



目 录

第一章 FESCO 补充医疗保障

第二章 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

第三章 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 女工生育及计划生育保障

第六部分 自费及免除责任

第四章 FESCO 人身意外伤害保障



第一章 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. 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）。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社会基本医疗保险，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向 FESCO 支付服务费用；

5. 员工在申请报销理赔时，必须符合当地基本医疗保险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。

7. 员工及家属需提供真实、完整的基本信息并经 FESCO 审核确认后才能享受相关保障，基本信息变更需提供有效身份证明及其他辅助材料；有效身份证件包括但不限于身份证、护照、出生医学证明（仅适用于



3 周岁以下子女使用) 等;

第二章 就诊指南

第一部分 就诊范围

一、员工、配偶门急诊及住院就诊医院

1. 社保地北京门诊及住院就诊范围:

社保地北京地区: 参加本市基本医疗保险时选择的 4 家定点医院 (即员工、配偶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、定点社区、定点专科医院和定点中医医院。

社保地非京地区: 参加本市基本医疗保险时选定的医保定点医院、医保定点专科医院、医保定点中医医院, 具体医院列表参考当地人力资源和社会保障局官网;

2. 社保地北京急诊:

患急症不能到本人选定的定点医疗机构就医时, 可在就近的医保定点医疗机构急诊科室就医或治疗, 复诊需到选定的定点医疗机构就诊。北京地区急症、急诊在非本人选定的定点医疗机构发生的医疗费用, 必须先经当地社保进行结算后, FESCO 方才承担报销责任。

3. 社保地北京异地急诊:

因公外出或探亲期间, 在本市行政区域外突发急症不能返回社保所在地治疗的, 可在当地县级 (含) 以上基本医疗保险定点医疗机构急诊科室就医 (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加盖公章的出差或探亲证明信, 必须先经当地社保进行结算后, FESCO 方才承担报销责任。

4. 社保地非京地区急诊:

患急症不能到本人选定的定点医疗机构就医时, 可在就近的医保定点医疗机构急诊科室就医或治疗, 复诊需到选定的定点医疗机构就诊。

5. 社保地非京地区异地就诊:

因公外出或探亲期间在本市行政区域外突发急症需要住院治疗, 且不能返回社保所在地治疗的, 可在

当地县级（含）以上基本医疗保险定点医疗机构急诊科室就医（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加盖公章的出差或探亲证明信，必须经过当地社保地结算后，FESCO 方才承担报销责任；因公外出或探亲期间，在本市行政区域外突发急症需要门诊治疗，且不能返回社保所在地治疗的，可在当地县级（含）以上基本医疗保险定点医疗机构急诊科室就医（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加盖公章的出差或探亲证明信，FESCO 方才承担报销责任。

已在当地办理异地就医备案的员工报销时需携带当地社保部门出具的异地备案审批表原件的影像件，住院仍需先回社保所在地结算后，FESCO 方可承担报销责任。

6. 员工配偶就诊时需持医保卡就诊，如就诊未持医保卡，不予报销。

二、子女就诊医院

员工子女就诊需在区县级（二级）以上（含）的社保定点公立医院。

三、女工生育及计划生育就诊医院

社保地北京地区：本人选择的 4 家医院、A 类医院、医保定点社区、医保定点专科医院、医保定点中医医院。

社保地非京地区：本人选择的医保定点医院、医保定点专科医院、医保定点中医医院。具体医院列表参考当地人力资源和社会保障局官网；

第二部分 门诊就医及开药

- 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。未持社保卡就诊、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；
- 3) 全国员工外购药需经当地社保结算，医保有支付金额，医保支付剩余合理金额可申请补充医疗保障报销；
- 4) 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；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（子女单次开药量不超过 14 天）。

