关规定;
 - 5. 员工及其所在公司与FESCO 所签订的合同在有效期内。
- 如员工离职或所在企业(或代表机构)与 **FESCO** 的合同终止(或解除),在此之前发生的医疗费用, 须在离职前报销完毕,超过时限不再予以报销。



第二章 医保加入指南

第一部分 如何加入北京市基本医疗保险

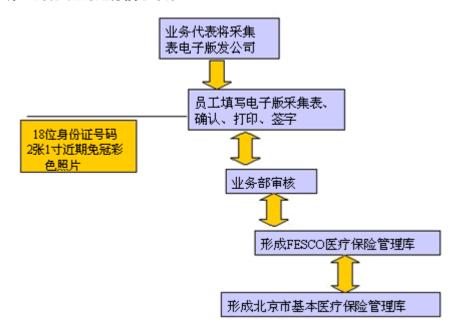
公司加入医保并购买FESCO 员工医疗保障

参加医疗保险个人信息采集

向社保申报员工基本医疗保险,并开始 正常缴费

发放"员工社会保障卡"(需要 6 个月) 个人帐户存折一北京银行存折(需要 2 个月)

第二部分 如何进行信息采集



附:信息采集样表 点击>>



附:信息采集提示

准备工作:

- 1、两张 1 寸免冠彩色近照;
- 2、身份证号码升位,持户口本至所在派出所变更即可;

医院选择:

- 1、不必选择A类医院、专科医院及中医医院:定点专科医院只能看专科:
- 2、定点中医院不受科别和中西药的限制,就医报销办法同其它定点医疗机构规定。
- 3、参统人员也可将专科医院选为本人的 4家定点医疗机构之一,报销办法同其它定点医疗机构规定。
- 4、 选择医院时请考虑:
- 选择离家近的综合性医院
- 选择离单位近的综合性医院
- 选择医疗条件和设施水平好的综合医院
- 选择一家离家近的社区医院(第四项必选)

长期派驻外地的参保人员,可选择当地 2 家县级(含)以上基本医保定点医院和本市 1 家基本医保定点医院(共 3 家),并每年进行一次审批; 在

电脑中保留自己填写的采集表电子版;

参保每满一年,可以到FESCO 业务部办理重新选择就诊医院的手续。

附: 北京市 A 类医院名单:

协和医院、同仁医院、友谊医院、宣武医院、北京大学人民医院、北京大学第三医院、北京大学第一医院、中国中医研究院广安门医院、北京积水潭医院、首都医科大学附属北京朝阳医院、北京市健宫医院、北京市房山区良乡医院、中日友好医院、首都医科大学附属北京中医医院、北京大学首钢医院、北京市大兴区人民医院、首都医科大学附属北京天坛医院、北京市石景山医院、北京世纪坛医院。

注: 此 19 家 A 类医院名单公布日期截止至 2009 年 7 月,如下列医院名单有变动,以北京市医疗保险事务管理中心最新政策为准。

第三章 就诊指南

第一部分 就诊范围

一、门诊及住院就诊范围:

北京:参加本市基本医疗保险时选择的 4 家定点医院(即您在参加基本医疗保险时选定的定点医疗机构,若需查询自己的选定医院,需通过自己社保所在区县的社保中心查询);基本医疗保险指定的 A 类医院、专科医院和中医医院:

全国:参加基本医疗保险时选定的定点医疗机构。

二、急诊:

患急症不能到本人选定的定点医疗机构就医时,可在就近的社保定点医疗机构急诊科就医或治疗;

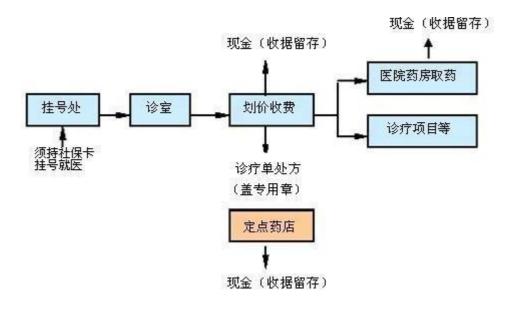
三、异地急诊:

因公外出或探亲期间,在本市行政区域外突发急症不能回家治疗的,可在当地一家县级(含)以上基本医疗保险定点医疗机构就医(为了保障您的就医质量,建议最好选择当地的市级医院),并附就诊医院急诊证明和所在公司开具的出差或探亲证明信。



