

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 女工生育保障

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、雇主责任险保障

六、补医保 A+保障

七、年度健康体检

第六章 FESCO 人身意外伤害保障

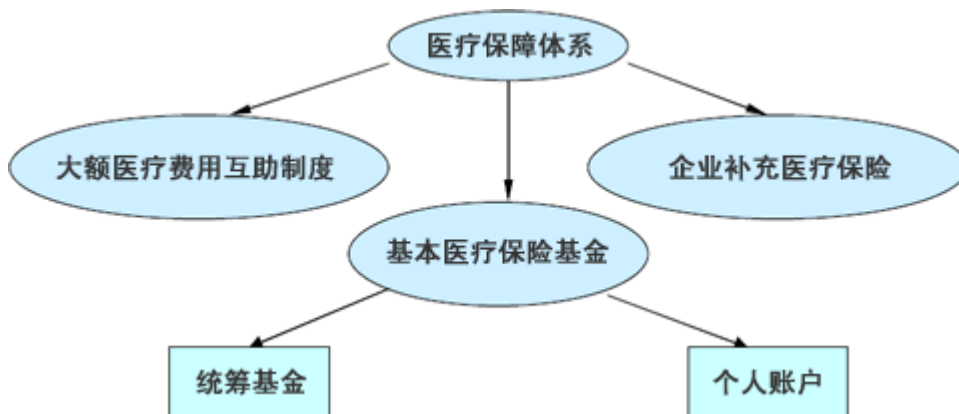
第一章 政策指南

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员的基本医疗需求。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. 医疗保险缴费基数如何计算?

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，其金额如何体现？

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）。其使用方法同一般存折，但只能用于取款。

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的费用。

4. 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？

员工可遵循就近就医，方便管理的原则，在单位和居住区域附近选择 4 家方便个人就医的定点医疗机构。其中必须有 1 家级别为一级的基层医疗机构，例如：社区卫生服务中心。

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，为本市参保人员的共同定点医疗机构。无须选择，参保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，为本市参保人员的共同定点医疗机构。无须选择，参保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。

参保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新参保一年之内不能变更，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，不得丢失或转借他人使用。

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，参保人员需持《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，其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（如有调整应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？

	参 保 人 员 类 别	起 付 线	报 销 比 例			
			医疗费用全额段	一级医院	二级医院	三级医院
住院类	在 职	本年度首次住院起付线 1300 元；第二次及后续多次住院，起付线 650 元/次	1300-3 万	90.0%	87.0%	85.0%
			3 万-4 万	95.0%	92.0%	90.0%
			4 万-10 万	97.0%	97.0%	95.0%
			10 万-50 万	85.0%		
	退 休		1300-3 万	97.0%	96.1%	95.5%
			3 万-4 万	98.5%	97.6%	97.0%
			4 万-10 万	99.1%	99.1%	98.5%
			10 万-50 万	90.0%		

六、关于大额医疗费用互助资金

员工同一年度内门、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

员工同一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 40 万元/年。

大额医疗互助资金与统筹基金累计支付数额为 52 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。自确定妊娠至终于妊娠，发生的产前检查费用按限额标准支付

3000 元。低于限额标准的按实际发生的费用支付；高于限额标准的，按限额标准支付。

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：

自然分娩的医疗费：三级医院 5000 元、二级医院 4800 元、一级医院 4750 元（剖宫产后再次妊娠阴道试产且采取椎管内分娩镇痛，定额支付标准在各级医院“自然分娩”定额标准的基础上分别增加 1000 元）；

人工干预分娩的医疗费：三级医院 5200 元、二级医院 5000 元、一级医院 4950 元；

剖宫产手术的医疗费：三级医院 5800 元、二级医院 5600 元、一级医院 5550 元。

3. 门诊计划生育手术费用，按照限额方式支付。其中：

门诊人工流产手术医疗费 777 元

门诊高危人工流产手术医疗费 859 元

门诊药物流产医疗费 560 元

门诊输卵管药物粘堵术医疗费 2127 元

门诊输精管药物粘堵术医疗费 2093 元

门诊输精管结扎术医疗费用 1988 元

门诊宫内节育器放置术医疗费 900 元

门诊宫内节育器取出术医疗费 832 元

门诊宫内节育器取出术加宫内节育器放置术医疗费 1186 元

门诊人工流产手术同时宫内节育器取出术医疗费 982 元

门诊人工流产手术同时宫内节育器放置术医疗费 1171 元

门诊人工流产手术同时宫内节育器取出术加宫内节育器放置术医疗费 1320 元

门诊高危人工流产手术同时宫内节育器取出术医疗费 1131 元

门诊高危人工流产手术同时宫内节育器放置术医疗费 1198 元

门诊高危人工流产手术同时宫内节育器取出术加宫内节育器放置术医疗费 1510 元

4. 住院计划生育手术费用按照定额标准支付。其中：

住院人工流产手术医疗费：三级医院 1695 元、二级医院 1575 元、一级医院 1545 元；

住院高危人工流产手术医疗费：三级医院 1885 元、二级医院 1765 元、一级医院 1735 元；

住院人工流产手术加输卵管结扎术医疗费：三级医院 2547 元、二级医院 2347 元、一级医院 2297 元；

住院高危人工流产手术加输卵管结扎术医疗费：三级医院 2628 元、二级医院 2428 元、一级医院 2378 元；

住院输卵管结扎术医疗费：三级医院 2357 元、二级医院 2157 元、一级医院 2107 元；

住院人工流产手术同时宫内节育器取出术医疗费：三级医院 1954 元、二级医院 1834 元、一级医院 1804 元；



住院人工流产手术同时宫内节育器放置术医疗费：三级医院 2021 元、二级医院 1901 元、一级医院 1871 元；

住院人工流产手术同时宫内节育器取出术加宫内节育器放置术医疗费：三级医院 2103 元、二级医院 1983 元、一级医院 1953 元；

住院高危人工流产手术同时宫内节育器取出术加宫内节育器放置术医疗费：三级医院 2293 元、二级医院 2173 元、一级医院 2143 元；

符合计划生育规定因母婴原因需中止妊娠的中期引产术医疗费：三级医院 3593 元、二级医院 3393 元、一级医院 3343 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，上无封顶限；

2. 员工 18 周岁以下的符合国家计划生育政策的独生子女（含双胞胎）门急诊、住院报销 50%（社保已结算费用，报销自付一金额的 50%；社保未结算费用，报销五费（药费，输血费，手术费、检查费、化验费）内的合理金额，下无起付额，上无封顶限；

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，且社保未报销的部分）100%报销，封顶限 8000 元/年。

注：个性化产品请参照相应产品形态。

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. 员工本人必须为不超过法定退休年龄的中国籍在职职工；

3. 员工本人在指定医院顺利通过入职体检（体检结果“合格”）并基本完成其相应的人事手续办理；

4. 员工所在公司能根据合同规定的期限每月按时缴纳服务费到 FESCO 财务部门；

5. 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》相关政策条例以及本手册中所涉及的各项报销规定；

6. 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

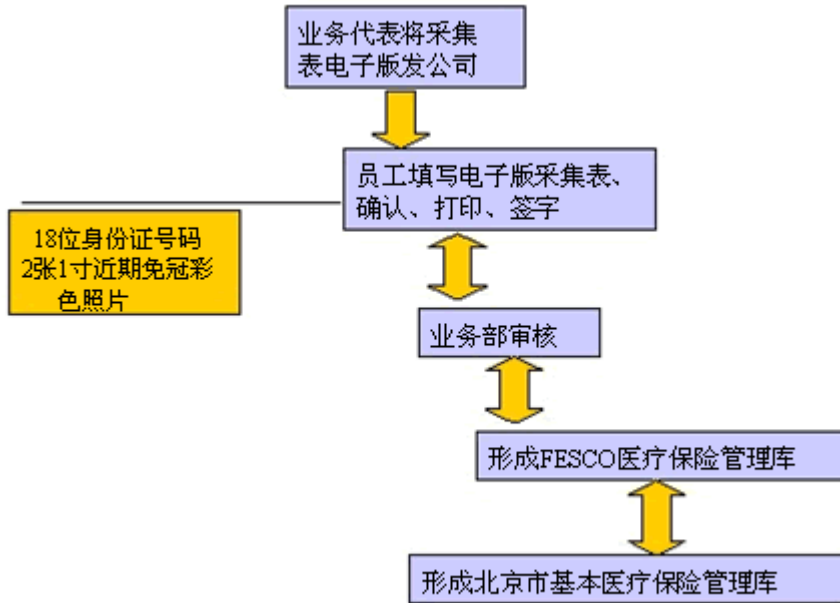
公司加入医保并购买 FESCO 员工医疗保障

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—北京银行存折（需要 2 个月）

第二部分 如何进行信息采集



准备工作

1. 两张 1 寸白底免冠彩色近照；
2. 身份证号码升位，持户口本至所在派出所变更即可；
3. 选择定点医院

新参保员工选择的定点医疗机构一年之内不能变更，期满一年后如有变更需求，可以联系 FESCO 业务人员办理变更定点医院相关手续。

选择医院时可参考建议：

- 选择一家居住地附近的综合性医院；
- 选择一家办公地附近的综合性医院；
- 选择一家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（必选）。