（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；

5) 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；

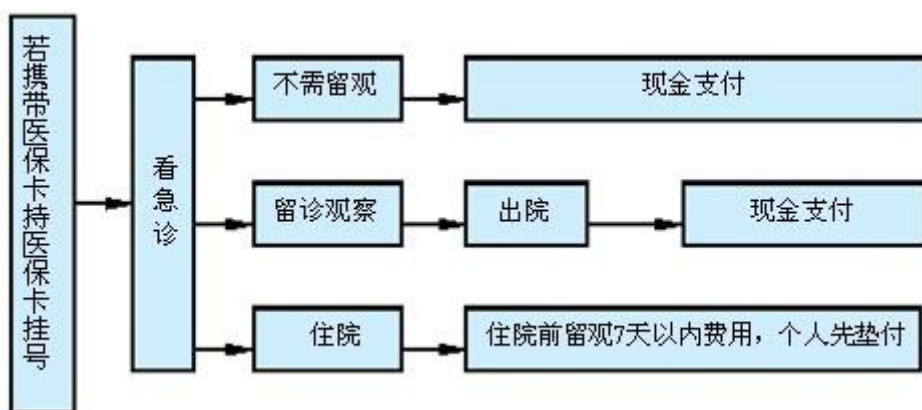
6) 若在异地就诊：异地安置员工，只能报销在选定医院发生的医疗费用；非异地安置员工，只能报销出差或探亲期间所发生的急诊费用，该费用须经过员工社保所在地基本医疗保险结算后，方可提交 FESCO 进行报销。所需单据与门急诊报销所需单据相同。重要单据请您在报销之前复印留存。

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、高血压脑病、脑血管意外（脑卒中）；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。

第四部分 住院

一、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。

第三章 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社会基本医疗保险，同时以团体的形式在 FESCO 参加了 FESCO 补充医疗保障；

2. 员工本人必须为不超过法定退休年龄的在职职工；

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向 FESCO 支付服务费用；

5. 员工在申请报销理赔时，必须符合当地基本医疗保险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。

7. 员工及家属需提供真实、完整的基本信息并经 FESCO 审核确认后才能享受相关保障，基本信息变更

需提供有效身份证明及其他辅助材料；有效身份证件包括但不限于身份证、护照、出生医学证明（仅适用于3周岁以下子女使用）等；

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“保障报销”图标，选择“报销申请”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对应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（需盖有科室章、诊断证明专用章、出院章）、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账，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自助查询个人报销情况（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；

- 机打收据原件、手写收据无效
- 盖有医院收费处公章
- 应持卡就医，有“实时结算”字样（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。需要先送社保结算后，FESCO 方可承担报销责任。

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，未持社保卡就诊、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。子女单次开药量不超过 14 天。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，该费用须经过员工社保所在地基本医疗保险结算后，方可提交 FESCO 进行报销。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。

申请报销金额达到 10000 元，需提交被保障员工有效证件或其他有效证明材料复印件。

第三部分 住院医疗报销

一、报销标准

由于 FESCO 补充医疗保障的给付条件是以参加基本医疗保险为前提，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，然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，然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。

申请报销金额达到 10000 元，需提交被保障员工有效证件或其他有效证明材料复印件。

第四部分 子女医疗费报销

一、就诊范围

员工子女就诊需要在当地区县级（二级含）以上的医保定点公立医院。

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）；医保无支付，参照未经医保结算报销标准；

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；多方赔付，理赔金额不超合理金额；

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。

注：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 女工生育及计划生育保障

一、就诊范围

1. 社保地北京地区：本人选择的 4 家医院、A 类医院、医保定点社区、医保定点专科医院、医保定点中医医院。

2. 社保地非京地区：本人选择的医保定点医院、医保定点专科医院、医保定点中医医院。具体医院列表参考当地人力资源和社会保障局官网；

二、报销标准

在保障有效期内，FESCO 对女员工在符合国家计划生育法规条件下支出的符合当地社会基本医疗报销范围内的由个人承担的合理医疗费用，在扣除年度累计起付金额后，按照约定比例报销，每人报销限额以约定的报销限额为限。（生育费用须先经过当地社会基本医疗保险分割后，FESCO 承担当地社会基本医疗保险范围内的剩余部分，按照约定进行报销）。

三、所需凭证

1. 围产



(1) 门急诊收费专用收据

- 机打收据（手写收据无效）
- 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

- 机打收据（手写收据无效）
- 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）。

3. 计生

(1) 门诊

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；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；费用明细清单；机打有效（手写需加盖医院收费处公章）；结婚证复印件；计生诊断证明复印件

