

《员工团体健康保障计划》

保障手册

2024版

FSG 上海外服

目录

前言

- 一、《员工团体健康保障计划》项目简介
- 二、人身保障实施办法
- 三、医疗保障实施办法
- 四、医疗附加保障实施办法
- 五、重大疾病医疗保障实施办法
- 六、重大疾病补贴保障实施办法
- 七、住院补贴保障实施办法
- 八、连带子女医疗保障实施办法
- 九、家庭财产保障实施办法
- 十、交通意外保障实施办法
- 十一、医疗理赔服务指南

前言

《员工团体健康保障计划》是上海外服（集团）有限公司（以下简称“上海外服”）会同第三方保险公司，根据第三方保险公司相应的人身保险及医疗保险条款、各地城镇职工基本医疗保险办法、城乡居民基本医疗保险办法及医保有关规定推出的补充保障项目，其目的是：向上海外服服务的员工提供覆盖面广、综合性强、保障额高、层次多样的医疗及健康保障。

上海外服在www.fsgplus.com网站上全文刊登2024版保障手册的内容，希望您参与保障计划的员工能通过这本手册对社会医疗保险政策、保险条款和上海外服《员工团体健康保障计划》有所了解，同时希望这本手册能为您的就医和理赔带来方便。

诚恳地欢迎您提出建议和批评，以便帮助我们改进服务工作。

上海外服（集团）有限公司

二〇二四年一月

一、《员工团体健康保障计划》项目简介

	简介说明
1、人身保障 (A类)	1.意外死亡 (含交通), 最高给付人民币200万元。 2.意外伤残, 根据残疾程度, 按不同比例给付, 最高限额人民币200万元。 3.疾病死亡, 最高给付人民币50万元。 4.上述为最高给付标准, 具体按参保单位所选项目的约定标准给付。
2、医疗保障 (A类)	1.门急诊费用: 符合当地社会医保范围内个人自负部分给付100% (重大疾病除外)。 2.参加当地城保的住院费用: 须持卡就医, 符合当地医保范围内个人自负部分给付100% (重大疾病除外)。 3.未参加当地城保的住院费用: 按照上海城保医保规定, 给付符合上海城保医保范围内个人自负部分的费用 (重大疾病除外), 应统筹支付的费用不给付。 4.女职工计划生育费用 (赠送): 给付符合医保及生育保险范围的产前、产后检查费用, 按手册约定项目给付。 5.参加社会生育保险女职工的住院分娩费用 (赠送): 给付超出生育医疗费补贴以上的符合当地社会医保 (生育保险) 范围内的个人自负部分。 6.未参加当地社会医保或生育保险女职工的住院分娩费用 (赠送): 参照上海城保医保规定, 给付符合上海城保医保范围内个人自负部分的费用 (应统筹支付的费用不给付)。
3、医疗附加保障 (B类)	未参加当地城保或生育保险的员工, 参照当地参保员工门诊及住院可享受的统筹部分给付100% (重大疾病赔付需已选择重大疾病医疗保障项目)。
4、重大疾病医疗保障 (B类)	参保后初次发生的重大疾病医疗费符合当地医保范围内个人自负部分给付100%。
5、重大疾病补贴保障 (B类)	参保后初次发生重大疾病, 按参保单位所选约定标准一次性给付, 重度疾病给付金额为2万-30万元, 轻度疾病保险金额比例为约定赔付标准的30%。
6、住院补贴保障 (B类)	住院补贴: 按参保单位所选项目的约定标准给付。最高可赔付300元/天, 可选ICU双倍赔付。(每一保障年度给付天数累计不超过180天)
7、连带子女保障 (B类)	给付医保范围内费用50%, 医保统筹、少儿基金或其他保险给付超出50%的, 只给付不足部分的费用。已参加当地居保者, 应持卡 (册) 就医。
8、家庭财产保障	家庭财产保障保额2万-5万可选。相应家庭财产保障的保额根据与保险公司约定的保障为准。
9、交通意外保障	相应交通工具保额根据与保险公司约定的保障为准。
10、个性化保障项目	非以上标准的个性化需求项目, 保障内容单独议定。
参保形式和对象	凡人事管理委托上海外服提供人力资源服务的外国企业常驻代表机构、外商投资企业以及其他企业, 以团体形式为员工参加《员工团体健康保障计划》的, 员工在相关合同的有效期内, 所在参加外服保障单位正常缴付保障费用的, 该员工根据所在单位相关选择和付费标准等的约定和规定享受相应保障待遇。

二、人身保障实施办法

根据承保的第三方保险公司相应的人身保障及医疗保险条款，各地城镇职工基本医疗保险办法及城乡居民基本医疗保险办法，结合本公司推出的《员工团体健康保障计划》，特拟定本办法。

第一条 释义

意外伤害：是指外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

伤残：因意外伤害损伤所致的人体残疾。

猝死：指由潜在疾病、身体机能障碍或其他非外来性原因所导致的、在出现急性症状后发生的突然死亡，以医院的诊断或公安、司法机关的鉴定为准。

交通意外：是指乘坐商业运营的交通工具（火车、汽车、轮船或飞机等）发生的意外及因陆上交通事故引起的意外事件。

电子发票/电子票据：是指财政部门监管的，非营利性医疗卫生机构（以下简称“医疗机构”）为患者提供门诊、急诊、急救、住院、体检等医疗服务取得医疗收入时，运用计算机和信息技术开具、存储、传输和接收的数字电文形式的电子凭证。可通过财政部全国财政电子票据查验平台进行票据查询与验证，与纸质票据有同等法律效力。

第二条 适用对象

凡以团体形式参加《员工团体健康保障计划》，选择A类人身保障项目，并且参保单位已经缴费的员工，均属本办法的适用对象。凡女性、男性年龄分别在55周岁、60周岁以下，身体健康且正常工作者，均可作为被保障人。

第三条 明确说明与如实告知

参加本计划时，参保单位应根据本办法向员工明确说明本合同的条款内容，特别是责任免除条款。上海外服或保险公司可就参保员工及其或其连带被保障人的有关情况向参保单位或员工提出书面询问，员工应当如实告知。所有告知事项以书面告知为准，口头告知无效。员工故意隐瞒事实，不履行如实告知义务的，或者因过失未履行如实告知义务的，足以影响保险公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险公司有权取消该员工的保险资格，保险公司并有权不承担给付保险金的责任。员工应当仔细阅读并认可遵守本公司《员工团体健康保障计划》的理赔条款及注意相关免责事项。