A 类医院、专科医院及中医医院不用选，定点专科医院只能看专科，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；新参保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。

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。

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 2020 年 5 月，如医院名单有变动，请以北京市医疗保险事务管理中心最新政策为准。）

4. 在电脑中保留自己填写的采集表电子版；

第三章 就诊指南

第一部分 就诊范围

一、本市门诊及住院就诊范围

基本医疗保险指定的 A 类医院、专科医院和中医医院、参加本市基本医疗保险时选择的 4 家定点医疗机构。若需查询自己选定的定点医疗机构，可咨询社保中心或登录北京市社会保险网上服务平台自行查询。

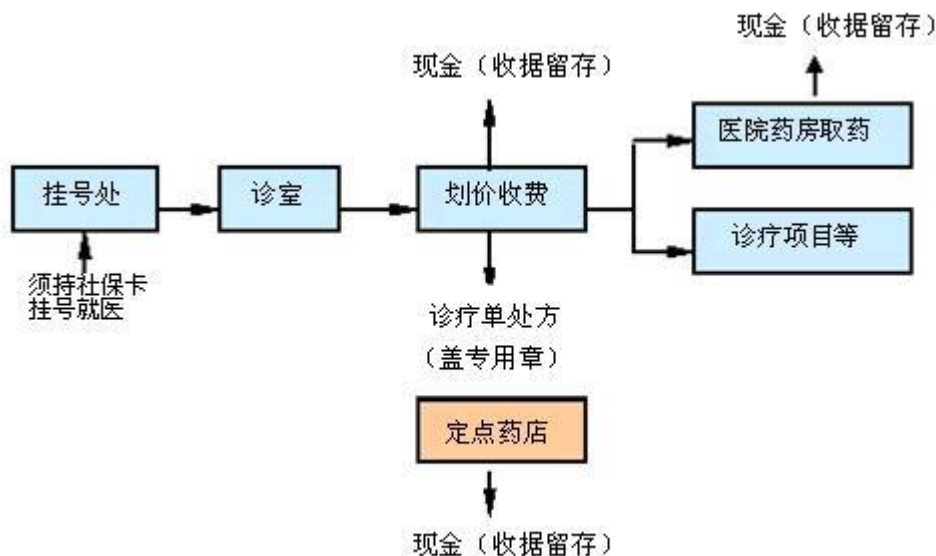
二、本市急诊

因患急症不能到本人选定的定点医疗机构就医时，可在就近的医保定点医疗机构急诊就医；

三、外地急诊

因公外出或探亲期间，在本市行政区域外突发急症不能回参保地治疗的，可在因公外出或探亲当地的一家县级（含）以上基本医疗保险定点医疗机构就医。为保障您的就医质量，建议选择当地的市级医院。并附就诊医院出具的急诊《诊断证明》和所在公司开具的《出差（或探亲）证明》。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的情形，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

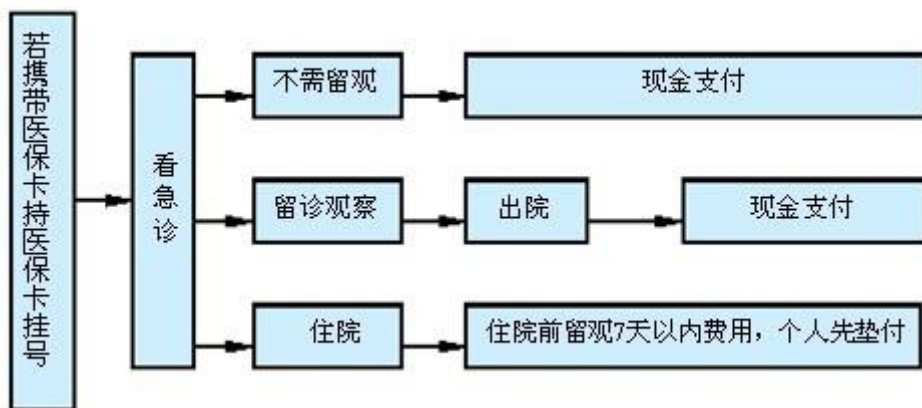
员工患高血压、糖尿病、冠心病、慢性肝炎、肝硬化、结核病、精神病、癌症、脑血管病、前列腺肥大疾病，以上十种慢性病，病情稳定需长期服用同一类药物的，可放宽到不超过一个月量。

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、急诊就诊与报销提示

根据北京医保相关政策规定，急症需在急诊科就诊，急诊医疗费用需要提交就诊医院开具的《急诊诊断证明》和急诊就诊病历，请在就诊时向所在医疗机构的急诊服务台索取。

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

北京基本医疗保险参保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，明确已经加入了基本医疗保险。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。

2. 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先到参保地的社保经办机构进行费用结算分割，再进行 FESCO 补充医疗保障福利报销。

3. 住院时需要中途转院

住院治疗期间因病情等多方面因素需要中途转院治疗的，须经您本人的定点医院填写《北京市医疗保险转诊转院单》报该医疗机构的医保管理部门审核批准。如果不幸染上传染疾病，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北京市基本医疗保险，同时以团体的形式在 FESCO 参加了 FESCO 补充医疗保障；
2. 员工本人在指定医院顺利通过入职体检（体检结果“合格”）并基本完成其相应的人事手续办理；
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》相关政策条例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（线上报销与线下报销）

1. 下载“FESCO”APP 在线申请报销（线上报销）

线上报销操作方式简介

扫描 APP 端二维码 或 Android、iOS 各大应用市场，搜索“FESCO”（红底白字图标）进行下载。



使用手机号和验证码登陆，如在认证过程中遇到问题，烦请您联系 service@fescotech.com。

首次登陆输入本人姓名和身份证号，系统需要先进行身份验证。如遇系统提示人员或银行卡信息维护不全的情形，烦请您联系外企的业务人员，先行进行个人信息维护与完善。

进入操作界面后请点击“健康”图标，再点击“保险报销”图标可进入材料上传界面。请您按照系统各项提示逐步完成材料上传。请注意：系统提示收据是必传项，并非只上传收据即可。烦请您按照系统的各项提示将收据及辅助就医材料分别上传至对应的单元模块中。

特别说明：

- （1）票据需按照就诊日期分月上传（例如：7 月就诊的票据和 8 月就诊的票据不能出现在同一笔订单中，需要按月分开上传）；
- （2）不可跨越年度上传（例如：2019 年度的票据和 2020 年度的票据不能出现在同一笔订单中，需要

按年度分开上传);

(3) 按照不同的票据类型上传(例如:“门诊和“住院”的票据需要分开上传,其中“门诊特殊病”请按“住院”类型上传);

(4) 围产、生育、计划生育以及需先送社保结算的单据,不能进行线上报销;

(5) 关于实体材料的提交:单笔报销赔付金额小于小额免实体金额的,无需提交实体单据。单笔报销赔付金额大于小额免实体金额的,需要您持续关注订单的审核状态,待订单初审通过后,系统会提示您提交实体单据。系统会采集您的个人邮箱信息,并将《索赔申请单》发送至您指定的邮箱里,需要您自行下载并打印《索赔申请单》,核对报销、手机号等重要信息后,手写签署姓名确认。最后按照系统提示将《索赔申请单》和您在该笔订单中上传的所有影像的实体材料一并寄送到指定地点。实体材料一旦提交,不可借调和退还。如有其他用途,烦请您提前复印预留备份(复印件内容应清晰完整)。

(6) 如您寄送的实体材料与上传的影像件有出入,外企工作人员会致电您沟通补寄材料等相关事宜。待您再次补寄材料时烦请务必标注员工姓名、外企唯一号(或身份证号)以及订单的分案号,便于外企工作人员接收您的补充材料并进行准确匹配。

2. 提供“一站式”服务(线下报销)

员工可前往业务部-服务中心办事大厅,按报销规定现场填写《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;

3. 长期驻异地办公的员工可按上述要求将相关材料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。

三、报销凭证

1. 完整填写《医疗保障索赔申请单》(线下报销)

2. 附相应的带有财税章和医院章的医疗费用专用收据原件;

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应有详细的诊断说明)和门诊病历复印件以及各种检查、化验报告和疾病诊断证明书等与赔付有关的辅助材料;

4. 急诊费用报销还需提供医院开具的急诊诊断证明和急诊就诊病历;

5. 住院费用报销还需提供诊断证明书原件、结算单原件、费用明细清单原件。

四、报销支付期限

1. 符合报销规定的费用将通过银行转帐,自收单之日起 10 个工作日内进入员工账户中;



2. 工作地点长期驻外地的员工，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，可根据自身时间安排，在次年 1 月 10 日之前随时到 FESCO 所属的业务部门进行申报。为避免票据积压过多，建议您避开年底报销高峰期，随时到业务部进行申报。

特别说明：离职员工在职期间发生的医疗费用，需在离职前申报完毕。

六、报销情况查询

员工可以登录 FESCO APP 或 FESCO 员工服务平台查询个人报销情况（具体开通及查询方式可详询外企客服热线 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，在北京市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) 北京市门诊收费专用收据；

