

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 FESCO 女工生育保险

第六部分 FESCO 计划生育保障

第七部分 自费及免除责任

第五章 FESCO 其它健康类福利介绍

一、住院补贴保障

二、大病救助金保障

三、重疾安康保障

四、员工配偶综合保障

五、年度健康体检

第六章 FESCO 人身意外伤害保障

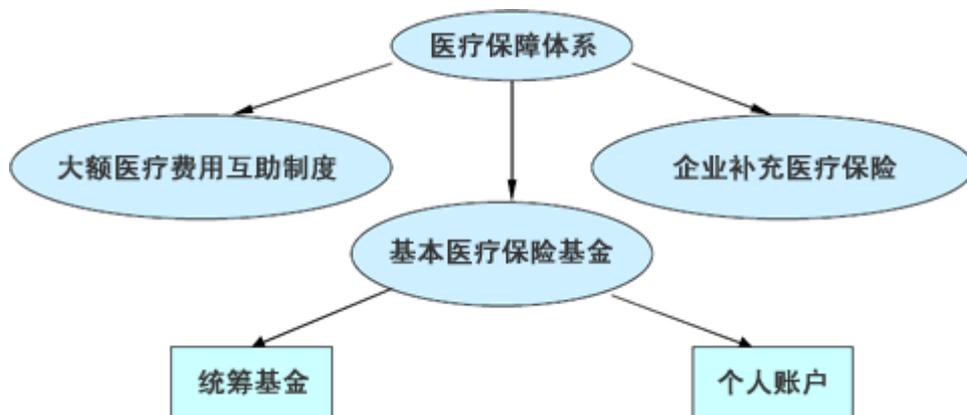
第一章 政策指南

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
在职职工	不满 35 周岁	0.8%	2%	2.8%	本人缴费基数
	35 周岁至 45 岁	1%	2%	3%	
	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，由单位统一办理。

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 支付段	三级医院		二级医院		一级医院	
	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%至 100%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，上无封顶；
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. 女员工因围产及生育所发生的医疗费用（符合国家社保报销规定且社保未报销部分）100%报销，封顶 8000 元/胎。
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。

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

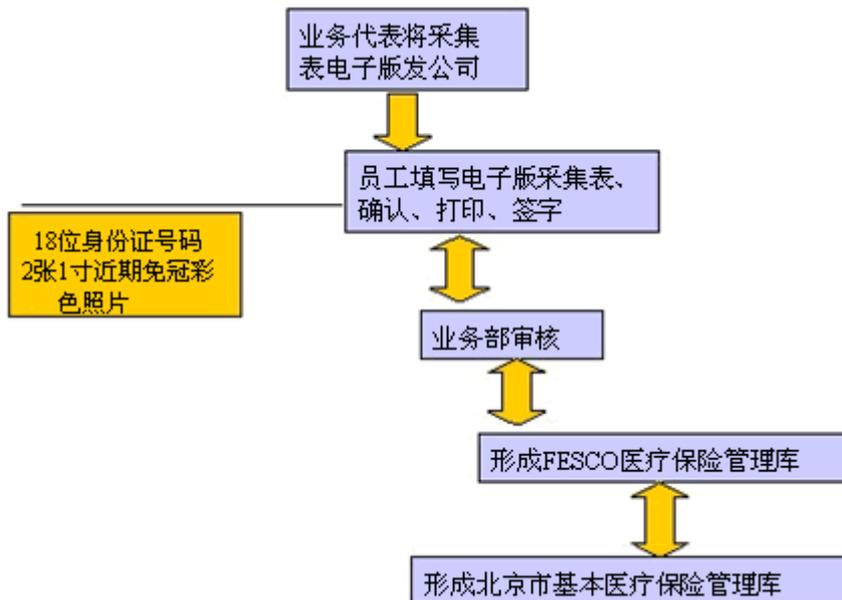
公司加入医保并购买 FESCO 员工医疗保障

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—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：

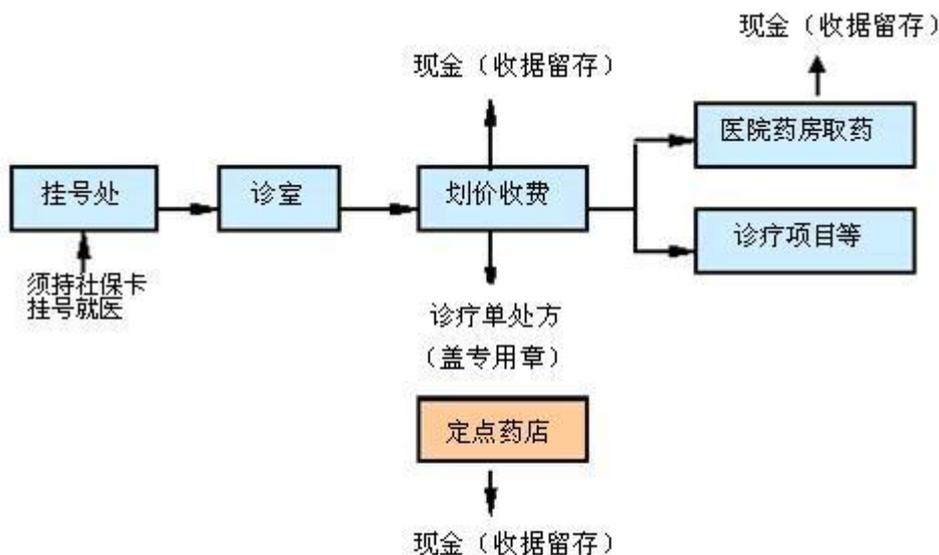
患急症不能到本人选定的定点医疗机构就医时，可在就近的社保定点医院急诊科就医或治疗；

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院就医（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。