第四条 保障范围

凡适用对象发生意外伤害事故导致身故、伤残或医疗，或因疾病死亡均属本办法的保障范围。

第五条 特别声明

1、本保障项目包括：人身意外死亡、伤残，交通意外死亡、伤残，意外附加医疗和疾病死亡保障。

2、人身意外伤害保障、疾病身故保障的保障金根据参加上海外服保障单位和上海外服确定的保障金确定；附加人身意外伤害医疗保障金为意外人身意外伤害保障金额的10%。

3、人身意外伤害（含交通意外伤害）保障在中国大陆境内和中国大陆境外均有效，但附加人身意外伤害（含交通意外伤害）医疗保障只在中国大陆境内有效。

4、另有约定除外，本保障项目有效期从员工上岗且上海外服收到参保单位支付的首期保障服务费用之日起生效，并至参加保障的单位与上海外服签定的商务合同中约定的终止或解除员工聘用关系之日或参保单位与上海外服终止、解除商务合同之日失

效。

5、人身保障的保障费由员工服务的参保单位按月向上海外服支付，参保单位逾期未支付的，本保障责任即行终止。

6、人身意外伤害保障给付根据《人身保险伤残评定标准》（行业标准）。

7、人身保障的受益人一般为员工本人（特别约定除外），如员工发生意外（含交通）事故死亡，或疾病身故死亡，受益人为法定继承人，具体按司法公证认定为准。

8、中国员工如发生意外事故，属一般情况的，在事故发生之日次日起的5日之内申报其所在上海外服业务中心或医疗保障中心；属情况严重的，在事故发生之时必须报有关主管部门。

9、中国员工如发生意外交通事故必须报公安交通管理部门，由公安交通管理部门出具《道路交通事故责任认定书》和《道路交通事故损害赔偿调解书》后方可申报理赔。

10、员工由于意外伤害认定为工伤的，发生相关的医疗费由社保工伤基金支付；未能认定为工伤的，需提供未能认定的相关材料。

11、如出险时职业类别在拒保范围内的，不负给付保险金责任。具体职业分类表可以通过第三方保险公司网站、服务热线或服务人员查询。

第六条 保障责任

参加人身保障的员工因意外伤害事故导致身故、伤残或医疗，或疾病身故的，且所服务的参保单位按约支付保障费用的，保险公司依下列约定给付：

1、员工自意外伤害发生之日起180日内因同一原因死亡的，保险公司按约定保障金额给付死亡保障金。

2、员工因意外事故下落不明，经人民法院宣告死亡的，保险公司按约定保障金额给付死亡保障金。

3、员工自意外伤害发生之日起180日内因同一原因身体残疾的，保险公司根据《人身保险伤残评定标准及代码》（行业标准）的规定，按保障金额及该项残疾所对应的给付比例给付。如治疗仍未结束的，按第180日的身体情况进行残疾鉴定，并根据《人身保险伤残评定标准及代码》（行业标准）的规定给付。

注：《人身保险伤残评定标准及代码》（JR/T0083-2013）（中国保险监督管理委员会发布，保监发【2014】6号）

4、根据适用对象所服务的参保单位的选择和保障费用支付情况，员工人身意外伤害保障金可选择的给付最高额为人民币200万元，具体根据适用对象所服务的参保单位的选择和保障费用支付情况确定。

5、疾病身故最高给付人民币50万元，具体根据适用对象所服务的参保单位的选择和保障费用支付情况确定。

6、个性化需求项目，根据投保选项的约定赔付标准给付。

7、意外医疗的赔付：在本保障合同有效期内，被保障人因遭受意外伤害，在当地公立的二级（含）以上医疗保险定点医疗机构发生的门、急诊及住院医疗费（急诊公立一级以上医保定点医院），给付当地医保范围内自负部分，最高限额为意外保额的10%。药品、诊疗项目参照本保障手册中第三章《医疗保障实施办法》的约定条款。

第七条 责任免除

因下列情形之一，造成员工身故、伤残或医疗的，保险公司不负给付保障金的责任：

1、受益人对员工的故意杀害、伤害；

2、员工故意犯罪或者拒捕；

3、员工殴斗、醉酒、自杀、故意自伤及服用、吸食、注射毒品；

4、员工受酒精、毒品、管制药物的影响而导致的意外；

- 5、员工酒后驾驶、无有效驾驶执照或者驾驶无有效行驶证的机动车辆；
- 6、员工产前产后检查、妊娠（含宫外孕）、流产（含人工流产）、分娩（含剖腹产）、避孕、绝育手术、治疗不孕不育症以及上述原因引起的并发症；
- 7、员工因整容手术或者其它内、外科手术导致医疗事故；
- 8、员工未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；
- 9、员工从事潜水、跳伞、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；
- 10、员工患有艾滋病或者感染艾滋病病毒（HIV呈阳性）期间；
- 11、战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱；
- 12、核爆炸、核辐射或者核污染；
- 13、员工因意外伤害支出的医疗费中依法应由第三方赔偿的部分，但肇事者逃逸除外；
- 14、员工自残伤害或自杀，但自杀时为无民事行为能力人的除外；
- 15、因员工挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
- 16、员工因遭受意外伤害以外的原因失踪而被法院宣告死亡者；
- 17、员工从事非法、犯罪活动期间或被依法拘留、服刑期间；
- 18、因保前疾病身故；本办法规定的其他不予理赔的情形或者免责期内发生的意外伤害。

第八条 保障金给付的申请

- 1、发生意外伤害事故后应按规定通知所在业务中心或上海外服医疗保障中心。
- 2、申请给付保障金时将有关证明资料、病历复印件、医药费发票原件或医疗收费电子票据及医院最后诊断交所在业务中心。
- 3、员工死亡的：由死亡保障金受益人提供下列证明和资料向本公司申请理赔：
 - (1) 受益人户籍证明或者身份证明；
 - (2) 公安部门或者二级以上（含二级）医院出具的员工死亡证明书；
 - (3) 如员工因意外事故下落不明被宣告死亡，受益人须提供人民法院出具的宣告死亡证明文件；
 - (4) 员工户籍注销证明；
 - (5) 受益人所能提供的与确认意外事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。
 - (6) 保障金作为员工遗产时，必须提供可证明合法继承权的相关权利文件。员工意外致残的（含工伤）：由员工提供下列证明和资料向本公司申请理赔：
 - (1) 员工户籍证明或者身份证明；
 - (2) 由二级以上（含二级）医院出具的员工残疾程度鉴定书（司法鉴定）；伤残事故发生之日起180天的病史；
 - (3) 因交通意外引起的，须提供公安交通管理部门出具的《道路交通事故责任认定书》和《道路交通事故损害赔偿调解书》；
 - (4) 员工所能提供的与确认意外事故的性质、原因、伤害程度有关的证明和资料。如果情况特殊，则会根据情况要求提供其它相关资料，以司法鉴定机构的鉴定材料为准。
- 员工死亡理赔申请材料详见附件理赔服务指南。
- 4、员工死亡的，审核结果通知业务中心或法定受益人前来办理领取人身保障金手续。
- 员工致残的，审核结果通知业务中心或员工本人前来办理领取人身保障金手续。
- 5、意外医疗理赔：由员工提供下列证明和资料向本公司申请理赔：