① 机打收据原件、手写收据无效

② 盖有医院收费处公章

③ 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）

④ 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、药品明细清单。实名制报销，姓名、性别、年龄、病情诊断等基本信息不允许涂改；

(3) 化验、检查等结果报告单；

(4) 治疗明细单机打有效，手写明细单需加盖医院收费处公章；口腔类和眼科类治疗须提供明细单和病历；

(5) 慢性病诊断证明书、病历复印件等；

注：收据、处方、明细、检查化验报告结果等单据要按费用发生日期逐一对应。外伤（中毒、烫伤）需要提供《外伤情况说明》阐述事情发生的时间、地点、详细经过，由公司盖章。

2. 急诊

(1) 所需单据同门诊；

(2) 急症在急诊科就诊，有急诊章；

(3) 急诊诊断证明及急诊就诊病历；

注：北京参保员工急诊未实时结算的单据，需提供社保卡原件。若社保卡未下发，需提供《新发与补换社会保障卡领卡证明》原件。

三、报销注意事项

1. 持卡就医

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在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）或自行购药的，一律不予报销；注：全国员工外购药需经当地社保结算且统筹有支付金额，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，门诊病开具 7 日药量，慢性病开具 14 日药量。超出规定的药量 FESCO 可拒绝报销超出部分的费用。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，上述十种慢性病，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相关检查报告单、化验单等辅助材料。

4. 禁止修改或损毁单据



报销医疗费用所提供的收据、医保处方、就诊病历、费用明细单、检查化验单、疾病诊断证明等所有单据的基本信息（包括：姓名、性别、年龄、单位、药品名称规格及用法用量、检查化验及诊断结果等）均不允许涂抹或修改；禁止粘贴或损毁票据，故意遮挡就诊人姓名、社会保障号、疾病诊断等重要信息。但凡出现涂改损毁的票据，单据一律不予报销不予退回。

5. 异地就诊

(1) 异地安置员工，只能报销在选定医院发生的医疗费用；

(2) 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；所需单据与北京门急诊报销所需单据相同（北京员工需提供社保卡原件）；

(3) 门诊未持社保卡实时结算的医疗费用（异地安置或异地急诊费用），送社保部门进行费用结算分割后，凭借分割单原件以及所有就诊材料的复印件进行补医保报销。请您务必提前预留所有就诊材料的复印件（复印内容应清晰完整）！

特别提示：如果员工送社保的费用发生日期全部在补医保保障日期内，可凭借分割单原件以及所有就诊材料的复印件进行补医保报销；如果员工送社保的费用发生日期（全部或局部）超出补医保保障日期的（即，新系统福利订单开始日期之前或订单终止日期之后），针对不在福利保障期间内的（全部或局部）医疗费用，FESCO 补医保不予赔付。

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北京市基本医疗保险为前提，因此按照北京市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单原件、出院诊断证明原件、病案病历等。

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

1. 异地安置员工，只能报销在选定的定点医疗机构发生的医疗费用；

2. 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费用结算分割，尔后凭借分割单原件以及所有就诊材料的复印件进行 FESCO 补充医疗保障福利报销。请您务必提前预留所有就诊材料的复印件（复印内容应清晰完整）！

3. 住院未持社保卡实时结算的医疗费用（异地安置或异地住院费用）需先送社保部门进行费用结算分割，尔后凭借分割单原件以及所有就诊材料的复印件进行补医保报销。请您务必提前预留所有就诊材料的复印件（复印内容应清晰完整）！

特别提示：如果员工送社保的费用发生日期全部在补医保保障日期内，可凭借分割单原件以及所有就诊材料的复印件进行补医保报销；如果员工送社保的费用发生日期（全部或局部）超出补医保保障日期的（即，新系统福利订单开始日期之前或订单终止日期之后），针对不在福利保障期间内的（全部或局部）医疗费用，FESCO 补医保不予赔付。

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子女户口所在地之中选择一地就医，就诊需在区县级（二级含）以上的公立医院或儿童医院。如因员工调动等原因须变更的，须由员工提出书面申请，每年可变更一次。

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（如有双/多胞胎情况，仅可报销其中一名子女，且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. 北京子女未经医保结算的单据（包括“持卡欠费”及“非本人定点医院机构”就诊），五项（药品、手术、输血、检查、化验）的医保范围内合理费用按 50%的比例予以报销；



2. 参加北京市“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，医保统筹有支付金额，医保范围内的合理金额按 50%的比例予以报销（子女诊查费不予报销）；

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、其他商业医疗保险保障计划、其他途径获得补偿或赔偿的，FESCO 仅对剩余部分承担报销责任；

5. 重要单据请您务必在报销之前提前预留所有就诊材料的复印件（复印内容应清晰完整）；

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》（线下），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，治疗明细单，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。如果持分割单原件报销，还需提供上述所有就诊材料的复印件（复印内容应清晰完整）。请您务必提前预留所有就诊材料的复印件！

第五部分 FESCO 女工生育保障

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。

三、所需凭证

1. 围产

（1）门急诊收费专用收据

- ① 机打收据（手写收据无效）
- ② 盖有医院收费处公章及财税章

（2）医疗保险专用处方

要求实名制报销，基本信息（姓名、性别、年龄、病情诊断等）不允许涂抹和修改

(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

北京市参保员工：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》以及《北京市外地来京人员生育服务联系单》可继续使用。

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就诊原始单据的复印件（复印内容应清晰完整），请您务必提前预留所有就诊材料的复印件！北京参保员工为本市户籍的，在办理围产医疗费用报销时需提供《北京市生育登记服务单》原件。

2. 生产

(1) 住院收费专用收据

① 机打收据（手写收据无效）

② 盖有医院收费处公章及财税章

(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

北京市参保员工：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》以及《北京市外地来京人员生育服务联系单》可继续使用。

注：北京市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相关证明，并注明医院



等级（由当地社保或医院提供，加盖有效公章），以及员工异地生育的个人情况说明（由员工本人提供，加盖公司公章）；

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费用结算分割，尔后凭借分割单原件以及所有就诊材料的复印件进行 FESCO 补充医疗保障福利报销。请您务必提前预留所有就诊材料的复印件（复印内容应清晰完整）！

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）

1. 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

① 围产费用必须在每年报销截止日之前联系外企业务人员申报办理；分娩结束后，围产和生育费用应合并一笔提交；

② 生育津贴应于分娩 60 天以后联系外企业务人员/外企社保中心申报办理。

（2）引、流产费用及计生津贴

① 引、流产费用必须在每年报销截止日之前联系外企业务人员申报办理；

② 计生津贴应于手术 60 天以后联系外企业务人员/外企社保中心申报办理。

2. 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、流产及围产费用应于手术/分娩 60 天后持所需单据联系外企业务人员申报办理；

（2）计生/生育津贴应于手术/分娩 60 天后持所需单据联系外企业务人员/外企社保中心申报办理。

3. 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，外企只负责围产、生育以及引、流产费用的报销，不负责生育津贴的办理与支付。

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

- ①机打收据（手写无效）
- ②盖有医院收费处公章及财税章

(2) 医疗保险专用处方

要求实名制报销，基本信息（姓名、性别、年龄、病情诊断）不允许涂抹和修改

(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) 计生诊断证明复印件

2. 住院

(1) 住院收费专用收据

- ①机打收据（手写无效）
- ②盖有医院收费处公章及财税章

(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就诊原始单据的复印件（复印内容应清晰完整），请您务必提前预留所有就诊材料的复印件！

第七部分 自费及免除责任

一、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；

二、因下列情形之一造成被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。全国诊疗费收费标准高于等于 35 元的补医保不予支付，小于 35 元的定额支付 8 元；
- 护理费、陪住费、出诊费、伙食费、特别营养费、催乳用药费、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；
- 原始收据丢失、医院开具的核对证明等相关材料不予报销；
- 婚前的围产、生育、计生相关费用不予报销；
- 各种非治疗性行为的费用如：气泡浴、微量元素检查、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、健美等相关费用如：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、外科手术导致的医疗事故；
 - 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、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、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，可供员工所在的公司(或代表处)为员工进行选择。凡年龄在 18 至 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，可享受由 FESCO 提供的住院补贴保障。员工患病或受到意外伤害，经医院诊断必须住院治疗的，员工将享受到由 FESCO 提供的：单次住院 90 天为限，每年住院 180 天为限的住院补贴。具体的免赔天数以及每天补贴金额以具体福利为准。

2. 住院天数是如何计算的？

员工因意外伤害住院治疗的，FESCO 将从员工每一次住院的首日开始，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)；员工因患病住院治疗的，FESCO 会从员工住院天数中扣除免赔天数给付住院补贴(即，住院补贴天数=因疾病实际住院天数-免赔天数)。

3. 住院补贴在就医及申请方面有哪些要求？

(1) 就医范围

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；异地出险以当地地区、县级以上(含)公立医院为准，须为当地社医保定点医院。

(2) 申请流程

员工于出院后 30 天内联系外企业务人员填写《理赔申请书》，并提交所需证明材料及单据。

(3) 所需材料

- ①理赔申请书；
- ②员工身份证复印件；
- ③住院收据复印件、费用明细复印件；
- ④住院诊断证明书复印件；
- ⑤住院病历复印件(含出、入院记录，出院小结)；
- ⑥如因意外伤害住院治疗的，还需提供与确认事故的性质、原因等有关的其他证明资料的复印件。