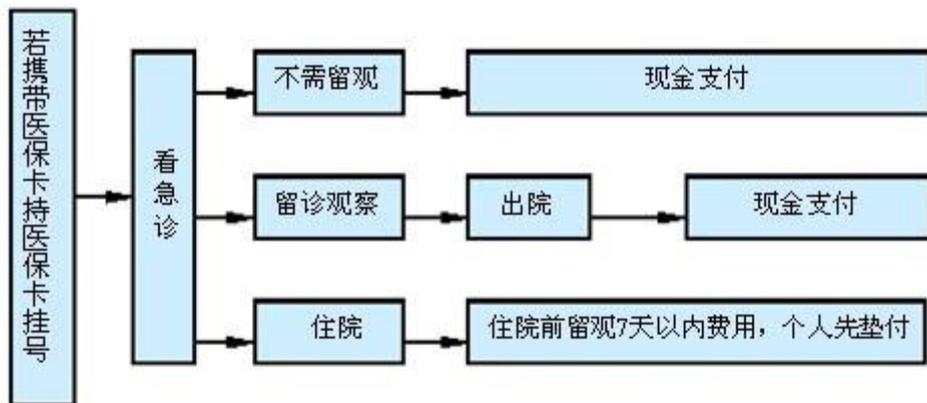
员工患高血压、糖尿病、冠心病、慢性肝炎、肝硬化、结核病、精神病、癌症、脑血管病、前列腺肥大疾病，以上十种慢性病，病情稳定需长期服用同一类药物的，可放宽到不超过一个月量。

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. 住院时需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. 通过在线报销平台提交报销申请，按照微信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账，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。

 所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）

6. 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销。（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 FESCO 女工生育保险

一、就诊范围

本人选择的 4 家医院、A 类医院、医保定点专科医院、医保定点中医医院

二、报销标准

女员工因围产及生育所发生的医疗费用（符合国家社保报销规定且社保未报销部分）100%报销，封顶 8000 元/胎。

注：个性化产品参照相应产品形态。

三、所需凭证

1. 围产

- 1) 门急诊收费专用收据：

- 机打收据（手写无效）
- 盖有医院收费处公章及财税章
- 2) 医疗保险专用处方：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) 费用明细清单
 - 机打有效（手写需加盖医院收费处公章）
- 4) 结婚证复印件
- 5) 生育服务证复印件

注：

- 北京市社保参保员工：自 2016 年 3 月 24 日起，北京市取消《生育服务证》管理制度，参保人员申领生育保险相关待遇时，本市户籍参保人员需提供《北京市生育登记服务单》或由区卫生计生委盖章确认的《北京市再生育确认服务单》；外埠户籍参保人员需提供由乡镇（街道）出具并盖章的《北京市流动人口生育登记服务单》或《北京市流动人口再生育服务单》。（参保人员在 2016 年 3 月 24 日新修订的《北京市人口与计划生育条例》实施以前办理的《生育服务证》及《北京市外地来京人员生育服务联系单》可继续使用。）
- 使用“北京市生育保险手工报销费用审批表”报销生育相关费用的员工还需提供所有原始单据复印件
- 北京参保员工为本市户籍的办理围产医疗费用报销时需提供《北京市生育登记服务单》的原件。

2. 生产

- 1) 住院收费专用收据
- 2) 住院汇总明细（盖章有效）
- 3) 生育结算清单
- 4) 结婚证复印件
- 5) 出院诊断证明复印件
- 6) 婴儿出生证明复印件
- 7) 生育服务证复印件

注：

- 北京市社保参保员工若在异地生产，需提供生产所在医院为当地社保定点医疗机构的证明，并注明医院等级（当地社保或医院提供），以及员工异地生育的情况说明（员工提供，盖公司章）；

- 北京市社保参保员工：自 2016 年 3 月 24 日起，北京市取消《生育服务证》管理制度，参保人员申领生育保险相关待遇时，本市户籍参保人员需提供《北京市生育登记服务单》或由区卫生计生委盖章确认的《北京市再生育确认服务单》；外埠户籍参保人员需提供由乡镇（街道）出具并盖章的《北京市流动人口生育登记服务单》或《北京市流动人口再生育服务单》。（参保人员在 2016 年 3 月 24 日新修订的《北京市人口与计划生育条例》实施以前办理的《生育服务证》及《北京市外地来京人员生育服务联系单》可继续使用。）
- 全国参保员工生育费用需携带生育住院相关材料到参保地社保机构先进行结算，方可进行 FESCO 补充医疗保障福利报销。（请您留存好相关材料复印件）

四、围产、生育及生育津贴的报销与领取（所需材料请详见外企官网）

参加北京市生育保险，且享受外企补充医疗保障的员工：

1 围产费用及生育津贴：

- “ 围产费用必须在每年报销截止日前,将费用交到业务部办理，可分次报销,也可一次性报销；
- “ 员工申请生育津贴于分娩 60 天以后直接到外企医保中心办理

2 引、流产费用及计生津贴

- “ 引、流产费用必须在每年报销截止日前将费用交到业务部办理报销。
- “ 员工申请计生津贴于手术 60 天以后直接到外企医保中心办理

只参加北京市生育保险，但不享受外企补充医疗保障的员工：

- 1 引、流产及围产费用于分娩 60 天后持所需单据，直接送交业务部或外企医保中心办理。
- 2 计生/生育津贴于分娩 60 天后持所需单据，直接送交外企医保中心办理；