注:若上述指定医院有不正当收费行为或违反政府医疗主管机关有关规定者,FESCO 有权对所发生的医疗费用拒绝报销。

第二部分 门诊就医及开药



注:门诊开药量的规定

急诊开药量为 3 天,门诊开药量为 7 天,慢性病为 14 天。

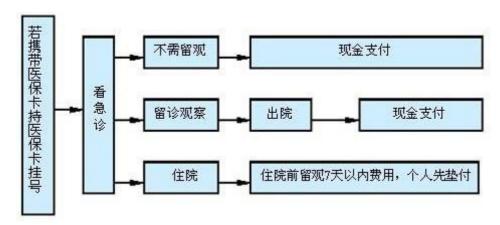
员工患高血压、糖尿病、冠心病、慢性肝炎、肝硬化、结核病、精神病、癌症、脑血管病、前列腺肥大疾病, 以上 十种慢性病,病情稳定需长期服用同一类药物的,可放宽到不超过一个月量。

第三部分 急诊及急诊就医:

一、关于急诊的定义

是指发生下述情形的首次就医: 高热; 急性腹痛、剧烈呕吐、严重腹泻; 急性过敏性疾病; 各种原因的休克、昏迷; 癫痫发作; 严重喘息、呼吸困难; 急性胸痛、急性心力衰竭、严重心律失常; 高血压危象、高血压闹病、脑血管意外; 各种原因所致急性出血; 急性泌尿道出血、尿闭、肾绞痛; 各种急性中毒(如食物或者药物中毒); 脑外伤、骨折、脱位、撕裂、烧伤、烫伤、或者其他严重外伤; 各种有毒动物、昆虫咬伤; 五官及呼吸道、食物异物; 急性眼痛、红、肿、突然视力障碍者以及眼外伤; 两个月内婴儿疾患; 其他危、急、重病。附:急诊就医流程





二、 急诊就诊和报销提示

急诊需在社保定点医疗机构急诊科就诊,报销时需要提交就诊医院开具的急诊诊断证明及急诊病历,请在就诊时向所在医疗机构的急诊科索取。

三、 住院治疗的主要规定

1. 住院时须交纳住院预交金或押金:

参加基本医疗保险的员工在办理住院手续时,应向院方出具社会保障卡,同时缴纳预交金。 当员工无法提供社会保障卡时,医院会要求全额缴纳住院押金。

. 特别提醒:

北京基本医疗保险的参保员工因特殊原因无法持社会保障卡住院时,应向院方说明理由,明确已经加入基本医疗保险,申请 FESCO 补充医疗保障福利报销时,需出具医院提供的全额结算证明及社保卡原件。全国基本医疗保险的参保员工因特殊原因无法持社会保障卡住院时,应向院方说明理由,明确已经加入基本医疗保险,出院后需携带住院相关材料到参保地社保机构进行结算,方可进行 FESCO 补充医疗保障福利报销。

2. 住院时需要中途转院:

在住院治疗时,由于病情等多方面的原因需要中途转院治疗时,必须经由本人的定点医院填写医疗保险转 诊转院单。报该医疗机构的医疗保险管理部门审核批准。如果不幸染上传染病,转诊转院要按《传染病防治法规 定》执行。

第四章 报销指南 第一部分 报销概述

一、报销条件

- 1. 员工所在的公司为其在 FESCO 进行了注册登记并参加了基本医疗保险,同时以团体的形式在 FESCO 参加了 FESCO 补充医疗保障:
 - 2. 员工本人合格地通过了在指定医院的入职体检并基本完成了其相应的人事手续的办理;
 - 3. 员工所在公司能根据合同规定的期限将每月的服务费按时地交到 FESCO 财务部门;
 - 4. 员工在申请报销理赔时,必须符合参保地基本医疗保险规定以及本手册中所涉及的各项报销规定;
 - 5. 员工及其所在公司与FESCO 所签订的合同在有效期内;
- 如员工离职或所在企业(或代表机构)与 FESCO 的合同终止(或解除),在此之前发生的医疗费用, 须在离职前报销完毕,超过时限不再予以报销。