(4) 给付时效

员工申请材料提供齐全且确属给付范畴的，FESCO 会在收到申请材料后的 10 个工作日内进行给付，款

项会打入员工的 FESCO 账户；员工申请材料提供不全的，FESCO 会通知员工补全材料；对于不属于给付范畴的，FESCO 将发出免付通知书。

4. 哪些情况不属于给付范畴？

因下列情况之一造成的住院，不属于 FESCO 住院补贴给付范畴

- 既往症、先天性畸形、变形和染色体异常等遗传性疾病；
- 宫外孕、不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩(含难产)、流产、堕胎、节育(含绝育)、产前产后检查及以上原因引起的并发症；
- 艾滋病或感染艾滋病病毒、性病、精神疾患；
- 疗养、矫形、视力矫正术、美容、牙科保健及康复治疗、非意外事故所致的整容手术；
- 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；
- 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；
- 酒后驾驶、无照驾驶及驾驶无有效行驶证的机动车辆；
- 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；
- 初次选择本项福利后 60 天内所患疾病。

二、大病救助金

1. FESCO 大病救助金是什么？

大病救助金系 FESCO 健康管理及医疗保障系列福利之一，可供员工所在的公司(或代表处)为员工进行选择。凡年龄在 18 至 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，可享受由 FESCO 提供的大病救助金保障。员工一旦身患本项福利所含重大疾病之任意一种，经医院确诊后，员工将享受到由 FESCO 提供的：救助金额为 50000 元(A 档)或 100000 元(B 档)的大病救助金。金额以具体福利为准，同时保障责任终止。

2. 大病救助金在就医及申请方面有哪些要求？

(1) 医院范围

二级以上(含)医保定点公立医院或区、县级以上(含)医保定点公立医院就医。

(2) 申请流程

员工于治疗结束后 30 天内联系外企业务人员填写《给付申请单》，并提交所需证明材料及单据。

(3) 所需材料

员工因患病住院治疗，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，疾病诊断证明书复印件以及首次就诊病历、相关疾病治疗出、入院记录，员工身份证复印件，银行卡（或存折）复印件；员工因意外伤害住院治疗，还需提供与确认事故的性质、原因等有关的其他证明资料的复印件。

（4）给付时效

员工申请材料提供齐全且确属给付范畴的，FESCO 会在收到申请材料后的 15 个工作日内进行给付；对于员工申请材料提供不全或不属于给付范畴的，FESCO 将案件做退回处理。

3. “FESCO 大病救助金保障” 免除责任

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 大病救助金保障给付范畴：

- 蓄意隐瞒、欺诈行为；
- 参加保障前已患本细则所附之任一种重大疾病；
- 保障缴费公司或代表处、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；
- 未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；
- 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确），核爆炸、核辐射或核污染所致的疾病；
- 被保障员工患有先天性、遗传性疾病发生的相关费用；
- 购买本保障产品后 60 日内所患疾病（续购除外）。

4. “FESCO 大病救助金” 三十五种大病病种及释义

（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：

- 原位癌；
- 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- 皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；
- TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌；
- 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

(2) 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：

- 典型临床表现，例如急性胸痛等；
- 新近的心电图改变提示急性心肌梗塞；
- 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；
- 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%。

(3) 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：

- 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
- 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
- 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) 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。

(5) 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。

(6) 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。

(7) 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。

(8) 急性或亚急性重症肝炎

指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，并须满足下列全部条件：

- 重度黄疸或黄疸迅速加重；
- 肝性脑病；
- B 超或其它影像学检查显示肝脏体积急速萎缩；
- 肝功能指标进行性恶化。

(9) 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：

- 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；
- 实际实施了对脑肿瘤进行的放射治疗。

注：脑垂体瘤、脑囊肿、脑血管性疾病不在保障范围内。

(10) 慢性肝功能衰竭失代偿期

指因慢性肝脏疾病导致肝功能衰竭。须满足下列全部条件：

- 持续性黄疸；
- 腹水；
- 肝性脑病；
- 充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。

注：因酗酒或药物滥用导致的肝功能衰竭不在保障范围内。

(11) 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：

- 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
- 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
- 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。

(12) 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。

注：因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。

（13）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。

（14）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：

- 眼球缺失或摘除；
- 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）；
- 视野半径小于 5 度。

（15）瘫痪

指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体机能永久完全丧失。肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后或意外伤害发生 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意活动。

（16）心脏瓣膜手术

为治疗心脏瓣膜疾病，实际实施了开胸进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

（17）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。

注：神经官能症和精神疾病不在保障范围内。

（18）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，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

- 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
- 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；

- 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。

(19) 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：

- 药物治疗无法控制病情；
- 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。

注：继发性帕金森综合征不在保障范围内。

(20) 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。

(21) 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 30mmHg。

(22) 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。

(23) 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。

注：精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。

(24) 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：

- 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断；
- 外周血象须具备以下三项条件：中性粒细胞绝对值 $\leq 0.5 \times 10^9/L$ ；网织红细胞 $< 1\%$ ；血小板绝对值

$\leq 20 \times 10^9/L$ 。

(25) 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。

注：动脉内血管成形术不在保障范围内。

(26) 严重类风湿性关节炎

类风湿性关节炎为广泛分布的慢性进行性多关节病变，表现为关节严重变形，侵犯至少三个主要关节或关节组。如：双手(多手指)关节、双足(多足趾)关节、双腕关节、双膝关节和双髋关节。被保人所患的类风湿性关节炎必须已经达到类风湿性关节炎功能分级III级以上的功能障碍。即，关节活动严重限制，不能完成大部分的日常工作和活动，并须满足下列全部条件：

- 晨僵；
- 对称性关节炎；
- 类风湿性皮下结节；
- 类风湿因子滴度升高；
- X线显示严重的关节(软骨和骨)破坏和关节畸形。

(27) 系统性红斑狼疮—III型或以上狼疮性肾炎

是由多种因素引起，累及多系统的自身免疫性疾病。多侵犯育龄女性。其特点是生成自身抗体对抗多种自身抗原。本合同所指的系统性红斑狼疮仅限于累及肾脏(经肾脏病理检查或临床确诊，并符合下列世界卫生组织(WHO)诊断标准定义III型至V型狼疮性肾炎)的系统性红斑狼疮。其他类型的红斑性狼疮，如盘状狼疮，仅累及血液及关节等其他系统的系统性红斑狼疮不在保障范围。

世界卫生组织(WHO)狼疮性肾炎分型：

- I型(微小病变型)镜下阴性，尿液正常；
- II型(系膜病变型)中度蛋白尿，偶有尿沉渣改变；
- III型(局灶及节段增生型)蛋白尿，尿沉渣改变；
- IV型(弥漫增生型)急性肾炎伴有尿沉渣改变及/或肾病综合征；
- V型(膜型)肾病综合征或重度蛋白尿。

(28) 严重慢性呼吸功能衰竭

慢性肺部疾病导致永久不可逆性的慢性呼吸功能衰竭，必须由呼吸专科医师确认并符合下列所有条件：

- 肺功能测试其FEV1持续低于0.75升；
- 病人缺氧必须广泛而持续地进行输氧治疗；
- 动脉血气分析氧分压低于55mmHg。

报销时必须提供以上三项相应的证明文件或检查报告。

(29) 全身性重症肌无力

重症肌无力是一种神经肌肉接头传递障碍所致的疾病，表现为局部或全身骨骼肌(特别是眼外肌)极易

疲劳。疾病可以累及呼吸肌、上肢或下肢的近端肌群或全身肌肉，必须满足下列全部条件：

- 经药物治疗和胸腺切除治疗一年以上仍无法控制病情；
- 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。

(30) 严重的原发性心肌病

指因原发性心肌病导致心室功能损害造成永久不可逆性的心功能衰竭，心功能衰竭程度达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 IV 级。必须由心脏专科医生确诊，并有包括超声心动图在内的相关检查证实。

注：酗酒或滥用药物引起的心肌病不在保障责任范围内。

(31) 坏死性筋膜炎

坏死性筋膜炎的诊断须同时符合下列要求：

- 符合坏死性筋膜炎的一般临床表现；
- 细菌培养检出致病菌；
- 出现广泛性肌肉及组织坏死，并确实实施了坏死组织和筋膜以及肌肉的切除手术。

注：清创术不属于保险责任范围。

(32) 象皮病

指末期丝虫病，按国际淋巴学会分级为三度淋巴液肿，其临床表现为肢体非凹陷性水肿伴畸形增大、硬皮症和疣状增生。此病症须经专科医生根据临床表现和微丝蚴的化验结果确诊。

(33) 严重克隆病

克隆病是一种慢性肉芽肿性肠炎，具有特征性的克隆病病理组织学变化。诊断必须由病理检查结果证实。被保险人所患的克隆病必须已经造成瘻管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

(34) 多发性硬化症

多发性硬化症为中枢神经系统白质多灶性脱髓鞘病变，病变有时累及灰质。多发性硬化症必须由我们认可医院的神经专科医生确诊。必须伴有典型的脱髓鞘症状和运动及感觉功能障碍的证据并有 MRI 和脑脊液检查的典型改变。多发性硬化症必须造成神经系统永久性功能损害并且已导致被保险人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持续达 180 天以上。