(2) 住院

住院收费专用收据；出院诊断证明（盖章有效）；住院汇总明细（盖章有效）

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）；结婚证复印件；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；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。

以上围产、生产、计生费用均须在生产及计生结束之后一次性提交报销，待参保地社保进行结算之后，凭分割单原件和所有资料复印件到 FESCO 进行社保范围内剩余金额的报销。

第六部分 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；
- 医事服务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、哺乳期积乳、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；
- 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）、监测排卵等相关的费用；
- 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；
- 无痛人流、胃镜等相关费用；
- 原始收据（或发票）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、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、血管瘤、健美的相关费用如：治疗雀斑、痤疮（粉刺）、

黑斑、瘡痣、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%；
- 在以下医疗机构进行挂床治疗的：医保定点康复医院、联合诊所、民办医院、私人诊所、家庭病床等。
- 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；
- 在非本人社保指定医院治疗；
- 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；
- 员工因医疗事故、药物过敏或精神和行为障碍（依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》确定）导致的伤害；
- 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。

第四章 FESCO 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

被保障员工在本保障有效期内因遭受意外伤害事故，并自该次事故发生之日起 180 日内身故的，在该被保障员工所在企业为其向 FESCO 按年全额缴纳保障费用的前提下，FESCO 依照保障金额对该被保障员工进行一次性给付“意外身故保障金”，同时对该被保障员工保障责任终止。

2. 意外残疾保障金

被保障员工在本保障有效期内因遭受意外事故，并自事故发生之日起 180 日内因该事故造成《人身保险伤残评定标准及代码》(JR/T0083—2013) (原中国保险监督管理委员会发布，保监发〔2014〕6号)所列伤残项目的，FESCO 依照该标准规定的评定原则对伤残项目进行评定，并按评定结果所对应该标准规定的给付比例乘以其意外伤害保障金额给付意外伤残保障金。如治疗仍未结束的，按事故发生之日起第 180 日的身体情况进行伤残鉴定，并据此给付意外伤残保障金。

被保障员工因同一意外事故造成《人身保险伤残评定标准及代码》(JR/T0083—2013)所列残疾项目两项以上者，FESCO 给付各对应项标准的意外残疾保障金之和。但不同残疾项目属于同一肢时，**仅按较严重项目标准给付残疾保障金；**

被保障员工因不同意外事故导致同一肢残疾，而残疾项目所属残疾等级不同时，以较严重项目的意外残疾保障金标准给付；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（投保前已有或因责任免除事项所致《人身保险伤残评定标准及代码》(JR/T0083—2013)（所列伤残的，视为已给付意外伤残保障金）；**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；**

被保障员工发生本保障责任范围内的意外事故，FESCO 就此意外对该被保障员工进行一次性赔付。

每一被保障员工的意外身故保障金和意外伤残保障金的累计给付金额以该被保障员工的意外伤害保障金额为限，累计给付金额达到其意外伤害保障金额时，对该被保障员工的保障责任终止。

★特别说明

1) 被保障员工发生意外，在该被保障员工所在企业为其向 FESCO 按年全额缴纳保障费用的前提下，FESCO 就此意外对该被保障员工进行一次性补助，给付金额达到保障金额时，针对该被保障员工该项意外的保障责任终止。

2) “其他永久性伤残或断骨”的伤残保障金赔偿责任

被保障员工因遭受意外伤害事故,并自该次事故发生之日起 180 日之内造成骨折或其他永久性伤残的,FESCO 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。

被保障员工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,FESCO 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。

3. 疾病身故保障金

被保障员工在本保障有效期内因患疾病身故的,在该被保障员工所在企业为其向 FESCO 按年全额缴纳保障费用的前提下,FESCO 按照约定保障额度对该被保障员工进行一次性补助给付疾病身故保障金,同时该项保障责任终止。

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”:

- 员工所在公司、员工本人、员工受益人的故意行为;
- 因员工挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀;
- 员工故意犯罪、抗拒依法采取的刑事强制措施;
- 员工妊娠(含宫外孕)、流产、分娩(含剖宫产)、疾病、药物过敏、食物中毒;
- 员工殴斗、醉酒、自杀、猝死;
- 员工接受整容手术及其他内、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;
- 员工因遭受意外伤害以外的原因失踪而被法院宣告死亡;
- 原子能或核能装置所造成的爆炸、污染或辐射。
- 战争、军事行动、暴动或其他类似的武装叛乱期间;
- 员工因从事非法、犯罪活动期间或被依法拘留、服刑期间;
- 员工因酗酒或受酒精、毒品、管制药物的影响期间;
- 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;
- 员工患有艾滋病(AIDS)或感染艾滋病病毒(HIV)期间;
- 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”

- 员工在购买此保障生效之日起 30 天内疾病身故；
- 员工意外残疾或身故、被故意杀害、被故意伤害；
- 员工故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施或自杀，但员工自杀时为无民事行为能力的除外；
- 员工主动吸食或注射毒品；
- 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；
- 战争、军事冲突暴乱或武装叛乱；
- 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者身故。猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。
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. 酒后驾驶：指经检测或者鉴定，发生事故时被保障员工每百毫升血液中的酒精含量达到或者超过一定的标准，是否达到前述标准有公安机关交通管理部门依据《中华人民共和国道路交通安全法》的规定认定，FESCO 根据公安机关交通管理部门的认定确认被保障员工是否属于酒后驾驶。
5. 无合法有效驾驶证：指驾驶人员有下列情形之一者：没有取得中华人民共和国有关主管部门办法或者认可的驾驶资格证书；驾驶与合法有效驾驶证准驾车型不相符合的车辆；持审验不合格的驾驶证驾驶；在驾驶证有效期内未按照中华人民共和国法律、行驶法规的规定，定期对机动车驾驶证实施审验的；驾驶证已过有效期的。
6. 无合法有效行驶证：指发生事故时没有按照公安机关交通管理部门机动车登记制度的规定进行登记并领取机动车行驶证或者临时通行牌证等法定证件。包括下列情形之一：未办理行驶证或者行驶证在申办过程中的；机动车行驶证被依法注销登记的；未在行驶证检验有效期内依法按时进行或者未通过机动车安全技术检验的。
7. 醉酒：指发生事故时被保障员工每百毫升血液中的酒精含量大于或者等于 80 毫克。
8. 毒品：指中华人民共和国刑法规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻、可卡因以

及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品，但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。

9. 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。
10. 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。
11. 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。
12. 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。
13. 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

由被保障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 理赔申请书；
- ② 被保障员工身份证明复印件、户口注销证明、火化证明；
- ③ 被保障员工受益人需提供：关系证明及身份证明；分配协议或公证书；银行卡复印件；
- ④ 公安部门或 FESCO 认可的医疗机构出具的被保障员工死亡证明书；
- ⑤ 如被保障员工为宣告死亡，被保障员工受益人须提供人民法院出具的宣告死亡证明文件；
- ⑥ 医院诊断证明、相关检查化验报告单、详细病历；
- ⑦ 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；
- ⑧ 被保障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（含“其他永久性伤残或断骨”）的申请

被保障员工凭下列证明、资料文件向 FESCO 申请给付保障金：

- ① 理赔申请书;
- ② 被保障员工身份证明复印件及银行卡复印件;
- ③ FESCO 认可的医院出具的残疾等级鉴定书;
- ④ 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;
- ⑤ 医院诊断证明、相关检查化验报告单、详细病历;
- ⑥ 如因交通事故造成意外伤残,需提供交通事故认定书,及被保障员工驾驶证以及行驶证复印件;
- ⑦ 被保障员工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文件和资料后,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 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文件和资料之日起 60 日内,对属于保障责任而给付保障金的数额不能确定的,根据已有证明文件和资料,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) 如被保障员工在宣告死亡后生还,保障金领取人应于知道或应当知道被保障员工生还后 30 日内退还 FESCO 已支付的保障金;

(4) 被保障员工受益人对 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) 被保障员工发生意外时,发生的其它费用,如直系亲属探视的交通、食宿等一律不属于保障范围之内。

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（<http://rsj.beijing.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。