二、报销方式

- 1. 提供"一站式"服务:员工可直接到所在的业务部,按报销规定填写《FESCO 员工医疗保障索赔申请单》(以下简称《医疗保障索赔申请单》)并递交所需报销材料;
- 2. 工作地点长期在外地的员工可按上述要求将相关文件通过快递或挂号信形式,邮寄至所在业务部负责报销的工作人员处:
- 3. 通过在线报销平台(APP端)提交报销申请,按照APP端提示进行在线报销。

三、 报销凭证

- 1. 完整填写《医疗保障索赔申请单》:
- 2. 附相应的医疗费用专用收据原件及费用明细清单;
- 3. 就诊医院开具的基本医疗保险专用的处方底方(处方的病因及诊断栏有详细说明)和门诊病历复印件; 各种检查、化验报告和疾病诊断证明书等与赔付有关的资料;
- 4. 急诊费用报销须要出具医院开具的急诊证明及急诊病历。

四、报销支付期限

- 1.符合报销规定的费用将通过银行转帐, 自收单 10 个工作日内进入员工账户中; 2. 工作地点长期在外地的员工, 在 FESCO 接到邮寄单据后的 10 个工作日内将报销金额打到其账户中;
- 3. 报销高峰期报销时限为 15 个工作日。
- 注:依据北京社保相关规定,北京基本医疗保险参保员工,未经社保结算的门急诊及住院费用,社保应支付部分自 2016 年 5 月起将由社保直接转账至个人账户,报销时效以社保为准。

五、 申请报销期限

员工在一个公历年度内所花费的医疗费用,根据自身的时间安排,均可在次年 1 月 10 日前(具体时间以当年报销截止日通知为准)随时到所属 FESCO 业务部门办理报销(建议:为避免积压票据过多,避开报销高峰期,可随时到业务部办理报销)。

注: 离职员工需在离职前将在职期间发生的医疗费用报销完毕。

六、 报销情况查询

员工可以通过 FESCO 员工服务网站查询个人报销情况,具体开通及查询方式请咨询外企客服热线 4008000800。

第二部分 门急诊医疗报销

一、日常疾病医疗报销标准

在上述适用范围内的情况下,员工因疾病或意外伤害所发生的门急诊医疗费用,在参保地基本医疗保险规定的范围内由个人支付的部分,可按您所在公司通过 FESCO 团体购买的补充医疗保障的报销比例随时进行理赔。

- 二、 所需凭证
 - 1. 门诊:
 - 1) 门诊收费专用收据原件:
 - a. 机打收据、手写无效
 - b. 盖有医院收费处公章
 - c. 若已发社保卡: 应持卡就医,有"实时结算"字样(适用于北京参保员工)



- d. 若未发社保卡: 应有"上传"字样、手册号和收据号(适用于北京参保员工)
- 2) 医疗保险专用处方原件:实名制报销,基本信息不允许涂改,包括:姓名、性别、年龄、病情诊断
- 3) 化验、检查等结果报告单
- 4) 费用明细清单原件: 机打有效, 手写明细单需加盖医院收费处公章;
- 5) 病历
- 6) 慢性病诊断证明书等
- 注: 1. 收据、处方、明细、结果报告单、病历等单据要按日期一一对应;
 - 2. 外伤(中毒)需提供相关情况说明,写清事件发生时间、地点、详细经过,公司盖章。
- 2. 急诊:
- 1) 所需单据同门诊
- 2) 在急诊科就诊,有急诊章
- 3) 急诊诊断证明及急诊病历原件。

注: 北京参保员工急诊未实时结算单据,需提供社保卡原件。(若未发社保卡,需提供《新发与补换社会保障卡领卡证明》)。

三、报销注意事项

- 1. 员工须持社保卡就医才能获取医保处方及收据等单据,否则北京市基本医疗保险和 FESCO 补充医疗保障都不能予以报销;
- 2. 处方配药: 就诊医院处方只能在该医院药房或到本市医疗保险定点药房配取,无外配处方(即没有医院加盖外购章或门诊办公室章的专用处方的处方)或自行购药,一律不予报销;
- 注:全国员工外购药需经当地社保结算,社保支付剩余合理金额可申请补充医疗保障报销。
 - 3. 药量限制: 急性病开具 3 日药量,门诊 7日药量,慢性病开具 14 日药量。