(35) 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侵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。

注：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”是什么？

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经济与精神上双重保障的福利。此项福利意在帮助患病员工减轻医疗经济负担，使其安心就诊接受治疗；同时有效减轻患病员工家属的思想包袱，全面解决后顾之忧。

在 60 天等待期之后，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，即可在保障年度内享受由 FESCO 提供的“重疾安康保障”，病种数量以具体福利为准。包括重疾安康保障金、重疾安康身故保障金、重疾安康住院治疗及出院康复保障金。最高累计保障金额可达人民币 25 万元，具体保障责任如下：

（1）重疾安康保障金

被保障员工在约定的等待期之后初次罹患由社保认可的二级及二级以上的医疗机构确诊的本细则所附之任一种重大疾病，FESCO 将按患病员工在治疗重大疾病期间发生的治疗所需的自费药、自费材料、自费检查及自费化验费用按照 90%的比例给付“重疾安康保障金”予患病员工，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达到最高保障金额时，对该员工的“FESCO 重疾安康保障金”责任终止。

（2）重疾安康身故保障金

被保障员工在约定的等待期之后初次罹患由社保认可的二级医疗机构确诊的本细则所附之任一种重大疾病并导致身故，FESCO 将一次性给付“重疾安康身故保障金”人民币 10 万元予员工的法定受益人，同时对该员工的“FESCO 重疾安康保障”的保障责任终止。

（3）重疾安康住院治疗及出院康复保障金

- ① 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）；
- ② 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；
- ③ 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；

2. 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

（1）“重疾安康保障金”申请所需证明及资料

- ① 提供被保障员工户口本或身份证明的复印件；

- ② 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历复印件。
 - ③ 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、病历及出、入院记录。
- (2) “重疾安康住院治疗保障金”所需证明及资料
- ① 提供被保障员工身份证明的复印件；
 - ② 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。
 - ③ 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。
- (3) “重疾安康保障身故保障金”所需证明及资料
- ① 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；
 - ② 保障员工户口本或身份证明的复印件；
 - ③ 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；
 - ④ 被保障员工户籍注销证明复印件；
 - ⑤ 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；
 - ⑥ 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，填写给付申请书。

3. 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；
- 被保障员工从事潜水、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则。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。

4. “员工重疾安康保障”重大疾病的释义

“员工重疾安康保障”细则所附“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。

“FESCO 重疾安康”——三十五种大病病种及释义

(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:

- 原位癌;
- 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病;
- 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病;
- 皮肤癌 (不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌);
- TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌;
- 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

(2) 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:

- 典型临床表现, 例如急性胸痛等;
- 新近的心电图改变提示急性心肌梗塞;
- 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;
- 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%。

(3) 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:

- 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失;
- 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失;
- 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) 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。

(5) 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。

(6) 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。

(7) 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。

(8) 急性或亚急性重症肝炎

指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，并须满足下列全部条件：

- 重度黄疸或黄疸迅速加重；
- 肝性脑病；
- B超或其它影像学检查显示肝脏体积急速萎缩；
- 肝功能指标进行性恶化。

(9) 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：

- 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；
- 实际实施了对脑肿瘤进行的放射治疗。

注：脑垂体瘤、脑囊肿、脑血管性疾病不在保障范围内。

(10) 慢性肝功能衰竭失代偿期

指因慢性肝脏疾病导致肝功能衰竭。须满足下列全部条件：

- 持续性黄疸；
- 腹水；
- 肝性脑病；
- 充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。

注：因酗酒或药物滥用导致的肝功能衰竭不在保障范围内。

(11) 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：

- 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
- 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
- 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。

(12) 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。

注：因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。

(13) 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。

(14) 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：

- 眼球缺失或摘除；
- 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）；
- 视野半径小于 5 度。

(15) 瘫痪

指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体机能永久完全丧失。肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后或意外伤害发生 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意活动。

(16) 心脏瓣膜手术

为治疗心脏瓣膜疾病，实际实施了开胸进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

(17) 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中的三项或三项以上。

注：神经官能症和精神疾病不在保障范围内。

(18) 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，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

- 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；

- 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
- 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。

(19) 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：

- 药物治疗无法控制病情；
- 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。

注：继发性帕金森综合征不在保障范围内。

(20) 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。

(21) 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 30mmHg。

(22) 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。

(23) 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。

注：精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。

(24) 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：

- 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断；
- 外周血象须具备以下三项条件：
 - 中性粒细胞绝对值 $\leq 0.5 \times 10^9/L$ ；
 - 网织红细胞 $< 1\%$ ；
 - 血小板绝对值 $\leq 20 \times 10^9/L$ 。

(25) 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。

注：动脉内血管成形术不在保障范围内。

(26) 严重类风湿性关节炎

类风湿性关节炎为广泛分布的慢性进行性多关节病变，表现为关节严重变形，侵犯至少三个主要关节或关节组。如：双手(多手指)关节、双足(多足趾)关节、双腕关节、双膝关节和双髋关节。被保人所患的类风湿性关节炎必须已经达到类风湿性关节炎功能分级III级以上的功能障碍。即，关节活动严重限制，不能完成大部分的日常工作和活动，并须满足下列全部条件：

- 晨僵；
- 对称性关节炎；
- 类风湿性皮下结节；
- 类风湿因子滴度升高；
- X线显示严重的关节(软骨和骨)破坏和关节畸形。

(27) 系统性红斑狼疮—III型或以上狼疮性肾炎

是由多种因素引起，累及多系统的自身免疫性疾病。多侵犯育龄女性。其特点是生成自身抗体对抗多种自身抗原。本合同所指的系统性红斑狼疮仅限于累及肾脏(经肾脏病理检查或临床确诊，并符合下列世界卫生组织(WHO)诊断标准定义III型至V型狼疮性肾炎)的系统性红斑狼疮。其他类型的红斑性狼疮，如盘状狼疮，仅累及血液及关节等其他系统的系统性红斑狼疮不在保障范围。

世界卫生组织(WHO)狼疮性肾炎分型：

- I型(微小病变型)镜下阴性，尿液正常；
- II型(系膜病变型)中度蛋白尿，偶有尿沉渣改变；
- III型(局灶及节段增生型)蛋白尿，尿沉渣改变；
- IV型(弥漫增生型)急性肾炎伴有尿沉渣改变及/或肾病综合征；
- V型(膜型)肾病综合征或重度蛋白尿。

(28) 严重慢性呼吸功能衰竭

慢性肺部疾病导致永久不可逆性的慢性呼吸功能衰竭，必须由呼吸专科医师确认并符合下列所有条件：

- 肺功能测试其FEV1持续低于0.75升；
- 病人缺氧必须广泛而持续地进行输氧治疗；
- 动脉血气分析氧分压低于55mmHg。

报销时必须提供以上三项相应的证明文件或检查报告。

(29) 全身性重症肌无力

重症肌无力是一种神经肌肉接头传递障碍所致的疾病，表现为局部或全身骨骼肌（特别是眼外肌）极易疲劳。疾病可以累及呼吸肌、上肢或下肢的近端肌群或全身肌肉，必须满足下列全部条件：

- 经药物治疗和胸腺切除治疗一年以上仍无法控制病情；
- 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。

(30) 严重的原发性心肌病

指因原发性心肌病导致心室功能损害造成永久不可逆性的心功能衰竭，心功能衰竭程度达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 IV 级。必须由心脏专科医生确诊，并有包括超声心动图在内的相关检查证实。

注：酗酒或滥用药物引起的心肌病不在保障责任范围内。

(31) 坏死性筋膜炎

坏死性筋膜炎的诊断须同时符合下列要求：

- 符合坏死性筋膜炎的一般临床表现；
- 细菌培养检出致病菌；
- 出现广泛性肌肉及组织坏死，并确实实施了坏死组织和筋膜以及肌肉的切除手术。

注：创术不属于保险责任范围。

(32) 象皮病

指末期丝虫病，按国际淋巴学会分级为三度淋巴液肿，其临床表现为肢体非凹陷性水肿伴畸形增大、硬皮症和疣状增生。此病症须经专科医生根据临床表现和微丝蚴的化验结果确诊。

(33) 严重克隆病

克隆病是一种慢性肉芽肿性肠炎，具有特征性的克隆病病理组织学变化。诊断必须由病理检查结果证实。被保险人所患的克隆病必须已经造成瘻管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

(34) 多发性硬化症

多发性硬化症为中枢神经系统白质多灶性脱髓鞘病变，病变有时累及灰质。多发性硬化症必须由我们认可医院的神经专科医生确诊。必须伴有典型的脱髓鞘症状和运动及感觉功能障碍的证据并有 MRI 和脑脊液检查的典型改变。多发性硬化症必须造成神经系统永久性功能损害并且已导致被保险人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持续达 180 天以上。

(35) 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侵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。

