**医疗保险****索赔申请单 \\192.168.101.60\marketing\文档模板\新Logo系列\new CDP logo---office文档专用.emf**

***温馨提示：***

1. 员工与家属同时索赔时请分开索赔申请单填写。
2. 每次就诊费用请分栏填写；索赔金额和收据金额一致，诊治日期和收据日期一致。
3. 每次就诊的病历资料与对应的医疗收据放在一起，并钉附在索赔申请单后，勿粘贴。
4. 费用类别填写：1—门诊；2—住院；3—生育。
5. **有社保的员工必须持医保卡就诊。**
6. **索赔时请提供：医疗收据原件、费用明细清单原件、门诊病历复印件（含病历卡首页）、各项检查报告、住院小结等原件或复印件，住院请提供银行卡复印件，生育相关费用请提供子女出生证明、结婚证、身份证（正反面）复印件。**
7. **报销有效期限以发票日期90日以内报销有效。**
8. 复审请附初审退单全部资料及补充资料，并附上个人赔款清单。
9. **如多方报销需退收据原件，请在“特别说明”中注明原因，并附上收据复印件。**
10. **在为子女申请理赔时，子女姓名为必填项；为员工申请时，则无需填写子女/配偶姓名。**
11. **为方便我们及时与您联系，以下\*部分为必填项。**

**您公司的中文名全称**： 上海文思海辉金信软件有限公司

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **员工姓名**  **（中文全名）\*** | | **王健** | | | **工号 \*** | | P0126060 | | **身份证号 \*** | | **370702199302262221** | |
| **家属姓名**  **(中文全名)** | |  | | | **年龄/性别** | | **26** | | **工作城市** | | **上海** | |
| **您的邮箱 \*** | | **wangjian9302@163.com** | | | | | | | **联系电话 \*** | | **13371860993** | |
| **若需退原件，请您勾选退原件（并在提交理赔时同时提供所有资料复印件）；若需到第三方报销，请勾选开具分割单：**  **（ ）退原件 （ ）开具分割单** | | | | | | | | | | | | |
| **员工填写\*** | | | | | | | | | | 保险公司填写 | | |
| **诊治**  **日期** | **费用类别** | | **收据数量** | **收据金额** | | **本保险年度**  **住院次数** | | **病情简述** | | 核赔意见 | | 退单数 |
| 2019/5/24 | 1 | | 4 | 1004.79 | |  | | 皮肤科、口腔科 | |  | |  |
| 2019/6/1 | 1 | | 2 | 55.88 | |  | | 口腔科 | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 合计 |  | | 6 | 1060.67 | |  | |  | |  | |  |
| **特别说明： 1. 您和孩子的理赔款将直接打入您的工资卡。**  **2. 如变更银行卡号，请联系您的HR，由您的HR在每月操作人员变更时提交您的变更信息**  **账号变更请您提供：开户名、银行卡号、完整的开户银行名称（如：XX银行XX分行XX支行）** | | | | | | | | | | | | |

***被保险人及连带被保险人声明及授权：***

1.上述各项填报及本人提供的一切资料完全属实。如有虚假不实或隐瞒情况，贵公司有权拒赔保险赔偿金并依法追究法律责任。

2.本人授权任何医院及其他知情机构或人士向贵公司提供有关本人此次意外或疾病的一切资料及健康状况，病例和诊疗资料。

填写日期： 2019 年 6 月 3 日 被保险人签名（中文）： 王健

***- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -* *✂- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -***

***下联投保人留存（请自行填写并留存）***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 员工填写 | | | | 交接人填写 |
| 员工姓名 | ***王健*** | 家属姓名 |  | 退索赔收据数量： |
| 索赔收据数量 | ***6*** | 索赔收据总金额 | ***1060.67*** | 退索赔收据总金额： |
| 填写日期 | ***2019/6/3*** | 工号 | ***P0126060*** | 签收日期： |

**理赔所需材料**

**门（急）诊**

您在门诊索赔时，需提供以下资料：

1. 《医疗保险索赔申请单》
2. 医疗费收据原件
3. 药品明细清单复印件
4. 门诊病历复印件（须清晰注明病情、医生作何诊断、开出的药名、剂型、药量、每日服法及医生建议作何检查、治疗等。）
5. 如果您做了检查、治疗或化验，请提供检查报告结果的复印件；
6. 若为急诊，应符合急诊条件，并由医院加盖急诊章。
7. 意外受伤经过说明，手写在A4 纸上（如果是意外伤害导致的医疗费用）；
8. 异地就医证明复印件（如果是有医保员工出差在异地期间的门诊费用）。

**住院**

1) 《医疗保险索赔申请单》；

2) 医疗费收据原件（若先到第三方报销分割的，请提供分割单原件和收据复印件）；

3) 费用明细清单（若收据上未打印明细，则需要另行提供费用明细清单）；

4) 社保结算原件（若有）；

5) 出院小结（若有出院请提供）；

6) 门诊确认时的病历及检查报告、化验结果复印件；

7) 身份证正反面复印件；

8) 银行卡复印件；

9) 意外受伤经过说明，手写在A4 纸上（如果是意外伤害导致的医疗费用）；

10) 异地就医证明复印件，和手写在A4 纸上的同意按照上海医保标准进行虚拟结算的说明

（有医保员工出差在异地期间的急诊住院费用在社保地无法进行医保结算时）。

**住院津贴**（仅员工非生育住院可申请）

申请住院津贴，请提供以下资料：

1. 《非医疗索赔申请单》
2. 其他材料复印件（同住院费用申请）

**生育**

请在分娩结束出院后统一提交以下资料：

1. 《医疗保险索赔申请单》
2. 医疗费收据原件，包括门诊检查费收据及住院费收据。若先到医保报销分割的，请提供分割单原件和收据复印件；
3. 每次产检的对应记录（即孕妇保健手册）复印件；如有药费产生，请提供用药处方；
4. 住院费用明细清单复印件（指住院期间每日各项费用明细的流水单）；
5. 出院小结复印件（含出、入院诊断、入院后主要诊疗过程、出院时恢复情况、含主治医生签字等）；
6. 如果是多胎，请提供符合计划生育政策的相关证明复印件（如准生证等）；
7. 身份证正反面复印件、结婚证复印件、银行卡复印件。

**善意提醒：一些医院可能会收存您的产前检查记录原件，请您注意自行复印好保存或在出院时向医院索要进行复印，以便索赔之用。**

**理赔进度查询途径：**①理赔结束后，保险公司系统会触发结案通知邮件 ②理赔款到账后，短信提醒 ③登录HUB及享用端进入商保模块自助查询。如对理赔进度和报销明细有任何疑问，您可以邮件咨询公邮：[Pactera-CI@cdpgroupltd.com](mailto:Pactera-CI@cdpgroupltd.com)，或拨打文思海辉客服热线：400-670-0076 。