注:员工患高血压、糖尿病、冠心病、慢性肝炎、肝硬化、结核病、精神病、癌症、脑血管病、前列腺肥大疾病,以上十种慢性病,病情稳定需长期服用同一类药物的,可放宽到不超过一个月量。(报销时需提供疾病诊断证明及疾病有关的检查报告单、化验单等有关材料)

超过规定的药量FESCO 可拒绝报销超出部分费用:

- 4. 报销医疗费用所提供的收据、医保处方、明细单、化验单、诊断证明、病历等单据的基本信息(姓名、年龄、性别、单位),均不允许涂改,但凡有涂改现象,单据一律不予报销,不予退回。
 - 5. 若在异地就诊:
 - a. 异地安置员工,只能报销在选定医院发生的医疗费用;
 - b.非异地安置员工,只能报销出差或探亲期间所发生的急诊费用。

新需单据与门急诊报销所需单据相同。(北京员工需提供社保卡原件) . 重要单据请您在报销之前复印留存。

第三部分 住院医疗报销

一、报销标准

由于《FESCO 员工医疗综合保障》的给付条件是以参加基本医疗保险为前提的,因此按照相关社会保险的规定,应由统筹基金和大额医疗费用互助资金承担的费用,在员工出院结算时由医院扣除基本医疗保险承担的部分(由医院提供明细并直接向医保中心结算);应由个人账户中支付的部分现由 FESCO 按照公司选定的补充医疗保障标准予以报销;

二、所需凭证

住院医疗费用专用收据原件、社会医疗保险机构出具的费用结算单原件、住院医疗收费项目汇总明细 清单原件、出院诊断证明原件、病历等。

三、出院带药

允许与入院诊断有关且不超过7日用量的带药,超出该范围的FESCO有权拒绝赔付。



四、异地住院

- a. 异地安置员工, 只能报销在选定医院发生的医疗费用;
- b.非异地安置员工,只能报销出差或探亲期间所发生的急诊住院费用。
- 北京参保员工需提供社保卡原件。

全国参保员工需携带住院相关材料到参保地社保机构进行结算,方可进行 FESCO 补充医疗保障福利报 (重要单据请您在报销之前复印留存)

第四部分 子女医疗费报销

一、就诊范围

员工子女采用"一年一地"的就医原则,即一年内只能在员工户口所在地或者子女户口所在地一地就 医,就诊需在区县级(二级)以上(含)的医保定点公立医院,如确因员工调动等原因须变更的,员工须提 出书面申请,每年变更一次。

二、报销范围

符合国家计划生育政策的 18 周岁以下的第一胎子女(如双胞胎、多胞胎情况,报销一名子女,一个保障年度内不得更换)因疾病或意外伤害进行门急诊及住院治疗所支出的药费、化验费、检查费、手术费、输血费。 (可报销参保地基本医疗保险规定以及本手册中所涉及自费及免除责任外项目)

三、报销标准

- 1、未经医保结算单据, 五项费用按 50%的比例予以报销。
- 2、参加北京"一老一小"社会保险的员工子女,持社保卡结算,按"自付一"费用 50%的比例予以报销。
 - 3、全国补医保员工子女,持社保卡结算,医保支付剩余合理金额按 50%的比例予以报销。
- 4、如在保险期间内发生的符合保障责任范围内的医疗费用,已经从社会医疗保险保障计划或其他商业医疗保险保障计划或其他途径获得补偿或赔偿,FESCO 仅对剩余部分承担报销责任。
 - 5、重要单据请您在报销之前复印留存。

注: 其他个性化产品参照相应产品形态。

四、所需凭证

《医疗保障索赔申请单》;医疗费专用收据原件;就诊医院开具的处方;各类医疗化验、检查报告单;费用明细单;疾病诊断证明书;病历复印件等。

五、凡参加北京"一老一小"社会保险的员工子女可先进行社保部分的报销。

如果持分割单报销,则需要以上单据清晰的复印件。

第五部分 自费及免除责任

个人负担的药品种类:

- . 主要起营养滋补作用的药品。
- . 钙剂、维生素类制剂、鱼肝油类制剂。
- . 部分可以入药的动物及动物脏器,干(水)果类。
- . 采用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂。
- . 各类药品中的果味制剂,口服泡腾剂。
- . 血液制品、蛋白类制品(特殊适应症与急救、抢救除外)。
- . 不予支付的中药饮片:各种人参、鹿茸、猴枣、狗宝、海马、海龙、玛瑙、蛤蟆油、冬虫夏草、蜂蜜、各种动物脏器和胎、鞭、尾、筋、骨、睛,各种可药用的食品、副食品,如银耳、燕窝、酒、茶叶、糖、水果等。
 - . 中药配方颗粒。