(1) 门、急诊：医疗理赔申请单、医疗费发票原件或医疗收费电子票据、药品清单、病史及病卡封面复印件、相关检查化验报告单复印件以及被保障人应提供的与确认意外事故性质、原因等有关的证明和资料。

(2) 住院：医疗理赔申请单、医疗费发票原件或医疗收费电子票据、出院小结、住院期间的明细清单复印件以及被保障人应提供的与确认意外事故性质、原因等有关的证明和资料。

(3) 因交通意外引起的，除上述相关资料外，还需另提交《道路交通事故责任认定书》和《道路交通事故损害赔偿调解书》。

(4) 员工支出的医疗费中依法涉及应由第三方赔偿的部分，需同时提供第三方赔偿的明细资料。根据保险赔付损失补偿原则，赔款不能超过其实际赔付所受的损失，只能赔付不足部分，对在其他公司或第三方已赔付的医疗费用保险公司不再重复给付。

6、本公司要求的员工所能提供的与确认保险事故的性质、原因等相关的证明和资料。

7、员工因意外申请保险金的时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

第九条 免责期

设30天免责期（含新入职员工）。

第十条 效力、解释和修改

本办法自二零二四年一月一日起生效实行，二零二四年一月一日以前发生的意外，仍按照原办法理赔。

本办法由承保的第三方保险公司、上海外服（集团）有限公司医疗保障中心负责解释。

本办法在实施过程中，如遇政府部门、监管机构等发布新的办法与规定或保险公司条款有调整影响保障内容及条款履行的，保障手册应根据前述规范性要求进行变更。乙方有权对有关内容及时修改以适应上述强制性规范，制订出新的实施办法或调整部分内容并在外服网站上公布执行。

三、医疗保障实施办法

根据承保的第三方保险公司相应的团体医疗保险条款，各地城镇职工基本医疗保险办法及城乡居民基本医疗保险办法，结合本公司推出的《员工团体健康保障计划》，特拟定本办法。

第一条 适用对象

凡以团体形式参加《员工团体健康保障计划》并选择A类医疗保障项目且参保单位已经缴费的员工，均属本办法的适用对象。凡女性、男性年龄分别在55周岁、60周岁以下，身体健康且正常工作，均可作为被保障人。凡正患病住院、全休、半休者、及曾患重大疾病者（重度、轻度）不能作为被保障人。

第二条 明确说明与如实告知

参加本计划时，参保单位应根据本办法向员工明确说明本合同的条款内容，特别是责任免除条款。上海外服或保险公司可以就参保员工及其连带被保障人的有关情况向参保单位或员工提出书面询问，员工应当如实告知。所有告知事项以书面告知为准，口头告知无效。员工故意隐瞒事实，不履行如实告知义务的，或者因过失未履行如实告知义务的，足以影响保险公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险公司有权取消该员工的保险资格，**保险公司并有权不承担给付保险金的责任。**员工应当仔细阅读并认可遵守本公司《员工团体健康保障计划》的理赔条款及注意相关免责事项。

第三条 就诊范围

中国大陆境内。

第四条 就诊指定医院

1、门诊：公立的二级以上（含二级）医保定点医院，亦可就近指定一家公立的一级（社区卫生服务中心）医保定点医院，未指定的，默认第一次就诊的一级医院作为指定医院（如指定医院更改的，应在申请理赔时一并提交变更申请并说明理由）。

2、急诊：公立的一级（社区卫生服务中心）以上医保定点医院。

急诊范围：

急诊医疗费用赔偿需提供盖有急诊章的医疗费用收据且符合下列情况：

- 1) 高热（成人38.5度，小儿39度以上）；
- 2) 急性腹痛、剧烈呕吐、严重腹泻；
- 3) 各种原因的休克；
- 4) 昏迷；
- 5) 癫痫发作；
- 6) 严重哮喘、呼吸困难；
- 7) 严重胸痛、急性心力衰竭、严重心律失常；
- 8) 高血压危象、高血压脑病、脑血管意外；
- 9) 各种原因所致急性出血；

- 10) 急性泌尿道出积血，尿闭，肾绞痛；
- 11) 各种急性中毒（食物或药物中毒），各种意外（触电、溺水）；
- 12) 脑外伤、骨折、脱位、撕裂、烧伤、烫伤、或其他急性外伤；
- 13) 各种有毒动物、昆虫咬伤、急性过敏性疾病；
- 14) 五官及呼吸道、食道异物；急性眼痛、眼红或眼肿，突然视力障碍者以及眼外伤。

3、住院：公立的二级以上（含二级）医保定点医院（不含联合病房）。

若定点医院有不合理收费行为或违反当地社会医疗主管部门的有关规定，本公司将取消该医院的指定医院资格并通知员工。

未通过当地卫生行政机构认定或不具备等级资质（未评级）的医疗机构不能作为我司就诊的指定医院，由此发生的医疗费用不予给付。

公立医院：指政府办非营利性的公共医疗服务机构。

第五条 门急诊、住院医疗费给付标准

已参加当地医保的，按当地医保规定持卡就诊，符合医保范围合理且必要的个人自负部分100%给付。未参加当地医保或不能提供当地医保结算的门诊或住院医疗费，应由医保统筹支付部分不予给付，可参照上海城保规定给付个人自负部分（重大疾病不予赔付）。按当地医保规定个人历年账户和医保家庭账户（共济账户）冲抵自费医疗费不予赔付。