只享受外企补充医疗保障，但未参加北京市生育保险的员工：

- 1 外企只负责报销围产、生育费用和引、流产费用，不负责办理和支付生育津贴。

第六部分 FESCO 计划生育保障

一、 就诊范围；

员工选定的 4 家定点医院，医保定点专科医院，医保定点中医医院，A 类医院；

二、 报销标准

计划生育手术（人工流产或由于终止妊娠手术）费用 100%报销；

注：个性化产品参照相应产品形态。

三、 所需凭证

1. 门诊：

1) 门急诊收费专用收据：

- 机打收据（手写无效）
- 盖有医院收费处公章及财税章

2) 医疗保险专用处方：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) 费用明细清单

- 机打有效（手写需加盖医院收费处公章）

3) 结婚证复印件

4) 计生诊断证明复印件

2. 住院：

1) 住院收费专用收据

2) 出院诊断证明（盖章有效）

3) 住院汇总明细（盖章有效）

4) 住院结算清单（如住院费用已经由社保机构结算需提供此项）

5) 结婚证复印件

3. 住院计生前门诊费用：除门诊计生所需报销凭证外，住院计生已结算的情况还需要提供生育保险结算单首页复印件、诊断证明、结婚证；住院计生未结算的情况需要提供住院诊断证明、结婚证。

注：使用“北京市生育保险手工报销费用审批表”报销生育相关费用的员工还需提供所有原始单据复印件

第七部分 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、痞痣、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。
- 已有残疾的康复。
- 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车辆；
- 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。

第五章 FESCO 其它健康类福利介绍

一、住院补贴

1. 住院补贴是什么？

住院补贴系 FESCO 健康管理及医疗保障系列福利之一，可供员工所在公司(或代表处)为员工选择。凡

年龄在 18-60 周岁之间的外企员工，初次选择本福利并连续缴费满 60 天之后，可享受 FESCO 提供住院补贴保障：

在员工患病或受到意外伤害的时候，如经医院诊断必须住院治疗，员工将会享受到由 FESCO 提供给员工的，最高给付天数长达 180 天(每年)的住院补贴，金额为 100 元 / 天 (A 档) 或 200 元/天 (B 档)。

2. 住院天数如何计算？

如员工因意外伤害而住院治疗，FESCO 将从员工每一次住院的第一天开始按住院天数给付住院补贴(即住院补贴天数=因意外伤害实际住院天数)；

如员工因患病而住院治疗，FESCO 将从员工每一次住院的第四天开始按住院天数给付住院补贴(即住院补贴天数=因疾病实际住院天数-3 天)。

3. 住院补贴. 在就医及申请方面有哪些要求？

. 就医：

北京市二级以上(含)公立医院或区、县级以上(含)公立医院（须为北京市社医保定点医院）；

异地出险以当地区、县级以上（含）公立医院为准（须为当地社医保定点医院）；

. 申请：

员工于出院后三十天内填写给付申请单(请员工向所属业务部索取)并提供所需证明材料及单据(详见下文)，直接交至所属业务部财务专员处；

. 单据：

如员工因患病而住院治疗，请提供院方出具的出院证明的复印件；员工身份证的复印件；院方出具的疾病诊断证明书的复印件。如员工因意外伤害而住院治疗，还需要提供与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明资料的复印件；

. 给付：

如果员工提供的资料齐全，且确定是属于给付范畴的，FESCO 将在收到申请材料后的 10 个工作日内进行给付(打入员工的 FESCO 账户)；对于资料缺失的情况，FESCO 将通知员工补充材料，对于不属于给付范畴的情况，FESCO 将发出免付通知书；

哪些情况不属于给付范畴？

如因下列情况之一造成住院，将不属于 FESCO 住院补贴给付范畴：

- i. 既往症、先天性畸形、变形和染色体异常等遗传性疾病；
- ii. 不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩(含难产)、宫外孕、流产、堕胎、节育(含绝育)、产前产后检查以及以上原因引起的并发症；
- iii. 艾滋病或感染艾滋病病毒、性病、精神疾患；
- iv. 疗养、矫形、视力矫正术、美容、牙科保健及康复治疗、非意外事故所致整容手术；
- v. 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；
- vi. 故意犯罪或拒捕、自杀或故意自伤、殴斗、酗酒及服用、吸食或注射毒品；
- vii. 酒后驾驶、无照驾驶及驾驶无有效行驶证的机动车辆；
- viii. 因战争、军事行动、内乱或武装叛乱及核爆炸、核辐射或核污染所致的疾病；
- ix. 初次选择本项福利后 60 天内所患疾病。

二、大病救助金

1. “FESCO 大病救助金”简介

大病救助金系 FESCO 健康管理及医疗保障系列福利之一，可供员工所在公司（或代表处）为员工选择。凡年龄在 18-60 周岁之间的外企员工，初次选择本福利并连续缴费满 60 天之后，可享受 FESCO

提供的大病救助金保障：如果员工一旦身患本项福利所含三十种重大疾病之任意一种，经医院确诊后，员工将会享受到由 FESCO 提供的，救助金额为 50000 元（A 档）或 100000 元（B 档）的大病救助金，同时重疾保障责任终止。

2. 申请流程及注意事项

2.1. 医院范围：

员工因患病而住院治疗，应于员工本人所选定的四家社会基本医疗保险指定医院及北京市基本医疗保险规定的中医医院和专科医院就医；员工因急诊及意外伤害而住院治疗，应于北京市二级以上（含）公立医院或区、县级以上（含）公立医院就医。

2.2. 申请流程：

如果员工进行申请，须于治疗结束后三十天内填写给付申请单，并提供所需证明材料及单据（详见下文），直接交至所属业务部。

2.3. 赔付所需证明材料及单据：

如员工因患病而住院治疗，需提供院方出具的附有病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告复印件、疾病诊断证明书的复印件；员工身份证复印件。如员工因意外伤害而住院治疗，还需提供与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明资料的复印件。