注：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。

四、员工配偶综合保障

1. 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。

2. 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。

3. 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。

注：特殊保障以具体福利为准。

五、雇主责任险保障

1. “FESCO 雇主责任保障”是什么？

“FESCO 雇主责任保障”是指在保障期间内，由北京外企人力资源服务有限公司（以下简称 FESCO）提供服务的企业雇员在受雇过程中，因遭受意外事故所致受伤或死亡，或患与业务有关的职业性疾病所致伤残或死亡。依照中华人民共和国法律（不包括港、澳、台地区法律）或雇佣合同应由企业承担的经济赔偿责任，FESCO 按照本细则约定负责赔偿。

自企业在 FESCO 支付此福利费用之日起，到企业不再向 FESCO 支付此福利费用之日止，在此期间为企业享受雇主责任保障的有效期。企业每年度与 FESCO 签约确定保障方案及保障期间，保障期间最长不超过 12 个月，此为保障计划对应的保障年度。

企业职业类别为一般企事业单位管理者、办公室内勤等一至三类雇员适用于此项福利，该项福利不适用于特殊（危险）行业，特殊（危险）工种。如有超三类职业雇员需要选择此项福利的，请单独与健康管理部沟通方案及报价，具体职业类别可参照《职业类别表--2019 年版》判定。

2. “FESCO 雇主责任保障”的保障责任

(1) 在该项保障责任有效期内因意外伤害事故或职业病导致的以下责任，FESCO 按照约定提供补偿。

① 员工暂时丧失工作能力期间的误工费补助，每人每次事故按照约定额度按实际误工天数给付；

- ② 医疗费用，0 免赔、100%报销，报销限额不超过约定金额；
- ③ 员工住院治疗的，每次事故按照每日约定给付额度乘以实际住院天数给付住院津贴、最多给付 365 天；
- ④ 身故，按照约定额度给付；
- ⑤ 伤残，每次事故按照约定额度给付。

(2) 因工伤事故导致的以下责任，保障期间内按照约定给付。

- ① 仲裁或诉讼费用，每次事故按照约定限额给付；

② 员工停工留薪期间的生活护理费，按照每日约定给付额度乘以其实际停工留薪天数支付，每人每次事故最多给付天数按照约定执行；

③ 一次性伤残就业补助金，经过劳动能力鉴定委员会鉴定为属于 5-10 级工伤残疾的，每人每次事故按照约定额度给付；

④ 经仲裁或法院判决（协商调解除外）由雇主承担的经济赔偿责任，超过前述保障责任中各项赔偿限额以上的部分，每次事故再给予一定额度的补偿，具体额度以企业与 FESCO 协商确定额度为准，且保障年度内此项责任累计给付额度不超过该约定额度。

★特别说明

- 上述各项责任的给付标准以企业与 FESCO 协商确定的额度为准；
- 以上保障责任地域范围为中国大陆境内（不含港、澳、台地区）；
- 因非工伤意外事故导致伤残的，以《人身保险伤残评定标准及代码》（标准编号为 JR/T 0083—2013）为标准确定伤残等级。对因工伤事故导致伤残的，以劳动能力鉴定委员会鉴定的伤残等级为准；
- 企业因未遵守《工伤保险条例》的相关规定而应当承担的赔偿责任，FESCO 不负责赔偿；
- 在保障期间内，对于企业雇员短期（不超过 3 个月）临时出境（包括前往我国港、澳、台地区）工作，雇佣期间因遭受意外事故或患职业性病而导致企业依法应承担的经济赔偿责任，FESCO 按照约定责任负责赔偿；
- 医疗费用扩展自费药品报销，门诊费用无就诊医院限制，住院费用需在社保定点医院就诊；
- 本公司及员工（含员工家属）知悉并同意北京外企人力资源服务有限公司作为投保人代为甄选保险供应商，并委托北京外企人力资源服务有限公司代办相关产品的投保、保全及理赔申请事宜。

3. “FESCO 雇主责任保障”的免责条款

(1) 下列原因造成的损失、费用和责任，“FESCO 雇主责任保障”不负责赔偿

- ① 企业、雇员的故意行为;
- ② 战争、敌对行动、军事行为、武装冲突、罢工、骚乱、暴动、恐怖活动;
- ③ 核辐射、核爆炸、核污染及其他放射性污染;
- ④ 企业的雇员由于职业性疾病以外的疾病、传染病、分娩、流产以及因上述原因接受医疗、诊疗;

⑤ 企业的雇员自伤、自杀、打架、斗殴、违法、犯罪。

(2) 下列损失、费用和责任,“FESCO 雇主责任保障”不负责赔偿

- ① 企业应该承担的合同责任,但无合同存在时仍然应由企业承担的经济赔偿责任不在此限;
- ② 罚款、罚金及惩罚性赔偿;
- ③ 企业在投保之前已经知晓或可以合理预见的索赔情况;
- ④ 保障责任中约定的免赔额(如有)。

(3) 其他不属于本保障责任范围内的损失、费用和责任, FESCO 不负责赔偿。

(4) 对于任何直接或间接、完全或部分由下列原因造成的企业雇员身体伤害(包括因此而引起的死亡),“FESCO 雇主责任保障”不承担赔偿责任

- ① 企业的雇员因美容手术、外科整形手术、任何非必要的手术或医疗事故所致的伤害;
- ② 一般牙齿治疗或手术,但由意外伤害所引致者除外;
- ③ 企业的雇员进行潜水、登山、滑水、滑雪、滑冰、滑板、滑翔、跳伞、攀岩、蹦极或其它类似的极限运动,或进行探险活动,或进行摔跤、柔道、空手道、跆拳道、拳击或其他类似的搏击运动,或进行需要经过特别训练的特技表演,或参与任何职业、半职业或专业的体育运动,或进行赛马、各种车辆表演、车辆竞赛或练习、驾驶卡丁车等高风险运动。

4. “FESCO 雇主责任保障”的报销申请

(1) 事故通知

雇员所在企业应于知道或应当知道自保障事故发生之日起 5 天内通知 FESCO。否则,雇员所在企业需承担因通知迟延致使 FESCO 增加的勘查、检验等费用,因不可抗力导致的迟延除外。

(2) 索赔材料

雇主责任保障索赔申请书、收据原件及其辅助材料原件、调解协议书、出险人身份证复印件、与实际休假天数相符对应的假条、单位法人身份证复印件、劳动合同,如果同时索赔多个项目无须提供重复资料。

- ① 门诊需提供:就诊的收据原件、清单、处方;

② 住院请提供：病历、出入院小结、诊断证明原件、收据原件、结算单原件、费用明细清单原件；

③ 如有第三方，请提供第三方赔付审批单原件（需有赔付单位公章）以及上述所有材料复印件。

注：索赔申请书及对应索赔材料请联系外企业务人员详询。视索赔性质及金额情况，FESCO 有权进一步要求提供其它辅助资料。

（3）保障金给付

① FESCO 收到申请人的保障金索赔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 15 天内，履行给付保障金责任。

② FESCO 自收到申请人的保障金索赔申请书及上述有关证明和资料之日起 60 天内，对属于保障责任而给付保障金数额暂不能确定的，可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 在最终确定给付保障金数额后，再给付相应差额；

③ 如雇员在宣告死亡后生还，保障金领取人应于知道或应当知道雇员生还后 30 天内退还 FESCO 已支付的保障金；

④ 雇主对 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 雇员发生保障责任时，连带发生的其它费用（如：直系亲属探视的交通、食宿等）一律不属于保障范围之内。

（4）特别注意事项

① 明确说明与如实告知

• FESCO 有权向选择本福利保障的企业及其雇员提出与本福利相关的书面询问，企业及其雇员应当承担如实告知义务；

• 如企业或其雇员故意或者因重大过失未履行如实告知义务，FESCO 有权拒绝为该企业提供本福利保障或提高相关费用；

• 如企业或其雇员故意或因重大过失未履行如实告知义务，并在福利保障期发生保障事故，FESCO 对该企业全部或者部分被保障雇员发生的保障事故不承担给付保障金的责任，并不退还相关费用。

② 身份资料信息错误

企业在选择“FESCO 雇主责任保障”时，应提供与被保障雇员有效身份证件一致的证件号码、出生日期和性别等资料。如果发生被保障雇员上述信息不属实，且不属于本福利保障范围内的，FESCO

有权终止对该名雇员发生保障事故对应的保障责任，对于该雇员保障责任终止前发生的保障事故，FESCO 不承担给付保障金责任。

③ 职业、工种信息确立与变更

- 选择“FESCO 雇主责任保障”的企业，应提供其被保障雇员的职业及工种明细；
- 被保障雇员变更其职业或者工种时，企业应于 10 日内以书面形式通知 FESCO。被保障雇员的职业或者工种达到危险程度时，FESCO 有权对被保障雇员所在企业提高保障费用；若被保障雇员的职业或者工种达到高危程度时，FESCO 有权自接到通知之日起终止承担该被保障雇员发生保障事故导致的保障责任。

④ 福利变更及人员增减

- 企业需要新增或终止本福利保障以及变更被保障雇员时，应以书面形式通知 FESCO 或签订相关变更协议。
- 企业新增本福利保障或增加被保障雇员时，以增加当月 1 日为福利保障起始日期；终止本福利保障或减少被保障雇员时，以终止/减少当月最后一日为福利保障终止日期；
- 企业需要新增或终止本福利保障以及变更被保障雇员时，保障起、止日期均不可进行追溯。

