

关于 2016 年度员工医疗费用报销通知

全体员工：

本年度医疗费用报销工作现已启动，为了保证报销的及时和准确，请大家严格按照如下流程进行医疗费用的申报。

如有疑问，请咨询人力资源部社保专员。

联系人：刘婷婷

联系电话：62981691-3126

邮箱：tingting_liu2@asdc.com.cn

一、北京地区

1、报销时间：

- （1）2016年1月至11月底发生的医疗费请于12月5日前提交材料；
- （2）2016年12月1日至31日发生的医疗费请于2017年1月5日前提交材料；
- （3）需要在12月份持续就医的同事不必提交两次，可在2017年1月5日一次性

汇总提交；

- （4）未激活社保卡之前产生的医疗费用，需11月30日之前全部递交；
- （5）超过规定时间，公司将不再给予办理报销手续。

2、报销范围

（1）报销人员范围：在本公司工作并参加本公司办理的基本医疗保险的正式员工。

（2）支付范围：比照本市基本医疗保险定点医疗管理规定，以及基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、服务设施范围和支付标准确定。就诊时未携带社保卡产生的医疗费用不在报销范围之内。

3、医疗费报销流程

（1）报销所需材料

- 专用收据(急诊要有急诊章)
- 医疗专用处方(检查无处方，药品有处方)
- 住院医疗费清单

—住院收据

—诊断证明

—请填写 “附件一《海淀区医疗报销手工报销费用审批表》” “附件二《同方鼎欣医疗费报销申请表》”（注：附件一仅限于社保卡未激活产生医疗费用时填写，表格中红色字体部分为必填项目）。

（2）特殊情况的材料说明

—无社保卡期间产生医疗费用的，需提交社保卡及临时卡的复印件。因公短期出差在外地急诊，限开3~5天的药量，凭收据、处方底方、明细单、诊断证明给予报销。

—已经社保卡实时结算的，提交最后一张医疗专用收据即可。

—2016年1月1日后入职的同事，还需提供入职前最后一张医疗专用收据。

（3）材料递交

—高立大厦的同事请将报销材料交至高立大厦五层人力资源部社保专员处。

—得实大厦的同事请将报销材料交至得实大厦三层前台处。

—客户现场的同事请将报销材料交至员工服务中心同事，带回公司。

二、其他地区

1、各地分公司、办事处按照当地的医保政策执行，补充医疗报销按照公司规定进行报销。

2、各地分公司、办事处负责人审核员工递交原始单据，符合医保范围内的，统一由分公司或办事处审核通过并请经理签字后，将收据及填好的附件二《同方鼎欣医疗费报销申请表》汇集寄到总部人力资源部，经人力资源部审核后，按相关流程办理报销手续。

三、报销比例及限额：

1、门急诊报销：

（1）300元以下的费用自理；

（2）在员工指定的医疗机构发生的门诊、急诊医药费（不含自费项目）自301元至1800元的部分，公司报销80%；

（3）在员工的医疗机构发生的门诊、急诊医药费（不含自费项目）超过1800元的部分，由社保报销后公司报销剩余部分的60%。

2、住院报销：根据社保中心的规定，住院费用超过1300元的部分，由医保部门按照相关规定直接和医院结算，社保支付后，余下部分（不含自费项目）的住院费，公司再报销60%。对员工自己承担的301~1300元部分，公司按照实际发生费用报销80%。

3、公司补充医疗保险每年每人累计支付最高限额：门诊、急诊2万元；住院费10万元。

人力资源部

2016-11-14

附件一

海淀区医疗保险手工报销费用审批表

姓名		性别		年龄		就诊定点医院				
联系方式(手机号)				身份证号码			病历号			
所在项目组				本年度第()次报销						
门诊	由 月 日至 月 日					连续天数				
住院	入院时间				出院时间		天数			
					结账时间					
报销单据数		总金额								
病情摘要:										
西药		乙类				自费				
总额		类				费	合计			
中药		乙类				自费				
总额		类	合计			费	合计			
检查		乙类				自费				
总额		类	合计			费	合计			
治疗		乙类				自费				
总额		类	合计			费	合计			
化验		自费								
总额		费	合计							
材料		乙类			限额			自费		
总额		类	合计			额	合计	费	合计	
其他		自费								
总额		费	合计							
诊		住院	特殊病	留观	家床	计生	异地			

审核:

年 月 日

企业联系人:

联系电话

检查总额: 包括常规检查费、CT 费、核磁费、放射费、B 超费

治疗总额: 包括输氧费、输血费、手术费、注射费、诊疗费、留观床位费

其他总额: 包括自费、其他等

附件二

同方鼎欣医疗费报销申请单

报销人姓名		性别		到公司时间	
工作地点		项目组		本年度第()次报销	
报销收据日期	年 月 日 至 年 月 日				
就诊医院					
病情摘要					
联系电话	手机:		公司座机:		
门 诊	张数		总计金额		
住 院	张数		总计金额		
女工生育检查费 (未参加生育保险)	张数		总计金额		
女工生育医疗费 (未参加生育保险)	张数		总计金额		
累计金额	() 元		() 张		
实报金额 (公司填写)	门诊急诊金额 住院金额 生育金额				
合计支付金额			公司审核签字		

日期: 年 月 日