2.4. 给付时效：

如果员工提供资料齐全，且确定是属于给付范畴的，FESCO 将在收到申请材料后的 15 个工作日内进行给付。

3. 大病救助金免付范畴：因下列情况之一造成员工初次患本细则所附之任一种“重大疾病”的，不属于 FESCO 大病救助金给付范畴：

- 3.1. 蓄意的隐瞒、欺诈行为；
- 3.2. 投保前已患本细则所附之任一种“重大疾病”；
- 3.3. 投保人、受益人对被保障员工的故意杀害、伤害
- 3.4. 被保障员工故意犯罪或拒捕；
- 3.5. 被保障员工殴斗、醉酒、自杀、故意自伤及服用、吸食、注射毒品；
- 3.6. 未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；
- 3.7. 被保障员工酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车辆；
- 3.8. 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；
- 3.9. 被保障员工患有艾滋病或感染艾滋病病毒（HIV 呈阳性）期间患有本细则约定的重大疾病的；
- 3.10. 战争、军事行动、暴乱、武装叛乱或恐怖活动（以上行为以政府宣告或认定为准则），核爆炸、核辐

射或核污染；

3.11. 被保障员工患有先天性、遗传性疾病；

3.12. 购买本福利产品后三十日内所患疾病。（续购除外）。

4. “FESCO 大病互助金” 大病病种及释义

4.1. 恶性肿瘤：指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴。下列疾病不在保障范围内：

4.1.1 原位癌；

4.1.2 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

4.1.3 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

4.1.4 皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；

4.1.5 TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌；

4.1.6 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

4.2. 冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）：指为治疗严重的冠心病，实际实施了开胸进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。冠状动脉支架植入术、心导管球囊扩张术、激光射频技术及其它非开胸的介入手术、腔镜手术不在保障范围内。

4.3. 良性脑肿瘤：指脑的良性肿瘤，已经引起颅内压增高，临床表现为视神经乳头水肿、精神症状、癫痫及运动感觉障碍等，并危及生命。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，并须满足下列至少一项条件：

4.3.1 实际实施了开颅进行的脑肿瘤完全切除或部分切除的手术；

4.3.2 实际实施了对脑肿瘤进行的放射治疗。

 脑垂体瘤、脑囊肿、脑血管性疾病不在保障范围内。

4.4. 主动脉手术：指为治疗主动脉疾病，实际实施了开胸或开腹进行的切除、置换、修补病损主动脉血管的手术。主动脉指胸主动脉和腹主动脉，不包括胸主动脉和腹主动脉的分支血管。

 动脉内血管成形术不在保障范围内。

4.5. 急性心肌梗塞：指因冠状动脉阻塞导致的相应区域供血不足造成部分心肌坏死。须满足下列至少三项条件：

- 4.5.1 典型临床表现，例如急性胸痛等；
- 4.5.2 新近的心电图改变提示急性心肌梗塞；
- 4.5.3 心肌酶或肌钙蛋白有诊断意义的升高，或呈符合急性心肌梗塞的动态性变化；
- 4.5.4 发病 90 天后，经检查证实左心室功能降低，如左心室射血分数低于 50%。
- 4.6. 脑中风后遗症：指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：
 - 4.6.1 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
 - 4.6.2 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
 - 4.6.3 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
- 4.7. 重大器官移植术或造血干细胞移植术重大器官移植术：指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏或肺脏的异体移植手术。造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞）的异体移植手术。
- 4.8. 终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）：指双肾功能慢性不可逆性衰竭，达到尿毒症期，经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗或实施了肾脏移植手术。
- 4.9. 四肢瘫痪：指肢体功能永久完全丧失，包括两上肢或两下肢或一上肢及一下肢，各有三大关节中之两关节以上的功能永久完全丧失。所谓功能永久完全丧失指功能完全丧失六个月以后仍不能恢复。关节功能的丧失指关节永久完全僵硬或关节不能随意活动超过六个月以上。上肢三大关节包括肩、肘、腕关节，下肢三大关节包括髋、膝、踝关节。
- 4.10. 严重Ⅲ度烧伤：指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤的面积达到全身体表面积的 20% 或 20% 以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。
- 4.11. 暴发性肝炎：指肝炎病毒感染而导致大部分的肝脏坏死并失去功能，必须同时具备下列条件：
 - 4.11.1 肝脏急剧缩小
 - 4.11.2 肝细胞严重损坏
 - 4.11.3 肝功能急剧退化
 - 4.11.4 肝性脑病
- 4.12. 心脏瓣膜置换术：为治疗心脏瓣膜病而用人工瓣膜置换一个或一个以上心脏瓣膜的手术。
 心脏瓣膜的修复、切开和成形术除外。
- 4.13. 双目失明：指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆性丧失，双眼中较好眼须满足下列至少

一项条件：

4.13.1 眼球缺失或摘除；

4.13.2 矫正视力低于 0.02（采用国际标准视力表，如果使用其它视力表应进行换算）；

4.13.3 视野半径小于 5 度。

4.14. 严重阿尔茨海默病：指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

✚ 神经官能症和精神疾病不在保障范围内。

4.15. 严重帕金森病：是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为震颤麻痹、共济失调等。须满足下列全部条件：

4.15.1 药物治疗无法控制病情；

4.15.2 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

✚ 继发性帕金森综合征不在保障范围内。

4.16. 严重脑损伤：指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤 180 天后，仍遗留下下列一种或一种以上障碍：

4.16.1 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；

4.16.2 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；

4.16.3 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

4.17. 重型再生障碍性贫血：指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少。须满足下列全部条件：

4.17.1 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断；

4.17.2 外周血象须具备以下三项条件：

4.17.3 中性粒细胞绝对值 $\leq 0.5 \times 10^9 / L$ ；

4.17.4 网织红细胞 $< 1\%$ ；

4.17.5 血小板绝对值 $\leq 20 \times 10^9 / L$ 。

4.18. 肝病末期：肝病末期是指肝脏疾病导致的肝硬化。必须同时满足下列全部临床表现：

4.18.1 顽固性腹水；

4.18.2 肝性脑病；

4.18.3 充血性脾大伴脾机能亢进；食道、胃底静脉曲张。

✚ 由于酒精型肝炎及药物中毒所致的肝功能衰竭除外。

4.19. 严重的多发性硬化：指因中枢神经系统脱髓鞘而导致的不可逆的身体部位的功能障碍，需由神经科专科医生提供明确诊断，并有 CT 或核磁共振检查结果诊断报告。不可逆的身体部位功能障碍指诊断为功能障碍后需已经持续 180 天以上。由神经科专科医生提供的明确诊断必须同时包含下列内容：