第六条 女性员工生育与计划生育医疗费给付标准

1、属计划生育（放环、取环、人流、引产、绝育及复通手术）的医疗费：参加当地生育保险的由生育保险统筹支付，未参加的可给付符合生育保险范围的费用。

2、属计划生育的符合医保或生育保险范围的产前、产后检查费用可予以给付。

3、属计划生育的住院分娩费用：参加当地社会医保、生育保险的员工，可到指定的经办机构申请领取生育生活津贴、生育医疗费补贴。凡生育费用（符合当地医保范围内个人自负部分）超过生育医疗费补贴的部分可予以给付；未参加当地社会医保、生育保险的员工，符合计划生育的住院分娩费用，参照上海城保医保范围，给付符合上海城保医保范围的个人自负部分（应由统筹支付部分不予给付）。

4、产前检查建册后产检理赔医院限一家。

第七条 申请理赔手续

1、理赔申报：

(1)按照不同理赔项目，分类填写相关理赔申请单；

(2)若企业已开通在线理赔功能的，可使用手机扫描二维码方式进行在线理赔申报。

2、理赔所需资料：

1) 填写《医疗理赔申请单》（所有项目均为必填项）。

2) 门急诊理赔资料：病历及病历封面复印件、医疗费收据原件或医疗收费电子票据、费用明细，若有进行检验项目的还需提供检验单复印件，并按门诊日期

先后顺序将门诊病历与门诊收据一一对应进行装订。病历上清晰注明病情、检查、治疗、用药及剂量。

电子发票释义：是指财政部门监管的，非营利性医疗卫生机构（以下简称“医疗机构”）为患者提供门诊、急诊、急救、住院、体检等医疗服务取得医疗收入时，运用计算机和信息网络技术开具、存储、传输和接收的数字电文形式的电子凭证。可通过财政部全国财政电子票据查验平台进行票据查询与验证，与纸质票据有同等法律效力。

3) 住院理赔资料：出院小结复印件、医疗费收据原件或医疗收费电子票据、医疗费用明细清单复印件。

4) 产检理赔资料：孕妇手册上的孕检记录复印件（孕妇大卡记录复印件）、孕妇手册封面复印件（孕妇大卡封面复印件）、医疗费收据原件和费用明细。

5) 理赔计划生育医疗费用还需提供结婚证复印件。

6) 需长期治疗的慢性病（如各类结节（肺、甲状腺、乳腺等）、肺动脉高压、慢性阻塞性肺病、高血压病、高血脂、糖尿病、冠心病、心脏瓣膜疾病、心肌病、肝炎、肝硬化、溃疡性结肠炎、克罗恩病、慢性肾炎、肾病、肾衰竭、再生障碍性贫血、骨髓增生性疾病、血细胞减少、甲亢、甲减、甲状腺炎、红斑狼疮、类风湿性关节炎、强制性脊柱炎、阿尔茨海默病、帕金森病、运动神经元病、多发性硬化等），首次申报时须提供详细的初次就诊病史及相关检查报告。

7) 有第三方理赔的，提供已理赔的赔付明细。

8) 异地就诊做过医保零星报销的除提供医保结算单原件，还需提供收据原件的复印件、病历、检查报告及费用清单的复印件。

9) 本公司要求的员工所能提供的与确认保险事故的性质、原因等相关的证明和资料。

第八条 理赔须知

1、持卡就医：凡参加社会医保缴纳者，门急诊及住院必须按当地医保规定持社（医）保卡就医，未持卡就医的医疗费用不予给付。

2、门急诊药量：门诊一般不超过七天，急诊不超过三天，慢性疾病十四天，对诊断明确、病情稳定、需要长期服用治疗性药物的慢性疾病（如高血压、糖尿病等）不超过三十天，超过规定药量费用不予给付，药量尚有结余的重复配药不予给付。

3、处方配药：就诊医院处方只能在该医院药房配取，外配处方或自行购药，不予给付。如果因病情急需（急诊、抢救）、医院药房又无该种药品（指医保范围内药品），必须到药房购买的，需由医院门诊办公室等部门加盖外配章并持社（医）保卡结算。

4、一级（社区）医院：可在工作单位或居住地附近指定一家公立医院。住院、中医和理疗、康复的配药、治疗费用（如针灸、推拿等）不予给付。

5、产前、产后检查可赔项目：产科检查、血型（ABO、RH）检查、血常规、尿常规、白带常规、肝功能、三对半、肾功能、心电图、淋球菌培养、脱落细胞学检查、B超（指常规产科项目，但胎儿排畸筛查除外）、胎心多普勒、糖尿病筛

查（糖耐量、糖化血红蛋白等除外）、梅毒筛查（RPR）、HIV、营养咨询、胎儿监护、唐氏筛查（仅限一次）、支原体、衣原体。

6、医疗收据遗失：收据原件遗失一律不可赔付，医院证明或收据复印件均无效。

7、第三方赔偿与多方投保：根据保险赔付损伤补偿原则，赔款不能超过其实际赔付所受的损失，依法应由第三方赔偿的部分或由因多方投保其他保险公司赔付的部分，保险公司不再重复给付。

8、理赔起算日：以上海外服收到参保单位支付的参加保障费用之日起。

9、理赔失效日：参加保障的单位与上海外服签定的商务合同中约定的终止或解除员工聘用关系之日或参保单位与上海外服终止、解除商务合同之日失效。

10、本医疗保障费由员工所服务的参保单位按月向上海外服支付，参保单位逾期未支付的，本保障责任即行终止。

11、申请理赔期限：一般情况下，自发生就诊医疗费第二日起的60天内应申请理赔，但时效不可超过就诊之日起二年。

第九条 责任免除

1、不属当地医保范围和本办法规定的医院就诊：各类康复医院、疗养机构、护理院、联合诊所、中外合资医院、外宾病房、VIP病房、特需病房、温馨病房、民办医院、股份制医院、私人诊所、特需（色）门诊、及各类增设的服务项目、药房坐堂门诊，各级卫生防疫站，机关、研究院（所）、大专院校门诊部、国医堂等。

如：特需医院（门诊）：曙光医院名特医诊疗中心、上海第十人民医院健美特需等；

中外合资医院：如南京益宁眼科中心、广东东莞东华医院等；

民办医院：如上海博爱医院、上海浦东新区杨思医院、衡山虹妇幼医院（原上海市虹口区妇幼保健院）、上海强生医院、南京东南眼科医院、广州中医药大学祈福医院、北京健宫医院、北京弘医堂中医医院、北京同仁堂中医医院、浙江萧山医院等。