- . 非适应症用药(适应症范围以当地医保药品目录为准)。
- . 各医院制剂经过市劳动保障局评审进入医院制剂目录的,规定应由个人部分负担的费用,应由参保人按比例自付。

因下列情形之一造成员工支出的医疗费用,将不属于医疗报销的范围:

- . 异型包装的药品、执行议价价格的药品。
- . 挂号费和不符合社保医疗相关规定的诊疗费。
- . 护理费、陪住费、出诊费、伙食费、特别营养费、催乳回乳费、保温箱费、卫生费、文娱费、赔偿费、记帐单费、病历费、医疗手册费、担架费、押瓶费、中医煎药费(包括药引子费)、取暖费、空调费、电炉费、电话费、电视费、电冰箱费等。
 - . 各种检查治疗加急费, 点名手术费、加台费、优质优价费(含特护病房费)、特护护工费等。
 - . 急救车费、会诊费、交通费等。
- . 各种健康咨询费、体检费、筛查费、预防接种、疫苗、动物致伤、优生优育、不孕不育、孕期筛查(如DNA 检测、染色体检查、脐血流检查、排畸筛查、血药浓度、维生素测定、分子生物病理学诊断等)相关的费用。
 - . 未持卡产后、计生后开药费用、产后 42 天非常规检查项目(如: 骨密度检查等)、住院期间门诊费用。
- . 各种非治疗性行为的费用如: 气泡浴、血型鉴定、骨质疏松治疗仪、打鼾手术费、植发、脱毛、各种鉴定费、验伤费、尸体冷藏费等。
- . 微量元素检查、血铅、骨密度测定、计算机多项测量诊断系统检查、无痛相关费用等。各种整容、矫形、生理缺陷、先天性疾病、遗传性疾病、原发性疾病(以上三种疾病的界定与认定以医学资料、相关案例及详细诊断证明为准)、佝偻病、健美的相关费用如:治疗雀斑、痤疮(粉刺)、黑斑、痦痣、割治单眼皮、面膜、O型、X型腿矫形、腋臭、屈光不正(近视、斜视、远视、弱视、散光等)、验光配镜、装配假眼、假牙、假肢或者助听器及各种矫形器具等。
 - . 各种磁疗用品费,如:磁疗裤、磁疗背心、磁疗鞋、降压表等。
 - . 各种保健、按摩的检查治疗器械如: 止痛表、氧气发生器等。
 - . 疗养、康复、休养期间发生的非医疗费用。
 - . 各种生活性材料费用。
 - . 减肥、戒烟、食疗的费用。
- . CT、核磁共振、心血管造影 X 线机、单光子发射电子计算机扫描装置、超声诊断设备(含彩色多普勒仪)、医用直线加速器等由基本医保规定的个人负担的部分;500元以上的贵重材料费个人负担部分的30%
 - . 在康复医院、联合诊所、民办医院、私人诊所、家庭病床、挂床等治疗;
 - . 不予支付的牙科疾病如: 镶牙及冠修复、洗牙、美白、正畸、种植牙及相关费用。
 - . 己有残疾的康复。
 - . 在非社保指定医院治疗;
 - . 在中国境外、台湾、香港、澳门地区发生的医疗费用;
 - . 非被保险员工本人的治疗费用。
 - . 员工故意犯罪或拒捕、自杀或故意自伤;;
 - . 员工殴斗、醉酒,服用、吸食或注射毒品:;
 - . 员工酒后驾驶、无照驾驶及驾驶无有效行驶证的机动交通工具;
 - . 交通事故、工伤事故、第三方责任事故造成的医疗费用;
 - . 员工因整容手术或其他内、外科手术导致医疗事故;
 - . 员工未遵医嘱,私自服用、涂用、注射药物;
- . 员工从事潜水、跳伞、滑雪、滑冰、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、骑马赛马、赛车等 高风险运动;
 - . 战争、军事行动、暴乱或武装叛乱;