4.19.1 明确出现因视神经、脑干和脊髓损伤而导致的临床表现；

4.19.2 神经系统散在的多部位病变；

4.19.3 有明确的上述症状及神经损伤反复恶化、减轻的病史纪录。

4.20. 急性脊髓灰质炎：经由神经主任医师确认是由于急性脊髓灰质炎病毒感染所导致的运动功能障碍或呼吸功能减弱的瘫痪性疾病。

✚ 患者如无因此感染而导致的瘫痪，则不符合理赔条件。其它病所致的瘫痪，例如格林—巴利综合征（急性感染性多神经炎）则不在此保障范围以内。

4.21. 多个肢体缺失：指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

4.22. 脑炎后遗症或脑膜炎后遗症：指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

4.22.1 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；

4.22.2 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；

4.22.3 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

4.23. 深度昏迷：指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内需求均无反应，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级（Glasgow coma scale）结果为 5 分或 5 分以下，且已经持续使用呼吸机及其它生命维持系统 96 小时以上。

✚ 因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。

4.24. 双耳失聪：指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆性丧失，在 500 赫兹、1000 赫兹和 2000 赫兹语音频率下，平均听阈大于 90 分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。

4.25. 严重原发性肺动脉高压：指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 IV 级，且静息状态下肺动脉平均压超过 40mmHg。

- 4.26. 严重运动神经元病：是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症。须满足自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上的条件。
- 4.27. 语言能力丧失：指因疾病或意外伤害导致完全丧失语言能力，经过积极治疗至少 12 个月（声带完全切除不受此时间限制），仍无法通过现有医疗手段恢复。
- ✚ 精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。
- 4.28. 侵蚀性葡萄胎（或称恶性葡萄胎）：该类疾病是指异常增生的绒毛组织浸润性生长浸入子宫肌层或转移至其他器官或组织的葡萄胎，并已经进行化疗或手术治疗的。
- 4.29. 系统性红斑狼疮并发重度的肾功能损害（该类疾病保障仅限于女性）：该类疾病是指一种自身免疫性结缔组织病，于体内有大量致病性自身抗体和免疫复合物，造成组织损伤。系统性红斑狼疮的诊断必须经专科医生明确诊断，并须同时满足下列条件：
- 4.29.1 临床表现至少具备下列条件中的 4 个：
- 蝶形红斑或盘形红斑
 - 光敏感
 - 口鼻腔黏膜溃疡
 - 非畸形性关节炎或多关节痛
 - 胸膜炎或心包炎
 - 神经系统损伤（癫痫或精神症状）
 - 血象异常（白细胞小于 4000/ μ l 或血小板小于 100000/ μ l 或溶血性贫血）
- 4.29.2 检测结果至少具备下列条件中的 2 个：
- 抗 dsDNA 抗体阳性
 - 抗 Sm 抗体阳性
 - 抗核抗体阳性
 - 皮肤狼疮带试验（非病损部位）或肾活检阳性
 - C3 低于正常值
- 4.29.3 狼疮肾炎致使肾功能减弱，内生肌酐清除率低于每分钟 30ml
- 4.30. 严重的原发性心肌病：指不明原因引起的一类心肌病变，包括原发性扩张型心肌病、原发性肥厚型心肌病及原发性限制型心肌病三种，病变必须已造成事实上心室功能障碍而出现明显的心功能衰竭（指按照美国纽约心脏协会心功能分类标准心功能达四级*），且有相关住院医疗记录显示四级心功能衰竭状态持续至少 180 天。

- ✚ 本病须经专科医生明确诊断。继发于全身性疾病或其它器官系统疾病造成的心肌病变不在保障范围内。
- ✚ 美国纽约心脏协会分类标准心功能四级是指有医院的医疗记录显示病人不能进行任何活动，休息时仍有心悸、呼吸困难等心力衰竭表现。

北京外企人力资源服务有限公司（FESCO）对本细则中的各项条款具有最终解释权。

三、重疾安康保障

1. “员工重疾安康保障” 简介

FESCO 提供的“员工重疾安康保障” 是一项在员工罹患重大疾病时可获得的经济与精神上双重保障的福利， 此项福利会让患病员工能安心治疗、家属更放心，从而全面解决员工的后顾之忧。

凡购买了“员工重疾安康保障” 福利且已连续缴费满 60 天后， 经医院确诊初次罹患本细则所附之任一种“重大疾病”的员工（年龄在 18-60 周岁之间）， 即可在合同期内享受由 FESCO 提供的“重疾安康保障”，最高累计保障金额为人民币 25 万元， 保障内容包括：

1.1 重疾安康保障金

患病员工在治疗本细则所附之任一种重大疾病期间的自费药、自费材料、自费检查及自费化验费用， FESCO 将按 90% 给予报销，最高累计保障金额为人民币 10 万元。

1.2 重疾安康身故保障金

若员工因本细则所附之任一种重大疾病不幸身故， FESCO 将给予员工的直接受益人人民币 10 万元的家属抚慰金，使员工家庭蒙受损失降到最低。

1.3 重疾安康住院治疗及出院康复保障金

- 员工因患本细则所附之任一种重大疾病住院治疗期间，按实际住院天数可享受 FESCO 给予的人民币 200 元/天的床位补助，最长可累计领取 180 天（单次领取不超过 90 天）；
- 员工因患本细则所附之任一种重大疾病治疗出院后，可享受 FESCO 给予的人民币 100 元/天的康复补助，最长可以领取 45 天；
- 员工因患本细则所附之任一种重大疾病住院治疗和出院康复期间，可享受 FESCO 给予的人民币 1000 元/月护理津贴，最长可以领取一年；