被取消指定医院：长海医院虹口分院妇科诊疗中心（门诊）、生殖泌尿中心（门诊）、五官科；中国人民解放军海军九〇五医院五官科、妇科、口腔科；中国人民解放军第二五四医院泌尿科、妇科；中国人民武装警察部队上海市总队医院五官科、妇科、口腔科；中国人民解放军第四五五医院五官科、妇科、呼吸内科；上海第九人民医院针灸科；中国人民解放军一六一医院妇科；上海一〇八医院；上海计生所医院、天津黄河医院等。

2、自费及自理费用：

例：挂号费、高于当地医保规定的普通（门诊、住院）诊疗费、院外会诊费、病历卡工本费、出诊费、各类检查、治疗的特需费、加急费、特需（色）门诊及特需病房的医疗费（含诊疗费、化验检查费、手术和用药、治疗等费用）、就诊交通费、急救车费、空调费、保暖费、护工费、陪护费、医保范围外的煎药费、送药费、膏方、不符合组方原则的中草药费、手写发票、超限价等。

3、下列疾病和治疗的费用：

- 1) 因打架、醉酒、吸毒、非计划生育、自杀、医疗事故而发生的医疗费用。
- 2) 各种整容、健美治疗：如减肥、增胖、增高、变性等项目。
- 3) 各种保健性按摩、推拿、音乐疗法、足部反射推拿等。
- 4) 各种不育（孕）症，治疗不孕症、人工受孕以及由此导致的并发症，性功能障碍，测排卵，输卵管检查、治疗等诊疗项目。
- 5) 下列情形：验光、配镜、屈光不正（近视、远视）、斜视和弱视的矫正、面部色素沉着（黄褐斑）、疤痕修复、痤疮等疾病治疗（按摩、面膜、挑治、激光等）、激光美容、脱痣、祛除纹身、除皱、祛雀斑、白发、秃发、各类元素、电解质测定、智力检测、发育迟缓（不良）、身材矮小、肥胖、心理、行为检测、评估、治疗、心理家庭（团体）治疗。
- 6) 美容性洁齿、种植牙、义齿修复（包括桩冠、套冠、安装义齿）、镶牙等发生的医疗费。
- 7) 矫形治疗：如口吃、牙列不齐、口腔修复、口腔正畸、口腔美容、平足等。
- 8) 超过医保规定的《药品报销范围》以外的：如各种营养滋补作用药、动物及动物脏器、中药材炮制的药酒、血液制品、蛋白类制品、部分中药材。
- 9) 各种医疗咨询、心理咨询、优生优育咨询、医疗鉴定、康复医疗费、各类鉴定费、验伤费。
- 10) 各种体检（含婚前检查、孕前检查、未建孕妇联系卡之前的产检、考证体检等），疾病普查、预防针（含狂犬、流感、肝炎疫苗等所有疫苗）。非临床必须的新冠病毒核酸检测（如出差、旅游、要求体检、住院陪护、筛查等）。
- 11) 以下检查治疗项目，如：临床基因扩增PCR（指DNA、RNA、组织化学法等，但不含HPV及新冠病毒核酸检测），正电子扫描PET，电子束CT，眼科准分子激光治疗仪，高分辨多项显微镜（一滴血）、微电极导向立体定向治疗术，LAKE治疗等大型医疗设备检查，乳房微创手术、特殊腹腔镜手术，气功疗法、营养疗法、FISH荧光素法原位杂交技术等。
- 12) 各种器具任何情况下均不予赔付，如：拐杖、腰托、颈托、胃托、阴囊托、护腰、护膝、膝托、镇痛泵、疝气带、按摩器、药垫、鞋垫、轮椅、血糖试纸、助听器、各种磁疗用品、眼镜、牵引器等。
- 13) 各种科研和治疗验证性项目：如染色体检查、胎儿筛选及各种筛查项目。
- 14) 不可单独收费的一次性医用材料。
- 15) 各种无痛检查（胃镜、肠镜、气管镜等）的麻醉费及相关费用、无痛人流麻醉费及相关费用。
- 16) 未婚女职工因妊娠、异位妊娠、人流，及妊娠引起的其他疾病。
- 17) 检查、治疗、用药与所诊断疾病不符的，不能提供疾病诊断相关依据的。
- 18) 无相关主述、疾病诊断的病史、直接配药或取药的、未遵医嘱使用药物的、代诊或代配药的。
- 19) 赔付时未同时提供电脑打印的费用明细清单或盖收费章注明药品价格处方的。

20) 员工应当使用社保卡/医保卡而未使用的，未提供医保专用正式发票的。

21) 预防、检查、疗养、康复性质的住院费用。

22) 所患疾病不需要住院或长期住院治疗。

23) 员工诊病过程中有名不符实行为。

24) 首次投保前患未治愈疾病、遗传性疾病、先天性疾病。

25) 任何减肥及衍生治疗（穴位埋线、针灸、推拿、缩胃手术等）。

26) 不符合当地医保限定适用的药品、诊疗项目、材料。

27) 不属于当地医保范围的中草药颗粒剂。

保前疾病释义：指参加本保障计划前，已接受治疗、出现症状或体征、据其所知已存在的伤病或曾接受治疗的伤病或与之相关的伤病。

4、本办法规定的其他不予理赔的情形或者免责期内发生的费用。

第十条 异地就诊理赔

当地已实行医疗保险异地就医结算政策的，按当地医保规定持卡在异地就医。尚未完全实施异地就医结算政策的，在异地就诊只可理赔急诊费用，当地可做医疗费零星报销的待报销后再申请理赔。

第十一条 约定需求项目

非标准的个性化需求项目，根据投保选项的约定赔付标准给付。

第十二条 免责期

设30天免责期（含新入职员工）。

第十三条 服务标准与理赔承诺

1、服务标准：热情、专业、透明、诚信

2、理赔承诺：对于申请资料齐全，性质明确的医疗费用一般于申请材料齐备之日起十个工作日理赔结案。

第十四条 效力、解释和修改

本办法自二零二四年一月一日起生效实行，二零二四年一月一日以前发生的医疗费用，仍按照原办法理赔。

本办法由承保的第三方保险公司、上海外服（集团）有限公司医疗保障中心负责解释。

本办法在实施过程中，如遇政府部门、监管机构等发布新的办法与规定或保险公司条款有调整影响保障内容及条款履行的，保障手册应根据前述规范性要求进行变更。乙方有权对有关内容及时修改以适应上述强制性规范，制订出新的实施办法或调整部分内容并在外服网站上公布执行