- . 核爆炸、核辐射或核污染:
- . 本市基本医疗保险及国家规定的自费项目和药品等所有不符合社保医疗有关规定的费用支出。

第六章人 身意外伤害保障

"FESCO 人身意外保障"定义

"FESCO 人身意外保障"是指 FESCO 员工在受到意外伤害或死亡的情况下可以获得相应补偿的保障。

自中国员工所在企业为其在北京外企人力资源服务有限公司(以下简称 FESCO)支付此福利费用日期起,到员工调离 FESCO 或企业不再向 FESCO 支付此福利费用之日止,在此期间为员工享受人身意外保障的有效期。

年龄 18 至 60 周岁之间员工可以选择此福利

具体内容如下:

· 全球人身意外伤害及死亡保障 最高补偿额度人民币: 10 万元

· 中国大陆疾病死亡保障 最高补偿额度人民币: 5 万元

1. "FESCO 全球人身意外伤害及死亡保障"的保障责任在

该项保障责任有效期内, FESCO 承担下列保障责任:

意外身故保障金

员工因遭受意外伤害事故,并自事故发生之日起一百八十日内身故的,FESCO 将依照保障金额给付"意外身故保障金",同时对该员工保障责任终止。

意外残疾保障金

员工因遭受意外伤害事故,并自事故发生之日起一百八十日内造成本合同所附" 残疾程度与给付比例 表"所列残疾程度之一者,FESCO 按该表所列比例乘以其保障金额给付"意外残疾保障金"。如治疗仍未结束 的,按第一百八十日的身体情况进行残疾鉴定,并据此给付残疾保障金。



员工因同一意外伤害事故造成"残疾程度与给付比例表"所列残疾程度两项以上者,FESCO 给付各对 应项残疾保障金之和。但不同残疾项目属于同一手或同一足时,仅给付一项残疾保障金;若残疾项目所属残疾等 级不同时,给付较严重项目的残疾保障金。每一员工的意外身故及意外残疾保障金的累计给付金额以其最高保障金额为限。

员工发生意外,FESCO 就此意外对该员工进行一次性赔付,同时针对该员工该项意外的保障责任终止。员工所在公司对于该员工今后所发生的其他意外,仍可以在按月缴费的前提之下进行索赔,因先前意外所导致的连带意外除外。

2. "FESCO 全球人身意外伤害及死亡保障"的免责条款

因下列情形之一,造成员工身故、残疾的,将不能享受"FESCO 人身意外保障":

- 1) 员工所在公司、员工本人、员工受益人的故意行为;
- 2) 因员工挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀;
- 3) 员工故意犯罪或拒捕;
- 4) 员工妊娠、流产、分娩、疾病、药物过敏、食物中毒;
- 5) 员工殴斗、醉酒、自杀;
- 6) 员工接受整容手术及其他内、外科手术导致的医疗事故;
- 7) 员工未遵医嘱,私自服用、涂用、注射药物;
- 8) 员工因遭受意外伤害以外的原因失踪而被法院宣告死亡;
- 9) 原子能或核能装置所造成的爆炸、污染或辐射。
- 10) 战争、军事行动、暴动或其他类似的武装叛乱期间;
- 11) 员工因从事非法、犯罪活动期间或被依法拘留、服刑期间;
- 12) 员工因酗酒或受酒精、毒品、管制药物的影响期间;
- 13) 员工酒后驾车、无有效驾驶执照驾驶或驾驶无有效行驶证的机动交通工具期间;
- 14) 员工患有艾滋病(AIDS)或感染艾滋病病毒(HIV)期间:
- 15) 员工从事潜水、跳伞、滑雪、滑翔、登山、攀岩、狩猎、蹦极、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技 表演、赛马、赛车、驾驶运动车辆等高风险的活动期间。

3. 名词释义



- 1) 指外来的、突然的、非本意的、非疾病的使被保障员工身体受到伤害的客观事件,并以此客观事件为直接且单独原因导致被保障员工身体蒙受伤害或者身故,猝死不属于意外伤害。
- 2) 艾滋病(AIDS)或艾滋病病毒(HIV): 按世界卫生组织所订的定义为准。若在员工的血液样本中发现上述病毒的抗体,则认定员工己被艾滋病毒感染。
- 3) 医疗事故:指医疗机构及其医务人员在医疗活动中,违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和 诊疗护理规范、常规,过失造成患者人身伤害的事故。
- 4) 无有效驾驶执照:指驾驶人员有下列情形之一者:无驾驶证或驾驶车辆与驾驶证准驾车型不相符; 公安交通管理部门规定的其他属于无有效驾驶证的情况下驾车。
 - 5) 潜水:指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下活动。
 - 6) 攀岩运动:指以攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
- 7) 武术比赛:指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击、搏击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。
- 8) 探险活动: 指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险,而故意使自己置身 其中的行为。如江河漂流、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。
 - 9) 特技: 指从事马术、杂技、驯兽等特殊技能。
- 4. "FESCO 全球人身意外伤害及死亡保障"的理赔申请
- 1) 事故通知