1. 申请流程及注意事项

如被保障员工因罹患本细则所附之任一种重大疾病，需提供以下相关证明及资料向被保障员工所属的 FESCO 业务部提出申请并填写理赔申请书，经 FESCO 医保中心审定后进行相关费用的支付。具体说明如

下:

2.1 “重疾安康保障金”申请所需证明及资料:

- 提供被保障员工 FESCO 工作证;
- 提供被保障员工户口本或身份证明的复印件;
- 提供由社保及 FESCO 认可的医疗机构出具的附有组织学检查、血液检验及其它科学方法检验报告、疾病诊断证明书、首次确诊住院期间大病病历复印件。
- 提供就医门诊费用收据 (社医保分割单)、处方及检查治疗明细复印件; 住院费用收据 (社医保分割单)、清单、明细单及出院诊断证明书复印件。

2.2 “重疾安康住院治疗保障金”所需证明及资料:

- 提供被保障员工身份证明的复印件;
- 提供社保及 FESCO 认可的医疗机构出具的附有组织学检查、血液检验及其它科学方法检验报告、疾病诊断证明书、完整的病历、住院证明、出院小结复印件。
- 提供被保障员工住院费用收据 (社医保分割单)、清单、明细单及出院诊断证明书复印件。

2.3 “重疾安康保障身故保障金”所需证明及资料 (由被保障员工的身故保障金受益人作为申请人填写保障金给付申请书):

- 被保障员工户口本或身份证明的复印件;
- 公安部门或社保认可的医疗机构出具的被保障员工的死亡证明书复印件;
- 被保障员工户籍注销证明复印件;
- 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它证明和资料。

2.4 上述保障金申请过程中需提交的其他申请材料:

- 如为代理人申领, 应提交授权委托书及代理人身份证明。
- 若有多名受益人, 应指定委托代理人并签署委托书, 同时提供受益人的联系电话及保障金分割协议, 必要时还需提供相关公证证明, 受益人还需提供银行账户信息, 填写理赔申请书。

2. “重疾安康保障” 细则

3.1 合同有效期释义

- 指员工所在的公司为其购买“员工重疾安康保障”福利之日起, 到员工调离本公司或企业不再向本公司支付“员工重疾安康保障”福利之日止, 在此期间为享受“员工重疾安康保障”福利的有效期。

3.2 “员工重疾安康保障” 细则

1.3.1 在“员工重疾安康保障”合同有效期内, FESCO 保障责任:

1) 被保障员工于“员工重疾安康保障”生效之日起 60 日后（续保从续保生效日起），初次罹患由社保认可的医疗机构确诊的本细则所附之任何一种重大疾病，FESCO 将按患病员工在治疗重大疾病期间的自费药、自费材料、自费检查及自费化验费用的 90% 给付患病员工“重疾安康保障金”，最高累计给付金额为人民币 10 万元。当保障金给付金额累计超过最高保障金额时，FESCO 对该员工的“员工重疾安康保障金”责任随即终止；

2) 被保障员工于“员工重疾安康保障”生效之日起 60 日后（续保从续保生效日起），初次罹患由社保认可的医疗机构确诊的本细则所附之任何一种重大疾病并导致身故，FESCO 将一次性给付员工的直接受益人“重疾安康身故保障金”人民币 10 万元，对该员工的保障责任随即终止；

3) 被保障员工于“员工重疾安康保障”生效之日起 60 日后（续保从续保生效日起），初次罹患由社保认可的医疗机构确诊的本细则所附之任何一种重大疾病且必须住院治疗，FESCO 将按患病员工实际住院天数给付员工“重疾安康住院治疗保障金”：人民币 200 元/天“床位补助”，每次最高给付天数以 90 天为限，累计给付天数以 180 天为限，对该项员工的保障责任随即终止；

4) 被保障员工于“员工重疾安康保障”生效之日起 60 日后（续保从续保生效日起），初次罹患由社保认可的医疗机构确诊的本细则所附之任何一种重大疾病，经住院治疗后的出院康复期间，FESCO 将给付“重疾安康出院康复保障金”：人民币 100 元/天“康复补助”，最高给付天数以 45 天为限，对该项员工的保障责任随即终止；

5) 被保障员工于“员工重疾安康保障”生效之日起 60 日后（续保从续保生效日起），初次罹患由社保认可的医疗机构确诊的本细则所附之任何一种重大疾病，根据患病员工实际住院治疗和出院康复天数，FESCO 将一次性给付“月护理津贴保障金”：人民币 1000 元/月“护理津贴”，最高给付月数以 12 个月为限，对该项员工的保障责任随即终止；

1.3.2 在“重疾安康保障”合同有效期内，FESCO 免付范畴：

因下列情形之一，导致被保障员工初次患本细则所附之任何一种重大疾病或因此身故的，不属于“FESCO 重疾安康保障”给付范畴：

- 1) “重疾安康保障金”免付范畴
 - 投保前已患本细则所附之任何一种重大疾病；
 - 投保人、受益人对被保障员工的故意杀害、伤害；
 - 被保障员工故意犯罪或拒捕；
 - 被保障员工殴斗、醉酒、自杀、故意自伤及服用、吸食、注射毒品；
 - 被保障员工受酒精、毒品、管制药物的影响而导致的意外；
 - 被保障员工酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车辆；

- 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；
- 被保障员工患有先天性、遗传性疾病；
- 被保障员工患有艾滋病或感染艾滋病病毒（HIV 呈阳性）期间患有本细则约定的重大疾病的；
- 战争、军事行动、暴乱、武装叛乱或恐怖活动（以上行为以政府宣告或认定为准则）；
- 核爆炸、核辐射或核污染；
- 被保障员工为血友病患者。