四、医疗附加保障实施办法

根据承保的第三方保险公司团体医疗保险条款，各地城镇职工基本医疗保险办法及城乡居民基本医疗保险办法，结合本公司推出的《员工团体健康保障计划》，特拟定本办法。

第一条 适用对象

凡以团体形式参加《员工团体健康保障计划》并选择B类医疗附加保障项目且参保单位已经缴费的员工，均属本办法的适用对象。

第二条 保障范围

未参加当地城镇职工医疗保险和生育保险员工，因门急诊及住院发生的符合当地医保范围但不享受医保统筹和生育保险支付的医疗费用。

第三条 明确说明与如实告知

参加本计划时，参保单位应根据本办法向员工明确说明本合同的条款内容，特别是责任免除条款。上海外服或保险公司可就参保员工及其连带被保障人的有关情况向参保单位或员工提出书面询问，员工应当如实告知。所有告知事项以书面告知为准，口头告知无效。员工故意隐瞒事实，不履行如实告知义务的，或者因过失未履行如实告知义务的，足以影响保险公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险公司有权取消该员工的保险资格，**保险公司并有权不承担给付保险金的责任。**员工应当仔细阅读并认可遵守本公司《员工团体健康保障计划》的理赔条款及注意相关免责事项。

第四条 就诊范围

中国大陆境内。

第五条 就诊指定医院

公立的二级以上（含二级）医保定点医院（不含联合病房）。未通过当地卫生行政机构认定或不具备等级资质（未评级）的医疗机构不能作为我司就诊的指定医院，由此发生的医疗费用不予给付。若指定医院有不合理收费行为或违反当地社会医疗主管部门的有关规定，本公司将取消该医院的指定医院资格并通知员工。

第六条 门急诊及住院医疗费给付标准

在保障责任有效期内，未参加当地城保和生育保险的员工，参照当地参保员工门急诊及住院可享受的统筹部分给付100%（重大疾病赔付须已选择重大疾病医疗保障项目）。

第七条 申请理赔手续

1、员工申请理赔，可将齐全的理赔所需资料，送到所属的上海外服业务中心或直接到上海外服医疗保障中心办理。

2、理赔所需资料：

1) 填写《医疗理赔申请单》。

2) 门急诊理赔资料：病历及病历封面复印件、医疗费收据原件或医疗收费电子票据和费用明细，若有进行检验项目的还需提供检验单复印件，并按门诊日期先后顺序将门诊病历与门诊收据一一对应进行装订。病历上清晰注明病情、检查、治疗、用药及剂量。

3) 住院理赔资料：出院小结复印件、医疗费收据原件或医疗收费电子票据、医疗费用明细清单复印件。

电子发票/电子票据：是指财政部门监管的，非营利性医疗卫生机构（以下简称“医疗机构”）为患者提供门诊、急诊、急救、住院、体检等医疗服务取得医疗收入时，运用计算机和信息网络技术开具、存储、传输和接收的数字电文形式的电子凭证。可通过财政部全国财政电子票据查验平台进行票据查询与验证，与纸质票据有同等法律效力。

4) 本公司要求的员工所能提供的与确认保险事故的性质、原因等相关的证明和资料。

第八条 理赔须知

1、医疗收据遗失：收据原件遗失一律不可赔付，医院证明或收据复印件均无效。

2、第三方赔偿与多方投保：根据保险赔付损伤补偿原则，赔款不能超过其实际赔付所受的损失，依法应由第三方赔偿的部分或由因多方投保其他保险公司赔付的部分，保险公司不再重复给付。

3、理赔起算日：以上海外服收到参保单位支付的参加保障费用之日起。

4、理赔失效日：参加保障的单位与上海外服签定的商务合同中约定的终止或解除员工聘用关系之日或参保单位与上海外服终止、解除商务合同之日失效。

5、本医疗保障费由员工所服务的参保单位按月向上海外服支付，参保单位逾期未支付的，本保障责任即行终止。

6、申请理赔期限：一般情况下，自发生就诊医疗费第二日起的60天内应申请理赔，但时效不可超过就诊之日起二年。

第九条 责任免除

1、不属当地医保范围和本办法规定的医院就诊：各类康复医院、疗养机构、护理院、联合诊所、中外合资医院、外宾病房、VIP病房、特需病房、温馨病房、民办医院、股份制医院、疗养机构、护理院、私人诊所、特需（色）门诊、及各类增设的服务项目、药房坐堂门诊，各级卫生防疫站，机关、研究院（所）、大专院校门诊部、国医堂等。

2、自费及自理费用：例：挂号费、高于当地医保规定的普通（门诊、住院）诊疗费、院外会诊费、病历卡工本费、出诊费、各类检查、治疗的特需费、加急费、特需（色）门诊及特需病房的医疗费（含诊疗费、化验检查费、手术和用药、治疗等费用）、就诊交通费、急救车费、空调费、保暖费、护工费、陪护费、医保范围外的煎药费、送药费、膏方、不符合组方原则的中草药费、手写发票、超限价等。

3、下列疾病和治疗费用：

1) 因打架、醉酒、吸毒、非计划生育、自杀、医疗事故而发生的医疗费用。

2) 各种整容、健美治疗：如减肥、增胖、增高、变性等项目。

3) 各种保健性按摩、推拿、音乐疗法、足部反射推拿等。

4) 各种不育（孕）症，治疗不孕症、人工受孕以及由此导致的并发症，性功能障碍，测排卵，输卵管检查、治疗等诊疗项目

5) 下列情形：验光、配镜、屈光不正（近视、远视）、斜视和弱视的矫正、面部色素沉着（黄褐斑）、疤痕修复、痤疮等疾病治疗（按摩、面膜、挑治、激光等）、激光美容、脱痣、祛除纹身、除皱、祛雀斑、白发、秃发、各类元素、电解质测定、智力检测、发育迟缓（不良）、身材矮小、肥胖、心理、行为检测、评估、治疗、心理家庭（团体）治疗。