⑤ 保障费用的结算

- “FESCO 雇主责任保障”福利为按月缴费方式，同时按整月进行保障费用结算；
- 企业对本福利保障进行调整时，应足额缴纳当月保障费用；如减少人员在保障期内已发生补偿（且补偿时未按年全额补足保障费用），企业应向 FESCO 按年全额补足该雇员的保障费用后，再对该雇员进行本福利保障的终止。

注：名词释义

【雇员】与雇主签订书面劳动合同或与雇主存在事实劳动关系，为雇主工作，并由雇主给付工资或薪酬的劳动者，及其它按国家规定和法定途径审批的劳动者，包括短期工、临时工、季节工和徒工。

【职业性疾病】是指本保障期限内雇主的雇员因从事业务活动而引起的并且在保障合同期间内首次确诊的职业病。职业病的分类和目录以国务院卫生行政部门会同国务院劳动保障行政部门公布的相关类别和目录为准。

【医院】是指符合下列所有条件的机构：(1)拥有合法医院经营执照；(2)设立的主要目的为向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；(3)有合法注册的医生和护士提供全日二十四小时的医疗和护理服务；(4)非诊所或其主要功能不是作为康复、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。

【意外事故】是指外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件。



【工伤事故】是指中华人民共和国国务院颁布实施的《工伤保险条例》及各地实施办法中所规定的认定为工伤的情形。

六、补医保 A+保障

1. “FESCO 补充医疗保障 A+” 保障范围

(1) 保障地域范围

中国大陆地区

(2) 保障人员范围

① 员工本人；首次参保时身体健康、能正常工作和生活的 16-60 周岁的员工，续保可到 75 周岁。

② 员工配偶；首次参保时身体健康、能正常工作和生活的 60 周岁及以内的员工配偶，续保可到 75 周岁。

③ 员工子女；自出生之日起至 18 周岁（全日制在校学生可延长至 23 周岁）且首次参保时身体健康的员工子女。

④ 员工父母；首次参保时身体健康、能正常生活的 75 周岁以内的员工父母。

注：员工、子女、配偶、父母以下统称为“被保障人员”

★特别说明

企业在为员工选择此项福利后，可以为员工的子女、配偶、父母选择此项福利；子女、配偶或父母的保障计划不能优于员工本人的保障计划，包括但不限于报销上限、报销比例等。具体保障人员范围、保障责任项目以企业确定并经 FESCO 审核同意的方案为准。

本公司及员工（含员工家属）知悉并同意北京外企人力资源服务有限公司作为投保人代为甄选保险供应商，并委托北京外企人力资源服务有限公司代办相关产品的投保、保全及理赔申请事宜。

2. “FESCO 补充医疗保障 A++系列” 的保障责任



保障责任	补医保A+1	补医保A+2
住院 (必选)		
住院年限额	200000元/年	500000元/年
住院报销比例	100%	100%
住院床位费限额	200元/天	500元/天
住院就医范围	本人指定医院的普通住院病区	任意公立的医院的普通、特需院区
住院药品、检查、材料等其他费用	承担社保规定的甲、乙类医疗费用	承担医疗必须的甲、乙、丙费用
门、急诊 (必选)		
门、急诊年限额	20000元/年	50000元/年
门、急诊报销比例	100%	100%
门诊就医范围	任意社保指定医院的普通、特需门诊	任意指定医院的普通、特需、国疗 (50%比例) 及指定私立
门诊挂号费	无单独限额	无单独限额
门诊药品、检查、材料等其他费用	承担医疗必须的甲、乙、丙费用	承担医疗必须的甲、乙、丙费用
女性生育 (可选责任)		
生育就医范围	门急诊任意公立医院的普通门诊或特需门诊, 住院仅可以在本人指定医院的普通院区	
生育药品、检查、材料等其他费用	社保范围内的甲、乙类费用, 分娩、计生、保胎、安胎费用	
生育年保障额度	10000元/年	
生育报销比例	100%	
生育床位费日限额	200元/天	
备注:	此责任须经过社保结算后, 才能享受该项保障, 首次投保时已怀孕无法承保, 特需门诊挂号费不报。	
药店购药 (可选责任)		
药店就医范围	任意合法药品零售企业 (含网上药店)	
药店年保障额度	500元/年	
药店购药报销比例	100%	
备注:	此责任只能报销药品相关费用, 不含营养品、保健品, 报销凭证上需列明药品名称及药量	
预防保障 (可选责任)		
体检或疫苗就医范围	任意公立社保指定医院, 或有合法医疗资质的体检机构, 购买FESCO体检卡也可以在此额度内报销。	
体检或疫苗年保障额度	500元/年	
体检或疫苗报销比例	100%	
牙科 (可选责任)		
牙科预防治疗: 洗牙、抛光等常规检查,	100%报销, 500元/年	
牙科全项,	100%报销, 5000元/年	
牙科就医范围:	任意公立社保指定医院, 或有合法资质的牙科诊所	
牙科全项:	1、预防治疗费: 包括常规牙科检查、牙齿健康指导、涂氟治疗、洁齿和抛光 (预防)、美白、牙齿清洁费、检查费。 2、基础治疗费: 包括汞合金或复合树脂充填、简单拔牙、牙周洁治、根管平整费, 以及相关口腔X光费; 3、重大牙科治疗费: 包括种牙、正畸、根管充填、根管治疗、牙冠和嵌体、桥式义齿 (包括化验和麻醉费用)、智齿拔除费、以及相关口腔X光费。	

★特别说明

(1) 被保障人员门急诊、住院报销责任具体的年度起付金额、日报销限额、年度累计报销限额以及具体医疗费用报销范围以企业实际确认的保障方案为准。

(2) 既往症审核要求及流程 (包括在以上门、急诊和住院责任中)

① 被保障人员首次参保时患有以下疾病的视为已患重大既往症, 重大既往症包括: 恶性肿瘤、心脏病 (心功能不全II级以上)、心肌梗塞、白血病、高血压病 (II级以上)、肝硬化、慢性阻塞性支气管疾病、脑血管疾病、慢性肾脏疾病、糖尿病、再生障碍性贫血、精神病或者精神分裂、癫痫病、特定传染病、性病。

② 若参保人员≥60周岁的被保障人员, 须提供个人健康告知, 经审核同意后方可购买此保障方案。

首年既往症要求	补医保A+1	补医保A+2
参保年龄≤50周岁的被保障人员如首次参保前已患重大既往症	门诊住院合计20000元/年	
参保年龄>50周岁<60周岁的被保障人员如首次参保前已患重大既往症	不承担	
次年及以后既往症审核要求 (必须连续购买此保障责任)		
参保年龄≤50周岁的被保障人员如首次参保前已患重大既往症	同方案门、急诊及住院额度	
参保年龄>50周岁<60周岁的被保障人员如首次参保前已患重大既往症	门诊住院合计20000元/年	

③ 若被保障人员按政府的规定取得补偿，或从其它社会福利机构、任何医疗保险给付取得补偿，FESCO仅对剩余的部分且符合约定给付范围的医疗费用，按照前述相关约定报销。

附：补医保A+2指定私立医院				
指定私立医院	地址	综合/专科	接诊时间	特殊服务
北京东区儿童医院	朝阳区东三环南路42号	儿科	周一至周日 8:30--20:30	免费停车、导诊、 部分费用折扣
卓正医疗（卓健）	朝阳区光华路5号院世纪 财富中心1号楼	儿科	周一至周日 8:30--17:30	导诊
孔医堂（伯华中医诊所）	朝阳区广顺南大街21号 住皇城2层	中医	周一至周日 8:30--17:30	免费停车、导诊

3. “FESCO 补充医疗保障 A+” 的免赔条款

因下列情形之一导致被保障人所发生的医疗费用，FESCO 不承担保障责任

- (1) 未经同意（急诊除外）在非定点医院就医；
- (2) 非定点零售药店购药；
- (3) 对本合同中特别约定除外疾病、被要求健康告知的被保障人未告知的既往症的治疗及其他相关费用，先天性疾病治疗及其他相关费用；
- (4) 与妊娠有关的费用、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）；优生优育与不孕不育症或生育治疗相关的费用，任何类型助孕费以及与此相关的妊娠并发症医疗费，对不孕不育症的检查、治疗及其他相关费用；
- (5) 男性或女性绝育恢复手术费，性别转换症、性障碍治疗费，伟哥以及其他用于提高性功能的药物费；
- (6) 基因咨询、筛查、检查和治疗及其他相关费用，成瘾性症状治疗费用功能医学检查（包括但不限于全套个人化营养评估、抗氧化维生素分析、氧化压力分析、营养与毒性元素分析、肠道免疫功能分析）费用；
- (7) 疗养、康复、休养期间发生的非医疗费用、特别护理或静养；
- (8) 美容整形费用，先天畸形矫正，纹身去除、皮肤变色治疗及其他相关费用，丰胸或缩胸手术及其并发症治疗及其他相关费用，戒烟治疗及其他相关费用，减肥和任何为减肥接受的治疗、咨询、饮食费，减肥代餐费；
- (9) 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；
- (10) 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；