员工所在公司或员工受益人应于知道或应当知道保障事故发生之日起五日内通知 FESCO。否则,员工 所在公司或员工受益人应承担由于通知迟延致使 FESCO 增加的勘查、检验等项费用。但因不可抗力导致的 迟延除外。

- 2) 保障金的申请
- 意外身故保障金的申请

由员工受益人作为申请人凭下列证明、资料文件向FESCO 申请给付保障金:

- ① 员工受益人户籍证明及身份证明;
- ② 公安部门或FESCO 认可的医疗机构出具的被保障人死亡证明书;
- ③ 如被保障人为宣告死亡,员工受益人须提供人民法院出具的宣告死亡证明文件;



- ④ 被保障人户籍注销证明;
- ⑤ 因刑事、治安、交通等事故造成的意外伤害身故,需向 FESCO 提交公安部门及FESCO 认可的医疗机构出具事故证明书及相关鉴定证明文件;
 - ⑥ 员工受益人所能提供的与确认保障事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。
- 意外残疾保障金的申请

由员工受益人作为申请人凭下列证明、资料文件向FESCO 申请给付保障金:

- ① 员工受益人户籍证明及身份证明;
- ② FESCO 认可的医院出具的残疾程度鉴定书:
- ③ 因刑事、治安、交通等事故造成的意外伤害,需向 FESCO 提交公安部门及FESCO 认可的医疗机构出具事故证明书及相关鉴定证明文件;
 - ④ 员工受益人所能提供的与确认保障事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料。
- 3) 保障金的给付
- ① FESCO 收到申请人的保障金给付申请书及上述有关证明和资料后,对确定属于保障责任的,在与申请人达成有关给付保障金数额的协议后十日内,履行给付保障金责任。
- ② FESCO 自收到申请人的保障金给付申请书及上述有关证明和资料之日起六十日内,对属于保障责任而给付保障金的数额不能确定的,根据已有证明和资料,按可以确定的最低数额先予以支付,FESCO 最终确定给付保障金的数额后,给付相应的差额;
- ③ 如被保障人在宣告死亡后生还,保障金领取人应于知道或应当知道被保障人生还后三十日内退还 FESCO 已支付的保障金;
- ④ 员工受益人对FESCO 请求给付保障金的权利,自其知道或应当知道保障事故发生之日起 180 天不行使而消灭:
 - ⑤ 本人发生意外时,发生的其它费用,如直系亲属探视的交通、食宿等一律在人身意外保障中扣除。
- 5. "FESCO 中国大陆疾病死亡保障"的保障责任

员工本人在中国大陆范围因病重死亡时最高给付 10 万元。

FESCO 中国大陆疾病死亡保障免赔条款:

在购买此福利生效之日起三十天内发生的病故事故。



♣ 特别声明:

- 1. 员工本人提供的一切资料,均完全属实,如有虚假不实、或隐瞒情况,FESCO 有权拒赔保险赔偿金并依法追究法律责任。
- 2. 员工本人授权任何医院及其他知情机构或知情人士向 FESCO 提供有本人此次疾病的一切资料及健康状况、病历和诊疗资料。
- 3. 为了尽快处理理赔案,员工本人有义务配合 FESCO 工作,并按照 FESCO 的要求提供与理赔有关的证明材料及文件。
- 4. 本办法中的未尽事宜,以政府发布的相关规定为准。如有政策变化,将在 FESCO 网站公告。有关资料, 请随时查阅FESCO 网站(www.fesco.com.cn)及北京劳动和社会保障局网站(www.bjldbzj.gov.cn)。
- 5. 为避免员工划账失误或延迟,请员工仔细填写并核对您所填写的账号,如账号变动请及时与 FESCO 相关人员联系。
 - 6. 本手册内容的最终解释权属于北京外企人力资源服务有限公司。