2) “重疾安康身故保障”免付范畴

- 投保前已患本细则所附之任一种重大疾病；
- 被保障员工不论在神智清醒与否的状况下自杀或自伤；
- 投保人、受益人对被保障员工的故意杀害、伤害；
- 被保障员工因自身的犯罪行为或因拒捕而导致的；
- 战争、军事行动、暴乱、叛乱、恐怖主义袭击（以上行为以政府宣告或认定为准则）；
- 被保障员工非法服用、吸食或注射违禁药品，成瘾性吸入有毒气体，酗酒或斗殴；
- 被保障员工酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车辆；
- 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；
- 被保障员工怀孕、流产、节育、分娩或由此所导致的任何并发症；
- 被保障员工因药物过敏、食物中毒、医疗事故导致的伤害或未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物；
- 被保障员工因精神错乱或失常而导致的；
- 原子能或核能装置所造成的爆炸、灼热或辐射；
- 被保障员工患有艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV）（以上病症的定义，应按世界卫生组织所订的定义为准。若被保障员工的血液样本中发现上述病毒或抗体，则认定已感染该病毒）期间发生身故。

3. “员工重疾安康保障”二十种重大疾病的释义：

“员工重疾安康保障”细则所附“二十种重大疾病”系指：被保障员工于“员工重疾安康保障”生效之日起 60 日后（续保从续保生效日起），初次罹患由社保认可的医疗机构确诊的下列“重大疾病”或接受下列手术：

3.1 癌症：因恶性肿瘤出现导致的一种疾病，表现为恶性细胞不受控制的生长、扩散以及组织侵入。必

须有明确的组织学报告及证明诊断。

- ✚ 除外责任：任何 CIN 期（子宫颈上皮内瘤形成）；任何癌前病变；任何非侵入性癌（原位癌）、前列腺癌 1 期（1a, 1b, 1c）；所有的皮肤癌包括恶性黑色素瘤 IA 期（T1aN0M0）；任何伴有艾滋病感染的恶性肿瘤；1 期何杰金氏病；慢性淋巴细胞性白血病。

3.2 急性心肌梗死：由于冠状动脉急性、机械性阻塞导致相应区域供血不足而造成部分心肌坏死。

. 诊断必须具备下列所有条件：

- 典型的胸痛史；
- 新近的心电图改变显示有急性心肌坏死；
- 心肌酶、肌钙蛋白异常升高

- ✚ 除外责任：有肌钙蛋白 I 或 T 升高的非 ST 段抬高的心肌梗死；其他急性冠脉综合征。

3.3 中风：任何脑血管意外导致持续 24 小时以上的神经性后遗症，包括脑梗死、脑溢血以及颅外来源的栓塞。必须有典型的临床症状并有脑部 CT 和 MRI 报告。必须提供永久性神经性障碍的证明。

- ✚ 所谓永久性神经性障碍：系指发病 6 个月后，经社保及 FESCO 认可医疗机构的神经科医师认定仍遗留下列残障之一者：

- 一肢或一肢以上肢体机能完全永久丧失；
- 两肢或两肢以上运动或感觉障碍导致永久丧失独立进行下述三个或更多的日常生活活动能力：洗澡、穿衣/脱衣、上厕所及使用厕所、从床到椅子或从椅子到床、大小便自制、饮食和服药；
- 完全及永久丧失言语能力；
- 完全及永久丧失吞咽功能，必须永久使用鼻饲管。

- ✚ 除外责任：短暂性脑缺血(TIA)；脑部外伤；因偏头疼导致的神经症状。

3.4 冠状动脉搭桥手术：为矫正两支或两支以上狭窄或阻塞的冠状动脉，而实际进行的开胸冠状动脉搭桥术（CABG）。须通过冠状血管造影证实手术是必要的。

- ✚ 除外责任：内镜手术等其它非开胸手术。

3.5 慢性肾功能衰竭（尿毒症）：肾脏疾病终末期，表现为慢性的不可逆的双肾功能衰竭，必须进行了十次或十次以上肾透析（血液透析或腹膜透析）或肾移植。

3.6 重要器官移植手术：作为受体确已接受心脏、肺、肝、小肠、肾或骨髓移植手术。

3.7 瘫痪：由于意外或因脑或脊髓病变引起的两个或两个以上肢体功能永久完全丧失而出现的瘫痪。须经过社保及 FESCO 认可医疗机构的神经专科医师确诊，需要有至少三个月的医疗记录。

- ✚ 除外责任：因格林巴利综合症导致的瘫痪。

3.8 失明：因疾病或意外导致双眼视力完全、永久且不可逆地丧失。失明包括眼球缺失或摘除、或不能

辨别明暗、或仅能辨别眼前手动者,最佳矫正视力低于国际标准视力表 0.02,或视野半径小于 5 度,并经社保及 FESCO 认可医疗机构的眼科医师确诊。

3.9 心脏瓣膜置换术: 指用人工瓣膜替代一个或多个心脏瓣膜的移植手术。包括因主动脉瓣、二尖瓣、三尖瓣或肺动脉瓣的疾病而进行的人工瓣膜置换。

✚ 除外责任: 心脏瓣膜修复、瓣膜切开术和瓣膜成形术。

3.10 主动脉手术: 已施行手术切除了存在慢性病变的主动脉并用移植物替代。就本定义而言,主动脉指胸、腹主动脉,但不包括其分支。

✚ 除外责任: 主动脉的外伤。

3.11 再生障碍性贫血: 因骨髓造血功能衰竭而导致的贫血、嗜中性白细胞减少和血小板减少,须经骨髓穿刺检查证实,至少需要进行下列治疗中的一项:

- 输血制品 (历时 90 天以上);
- 骨髓刺激剂 (历时 90 天以上);
- 免疫抑制剂 (历时 90 天以上);
- 骨髓移植。

✚ 因药物或放射线所导致的再生障碍性贫血除外。

3.12 良性脑瘤: 脑内非癌性增生组织在全身麻醉下切除而导致的或因不宜实施手术而导致的永久性神经性障碍。除外责任包括所有囊肿、肉芽肿、脑动脉或静脉本身 (或血管内) 的畸形、垂体或脊柱的血肿和肿瘤。

所谓永久性神经性障碍,是指发病 6 个月后,经社保及 FESCO 认可医疗机构的脑神经科医师认定仍遗留下列残障之一者:

- 一肢或一肢以上肢体机能完全永久丧失;
- 两肢或两肢以上运动或感觉障碍导致永久丧失独立进行下述三个或更多的日常生活活动能力: 洗澡、穿衣/脱衣、上厕所及使用厕所、从床到椅子或从椅子到床、大小便自制、饮食和服药;
- 完全及永久丧失言语能力;
- 完全及永久丧失吞咽功能,必须永久使用鼻饲管。

3.13 昏迷: 一种无意识状态,对所有外界刺激或内部需要持续没有反应,至少连续使用生命支持系统 96 小时,并导致永久性的神经性障碍。继发于酒精或滥用药物的昏迷不在保障范围内。

所谓永久性神经性障碍,是指发病 6 个月后,经社保及 FESCO 认可医疗机构的脑神经科医师认定仍遗留下列残障之一者:

- 一肢或一肢以上肢体机能完全永久丧失;

- 两肢或两肢以上运动或感觉障碍导致永久丧失独立进行下述三个或更多的日常生活活动能力：洗澡、穿衣/脱衣、上厕所及使用厕所、从床到椅子或从椅子到床、大小便自制、饮食和服药；
- 完全及永久丧失言语能力；
- 完全及永久丧失吞咽功能，必须永久使用鼻饲管。

3.14 失聪（丧失听力）：因疾病或意外造成完全的、永久的双耳听力丧失。听力丧失指被保障员工存在 90 分贝以上的双耳听力丧失，且持续至少一年。须经社保及 FESCO 认可医疗机构的耳鼻喉专科医师确诊并有听力测试和声域测验证明。

3.15 脑炎：因病毒或细菌感染而引起的脑实质（大脑半球、脑干或小脑）炎症，需经过社保及 FESCO 认可医疗机构的神经专科医师确诊。该疾病必须导致永久丧失独立进行三个或更多的日常生活活动能力--洗澡、穿衣/脱衣、上厕所及使用厕所、从床到椅子或从椅子到床、大小便自制、饮食和服药--或必须导致永久性的卧床，没有外部帮助无法起床。这些病症必须有至少三个月的医疗记录。

3.16 严重头部创伤：因头部严重创伤导致其功能紊乱，该病须经社保及 FESCO 认可的医疗机构的神经专科医师确诊。该紊乱必须导致永久丧失独立进行三个或更多的日常生活活动能力--洗澡、穿衣/脱衣、上厕所及使用厕所、从床到椅子或从椅子到床、大小便自制、饮食和服药--或必须导致永久性的卧床，没有外部帮助无法起床。这些病症必须有至少三个月的医疗记录。

3.17 丧失言语能力：由于声带遭受物理创伤而导致的完全的、永久的丧失言语能力。这种情况必须有至少六个月的医疗记录。

3.18 大面积烧伤：三度烧伤占被保障员工体表面积 20% 或以上。

3.19 细菌性脑膜炎：经过社保及 FESCO 认可医疗机构的神经科医师所确诊的脑膜或脊膜的细菌感染性炎症。该炎症必须导致永久丧失独立进行三个或更多的日常生活活动能力--洗澡、穿衣/脱衣，上厕所及使用厕所，从床到椅子或从椅子到床，大小便自制，饮食和服药--或必须导致永久性卧床，没有外部帮助无法起床。这些病症必须有至少三个月的医疗记录。

3.20 原发性肺动脉高压：因肺毛细血管压力上升、肺血流增加或肺血管阻力增加导致的肺动脉压力增高。必须经心导管检查显示平均肺动脉压力在 20 mmHg 以上才可做出诊断。必须有至少三个月的右心室肥厚、扩张及右心衰表现的纪录。

特别加项：被保障员工于“员工重疾安康保障”生效之日起 60 天后（续保从续保生效日起）初次发生且经社保及 FESCO 认可的医疗机构确诊因输血而被艾滋病病毒感染（HIV）或成为艾滋病患者（AIDS），FESCO 将一次性给付员工“因输血感染爱滋病病毒保障金”：人民币 2 万元，对该员工的保障责任随即终止，且该员工不再享受其他保障责任。

因输血而被艾滋病病毒（HIV）感染或为艾滋病患者（AIDS），需要满足下列所有条件：

- 感染是由于必要的医疗性输血引起的；
- 提供输血的医疗机构承认该输血感染为医疗责任事故；
- 被保障员工不是血友病患者。

北京外企人力资源服务有限公司（FESCO）对本细则中的各项条款具有最终解释权。

六、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：20 万元**
- **中国大陆疾病死亡保障** **最高补偿额度人民币：10 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车辆期间；
- 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，则认定员工已被艾滋病毒感染。
- 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。

四、员工配偶综合保障：

- 享受条件：所在公司为员工购买此项保障且员工配偶已经参加社会医疗保障(员工配偶年龄不高于法定退休年龄)。
- 就诊范围：可以在北京市基本医疗保险指定范围内的医院就诊。
- 享受内容： 门急诊和住院治疗（不包含计划生育及生育责任），报销比例为 50%，封顶 1 万元/年。附赠 10 万元人身意外保障；

五、年度健康体检

购买此项福利并连续缴费满一年的员工，可享受在每个公历年度的指定时间、指定医院或体检机构进行不同档次的健康体检。

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.bjlzdbzj.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。