- (11) 未经医保结算的牙科费用、或经医保结算但属于医保范围外的牙科费用不予报销；
- (12) 钙剂、维生素类制剂、鱼肝油类制剂。各类药品中的果味制剂，口服泡腾剂。采用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂。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；
- (13) 非处方开具的药品和设备费用，抗光老化药物、美容用品、维他命、健康滋补类药物、中草药膏方费，中草药代加工成粉剂、药丸、胶囊、胶或其他制剂发生的加工费；
- (14) 视觉治疗及其他相关费用（包括但不限于激光角膜切开术，准分子激光原位角膜磨镶术，老视，屈光不正（近视、远视、斜视、弱视、散光等）、矫正手术及其他相关费用）、验光配镜、隐形眼镜、矫形镜；
- (15) 任何用于治疗弱足、矫形足、不稳足、扁平足或足弓塌陷的器材费；
- (16) 已有残疾的康复；工伤、职业病及其伤病复发；
- (17) 购置移植器官源及相关费用、装配假眼、假牙、义肢及各种矫形器具助听器及配镜和安装义肢；
- (18) 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；
- (19) 护工护理费、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、中单费、取暖费、空调费、电炉费、电话费、电视费、电冰箱费、自动轮椅或自动床、舒适设备（如电话托臂和床上多用桌）费，空气质量或温度调控设备（如空调、湿度调节器、除湿器和空气净化器）费，健身脚踏车、太阳能或加热灯、加热垫、坐浴盆、盥洗凳、浴缸凳、桑拿浴、升降机、涡流按摩浴、健身器材及其他类似设备费；
- (20) 急救车费、会诊费、交通费等；
- (21) 各种保健、推拿的检查治疗，健康咨询费、体检费、筛查费、预防接种、疫苗、动物致伤相关的费用；
- (22) 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；佝偻病；
- (23) 基本医疗保险管理规定及其相关配套文件规定的自费药品、检查、治疗、手术及其它项目；
- (24) 投保单位对被保障人的故意杀害、故意伤害；
- (25) 被保障人故意自伤、故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (26) 被保障人故意行为而导致打斗或被袭击、醉酒、自杀（但被保障人自杀时为无民事行为能力人的除外）、或主动吸食、注射毒品进行治疗的；
- (27) 因交通事故、医疗事故或其他责任事故造成伤害的；
- (28) 被保障人在国外和香港、澳门特别行政区及台湾地区就医；

- (29) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (30) 核爆炸、核辐射或核污染；
- (31) 被保障人酒后驾驶，无合法有效驾驶证驾驶，或者驾驶无有效行驶证的机动车；
- (32) 遗传性疾病治疗及其他相关费用。
- (33) 如未单独购买齿科责任，口腔科相关费用不予报销。
- (34) 原始收据丢失，医院开具的核对证明等相关材料不予报销。

4. “FESCO 补充医疗保障 A+” 的理赔申请

单次报销申请金额超过一万元（含）时，需提供被保障人有效证件复印件；如为家属申请报销，需同时提供员工及家属有效证件复印件。

(1) 门急诊报销

- 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
若多方报销时需提供收据原件（或复印件）以及其它保险机构已赔付分割单的原件
- ② 医疗处方；实名制报销，姓名、性别、年龄、病情诊断等基本信息不允许涂改
- ③ 化验、检查等结果报告单（可提供复印件）；
- ④ 费用明细清单；机打有效（手写需加盖医院收费处公章）
- ⑤ 病历复印件、慢性病诊断证明

(2) 住院报销

- ① 住院收费专用收据；机打收据（手写无效）盖有医院收费处公章及财税章
若多方报销时需提供收据原件（或复印件）以及其它保险机构已赔付分割单的原件
- 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（盖章有效）
- ⑤ 出、入院记录

注：如因意外伤害产生的门急诊或住院费用，需提供意外情况说明，本人写清详细经过，公司盖章。

5. 报销支付期限

- (1) FESCO 医保中心接到邮寄单据后的 15 个工作日内将报销金额打到其账户中；
- (2) 报销高峰期报销时限为自医保中心收到单据后的 20 个工作日。

6. 特别说明

(1) 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。

(2) 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。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，且病情稳定需长期服用同一类药物的，可放宽到不超过 30 天。

(3) 急诊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。保障责任中涉及到的重大既往症：指在本保障生效前罹患的被保障人已知或应该知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：

① 保障生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

② 保障生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；

③ 保障生效前，医生已有明确诊断，但未予治疗；或者未经医生诊断和治疗，但症状明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

(4) 首次报销重大既往症相关费用时请提供对应病症首诊病历及相关检查、化验报告复印件，或二级以上（含）医院出具的含疾病病史的诊断证明原件。

(5) 本公司及员工（含员工家属）知悉并同意北京外企人力资源服务有限公司（以下简称 FESCO）作为投保人代为甄选保险供应商，并委托北京外企人力资源服务有限公司代办相关产品的投保、保全及理赔申请事宜。

7. 释义

(1) 特定传染病

根据中华人民共和国相关法律规定的法定传染病甲类和乙类发生暴发流行疫情的情况，相关法律发生调整，则本定义作相应调整。

① 甲类：鼠疫、霍乱及副霍乱、天花、严重急性呼吸系统综合症（英文缩写为 SARS）。

② 乙类：白喉、流行性脑脊髓膜炎、痢疾（菌痢和阿米巴痢疾）、伤寒及副伤寒、病毒性肝炎、疟疾、斑疹伤寒、回归热、黑热病、森林脑炎、恙虫病、流行性出血热、钩端螺旋体病、布鲁氏菌病。

(2) 先天性疾病

指被保险人一出生就具有的疾病（症状或体征）。这些疾病是因人的遗传物质（包括染色体以及位于其中的基因）发生了对人体有害的改变而引起的，或因母亲怀孕期间受到内外环境中某些物理、化学和生物等因素的作用，使胎儿局部体细胞发育异常，导致婴儿出生时有关器官系统在结构或功能上呈现异常。

（3）遗传性疾病

指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代。

七、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。

第六章 人身意外伤害保障

一、“FESCO 人身意外伤害”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

1. 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 180 天内身故的，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。

2. 意外残疾保障金

员工因遭受意外伤害事故，并自该次事故发生之日起 180 天内，造成《人身保险伤残评定标准及代码》（标准编号为 JR/T 0083—2013）（以下简称《人身保险伤残评定标准》）所列残疾程度之一者，FESCO 将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 180 天的身体情况进行残疾鉴定，并据此给付残疾保障金。

★特别说明

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人身意外伤害保障金额为限，被保障员工因同一意外伤害事故造成《人身保险伤残评定标准》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肢时，仅按较严重项目给付一项残疾保障金。员工因不同意外伤害导致同一肢残疾，而残疾项目所属残疾等级不同时，以北京外企人力资源服务有限公司较严重项目的意外残疾保障金给付为准。若后次残疾项目所属等级较严重，则需扣除已给付的意外残疾保障金。若前次残疾项目所属等级较严重，则不再给付后次的意外残疾保障金。

3. 增加“其他永久性伤残或断骨”伤残保障金赔偿责任

被保险人因遭受意外伤害事故,并自该次事故发生之日起 180 天之内造成的骨折或其他永久性伤残的,依照保障金额的 1%比例,给付“其他永久性伤残或断骨”的伤残保障金。

被保险人因同一意外伤害事故造成身体两处以上部位“其他永久性伤残或断骨”的,应赔付各项“其他永久性伤残或断骨”所对应的伤残保障金之和。但当不同部位的永久性伤残或断骨属于同一手或同一足时,仅按较严重项目给付一项伤残保障金。

4. “FESCO 疾病身故保障”的保障责任

保障年度内员工本人因患疾病身故时,按照保障额度给付疾病身故保障金,该保障责任终止。

二、“FESCO 人身意外伤害保障”的免责条款

1. 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。

2. 因下列情形之一,造成员工身故的,将不能享受“FESCO 疾病身故保障”

- (1) 被保障人在购买此保障生效之日起 30 天内疾病身故;

- (2) 被保障人意外残疾或身故、被故意杀害、被故意伤害；
- (3) 被保障人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施或自杀，但自杀时为无民事行为能力人的除外；
- (4) 被保障人主动吸食或注射毒品；
- (5) 被保障人酒后驾驶，无合法有效驾驶证或驾驶无有效行驶证的机动车；
- (6) 战争、军事冲突暴乱或武装叛乱；
- (7) 核爆炸、核辐射或核污染。

三、名词释义

1. 意外伤害

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及常规，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：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效驾驶证件或驾驶行为的情形。

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。

四、“FESCO 人身意外伤害保障”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 5 天内通知 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

(1) 意外身故及疾病身故保障金的申请

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 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的事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。

(2) 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的事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 10 天内，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 60 天内，对属于保障责任而给付保障金的数额暂不能确定的，根据已有证明和资料，按可以确定的最低数额先予以支付。待 FESCO 最终确定给付保障金的数额后，再给付相应的差额；

(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 30 天内退还 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。

五、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. 为避免划账失误或延迟，请务必仔细填写并核对银行账户信息。

注：北京外企人力资源服务有限公司（FESCO）对本手册中的各项内容条款具有最终解释权。