6) 美容性洁齿、种植牙、义齿修复（包括桩冠、套冠、安装义齿）、镶牙等发生的医疗费。

7) 矫形治疗：如近视眼、斜视眼、口吃、牙列不齐、口腔修复、口腔正畸、口腔美容、平足等。

8) 超过医保规定的《药品报销范围》以外的：如各种营养滋补作用药、动物及动物脏器、中药材炮制的药酒、血液制品、蛋白类制品、部分中药材。

9) 各种医疗咨询、心理咨询、优生优育咨询、医疗鉴定、康复医疗费、各类鉴定费、验伤费。

10) 各种体检（含婚前检查、孕前检查、未建孕妇联系卡之前的产检、考证体检等），疾病普查、预防针（含狂犬、流感、肝炎疫苗等所有疫苗）。非临床必须的新冠病毒核酸检测（如出差、旅游、要求体检、住院陪护、筛查等）。

11) 以下检查治疗项目，如：临床基因扩增PCR（指DNA、RNA、组织化学法等，但不含HPV及新冠病毒核酸检测），正电子扫描PET，电子束CT，眼科准分子激光治疗仪，高分辨多项显微镜（一滴血）、微电极导向立体定向治疗术，LAKE治疗等大型医疗设备检查，乳房微创手术、特殊腹腔镜手术，气功疗法、营养疗法、FISH荧光素法原位杂交技术等。

12) 各种器具任何情况下均不予赔付，如：拐杖、腰托、颈托、胃托、阴囊托、护腰、护膝、膝托、镇痛泵、疝气带、按摩器、药垫、鞋垫、轮椅、血糖试纸、助听器、各种磁疗用品、眼镜、牵引器等。

13) 各种科研和治疗验证性项目：如染色体检查、胎儿筛选及各种筛查项目。

14) 不可单独收费的一次性医用材料。

15) 各种无痛检查（胃镜、肠镜、气管镜等）的麻醉费及相关费用、无痛人流麻醉费及相关费用。

16) 未婚女职工因妊娠、异位妊娠、人流，及妊娠引起的其他疾病。

17) 检查、治疗、用药与所诊断疾病不符的，不能提供疾病诊断相关依据的。

18) 无相关主述、疾病诊断的病史、直接配药或取药的，未遵医嘱使用药物的、代诊或代配药的。

19) 赔付时未同时提供电脑打印的费用明细清单或盖收费章注明药品价格处方的。

20) 员工应当使用社保卡/医保卡而未使用的，未提供医保专用正式发票的。

21) 预防、检查、疗养、康复性质的住院费用。

22) 所患疾病不需要住院或长期住院治疗。

23) 员工诊病过程中有名不符实行为。

24) 首次投保前患未治愈疾病、遗传性疾病、先天性疾病。

25) 任何减肥及衍生治疗（穴位埋线、针灸、推拿、缩胃手术等）。

26) 不符合当地医保限定适用的药品、诊疗项目、材料。

27) 不属于当地医保范围的中草药颗粒剂。

4、本办法规定的其他不予理赔的情形或者免责期内发生的费用。

第十条 异地就诊理赔

异地就诊只可理赔急诊费用。

第十一条 约定需求项目

非标准的个性化需求项目，根据投保选项的约定赔付标准给付。

第十二条 免责期

设30天免责期（含新入职员工）。

第十三条 效力、解释和修改

本办法自二零二四年一月一日起生效实行，二零二四年一月一日以前发生的医疗费用，仍按照原办法理赔。

本办法由承保的第三方保险公司、上海外服（集团）有限公司医疗保障中心负责解释。

本办法在实施过程中，如遇政府部门、监管机构等发布新的办法与规定或保险公司条款有调整影响保障内容及条款履行的，保障手册应根据前述规范性要求进行变更。乙方有权对有关内容及时修改以适应上述强制性规范，制订出新的实施办法或调整部分内容并在外服网站上公布执行。

五、重大疾病医疗保障实施办法

根据承保的第三方保险公司团体重大疾病保险条款,各地城镇职工基本医疗保险办法及城乡居民基本医疗保险办法,结合本公司推出的《员工团体健康保障计划》,特制定本办法。

本办法中所称“重大疾病”是指保险行业协会发布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范(2020年修订版)》中重大疾病医疗保障实施办法约定的重大疾病、疾病状态和手术。

第一条 适用对象

凡以团体形式参加《员工团体健康保障计划》并选B类重大疾病医疗保障项目且参保单位已经缴费的员工,均属本办法的适用对象。凡女性、男性年龄分别在55周岁、60周岁以下,身体健康且正常工作,均可作为被保障人。凡正患病住院、全休、半休者及曾患重大疾病者(重度、轻度)不能作为被保障人。

第二条 明确说明与如实告知

参加本计划时,参保单位应根据本办法向员工明确说明本合同的条款内容,特别是责任免除条款。上海外服或保险公司可就参保员工及其连带被保障人的有关情况向参保单位或员工提出书面询问,员工应当如实告知。所有告知事项以书面告知为准,口头告知无效。员工故意隐瞒事实,不履行如实告知义务的,或者因过失未履行如实告知义务的,足以影响保险公司决定是否同意承保或者提高保险费率的,保险公司有权取消该员工的保险资格,保险公司并有权不承担给付保险金的责任。员工应当仔细阅读并认可遵守本公司《员工团体健康保障计划》的理赔条款及注意相关免责事项。

第三条 就诊范围

中国大陆境内。

第四条 就诊指定医院

1、门诊:公立的二级以上(含二级)医保定点医院,亦可就近指定一家公立的一级(社区卫生服务中心)医保定点医院,未指定的,默认第一次就诊的一级医院作为指定医院(如指定医院更改的,应在申请理赔时一并提交变更申请并说明理由)。

2、急诊:公立的一级(社区卫生服务中心)以上医保定点医院。

3、住院:公立的二级以上(含二级)医保定点医院(不含联合病房)。

若定点医院有不合理收费行为或违反当地社会医疗主管部门的有关规定,本公司将取消该医院的指定医院资格并通知员工。

未通过当地卫生行政机构认定或不具备等级资质(未评级)的医疗机构不能作为我司就诊的指定医院,由此发生的医疗费用不予给付。

公立医院:指政府办非营利性的公共医疗服务机构。

第五条 给付标准

适用对象在本合同生效90天后初次发生并经本公司本办法中指定或认可的医疗机构确诊患本条款所指重大疾病的可予给付。

门急诊、住院医疗费给付标准:

在保障责任有效期内，参加当地城保的员工因三十种重大疾病所发生的合理且必要的门急诊、住院医疗费用，符合当地医保范围内个人自负部分给付100%。

在保障责任有效期内，员工因重大疾病、用于大病治疗的药品、诊疗项目纳入当地医保大病统筹的合理且必要的门急诊医疗费，个人自负部分100%给付。未纳入当地大病统筹的，且又未参加医疗附加保障项目（B类）的员工因重大疾病所发生的门急诊、住院医疗费用，参照上海城保医保范围，给付符合上海城保医保范围的自负部分费用（应统筹支付的费用不给付）。

第六条 申请理赔手续

1、中国员工申请赔付，可将齐全的理赔所需资料，送到所属的上海外服业务中心或直接到上海外服（集团）有限公司医疗保障中心办理。

2、理赔所需资料：

1) 填写《理赔申请书》。

2) 门急诊理赔资料：病历及病历封面复印件、医疗费收据原件或医疗收费电子票据和费用明细，若有进行检验项目的还需提供检验单复印件，并按门诊日期先后顺序将门诊病历与门诊收据一一对应进行装订。病历上清晰注明病情、检查、治疗、用药及剂量。

3) 住院理赔资料：出院小结复印件、医疗费收据原件或医疗收费电子票据、医疗费用明细清单复印件。

电子发票/电子票据：是指财政部门监管的，非营利性医疗卫生机构（以下简称“医疗机构”）为患者提供门诊、急诊、急救、住院、体检等医疗服务取得医疗收入时，运用计算机和信息技术开具、存储、传输和接收的数字电文形式的电子凭证。可通过财政部全国财政电子票据查验平台进行票据查询与验证，与纸质票据有同等法律效力。

4) 本公司要求的员工所能提供的与确认保险事故的性质、原因等相关的证明和资料。

第七条 理赔须知

1、持卡就医：凡参加社会医保缴纳者，当地已实行重大疾病统筹的，门诊及住院必须按医保规定持社（医）保卡结帐，未持卡就医不予给付。

2、医疗收据遗失：收据原件遗失一律不可赔付，医院证明或收据复印件均无效。

3、第三方赔偿与多方投保：根据保险赔付损失补偿原则，赔款不能超过其实际赔付所受的损失，依法应由第三方赔偿的部分或由因多方投保其他保险公司赔付的部分，保险公司不再重复给付。

4、理赔起算日：以上海外服收到参保单位支付的参加保障费用之日起。

5、理赔失效日：参加保障的单位与上海外服签定的商务合同中约定的终止或解除员工聘用关系之日或参保单位与上海外服终止、解除商务合同之日失效。

6、本医疗保障费由员工所服务的参保单位按月向上海外服支付，参保单位逾期未支付的，本保障责任即行终止。

7、申请理赔期限：一般情况下，自发生就诊医疗费第二日起的60天内应申请理赔，但时效不可超过就诊之日起二年。

第八条 责任免除

因下列情形之一，导致员工患本条款所指重大疾病，保险公司不负赔付责任：

- 1、未参加《中国员工团体健康保障计划》B类重大疾病医疗保障项目。
- 2、在投保前或免责期内员工已患本条款所指重大疾病。
- 3、员工醉酒、故意犯罪、拒捕或故意自伤身体。
- 4、员工服用、吸食或注射毒品。
- 5、员工酒后驾驶、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。
- 6、从事潜水、跳伞、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马或赛车等高风险运动。
- 7、员工感染艾滋病病毒（HIV呈阳性）或患艾滋病(AIDS)期间。
- 8、战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱。
- 9、核爆炸、核辐射或核污染或由此引起的疾病。
- 10、受酒精、毒品、管制药物的影响而导致的意外。
- 11、遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常。
- 12、员工故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施。
- 13、员工故意自伤、自杀，但自杀时为无民事行为能力人除外。

第九条 异地就诊理赔

当地已实行医疗保险异地就医结算政策的，按当地医保规定持卡在异地就医。尚未完全实施异地医保政策的在异地就诊只可理赔急诊费用，在当地做医疗费零星报销后再申请理赔。

第十条 重大疾病条款的相关规定

重度疾病定义

一、恶性肿瘤——重度

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他部位，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO，WorldHealthOrganization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”，不在保障范围内：

- (1) ICD-O-3肿瘤形态学编码属于0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：a.原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；b.交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；
- (2) TNM分期为I期或更轻分期的甲状腺癌；
- (3) TNM分期为T1N0M0期或更轻分期的前列腺癌；
- (4) 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；
- (5) 相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- (6) 相当于AnnArbor分期方案I期程度的何杰金氏病；
- (7) 未发生淋巴结和远处转移且WHO分级为G1级别（核分裂像 $<10/50\text{HPF}$ 和ki-

67≤2%) 或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

二、较重急性心肌梗死

急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌坏死。急性心肌梗死的诊断必须依据国际国内诊断标准，符合(1)检测到肌酸激酶同工酶(CK-MB)或肌钙蛋白(cTn)升高和/或降低的动态变化，至少一次达到或超过心肌梗死的临床诊断标准；(2)同时存在下列之一的证据，包括：缺血性胸痛症状、新发生的缺血性心电图改变、新生成的病理性Q波、影像学证据显示有新出现的心肌活性丧失或新出现局部室壁运动异常、冠脉造影证实存在冠状动脉血栓。

较重急性心肌梗死指依照上述标准被明确诊断为急性心肌梗死，并且必须同时满足下列至少一项条件：

(1) 心肌损伤标志物肌钙蛋白(cTn)升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的15倍(含)以上；

(2) 肌酸激酶同工酶(CK-MB)升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的2倍(含)以上；

(3) 出现左心室收缩功能下降，在确诊6周以后，检测左室射血分数(LVEF)低于50%(不含)；

(4) 影像学检查证实存在新发的乳头肌功能失调或断裂引起的中度(含)以上的二尖瓣反流；

(5) 影像学检查证实存在新出现的室壁瘤；

(6) 出现室性心动过速、心室颤动或心源性休克。

其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白(cTn)升高不在保障范围内。

三、严重脑中风后遗症

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，须由头颅断层扫描(CT)、核磁共振检查(MRI)等影像学检查证实，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，仍遗留下列至少一种障碍：

(1) 一肢(含)以上肢体肌力2级(含)以下；

(2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；

(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。

四、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、肺脏或小肠的异体移植手术。

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)的移植手术。

五、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，已经实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。

六、严重慢性肾衰竭

指双肾功能慢性不可逆性衰竭，依据肾脏病预后质量倡议（K/DOQI）制定的指南，分期达到慢性肾脏病5期，且经诊断后已经进行了至少90天的规律性透析治疗。规律性透析是指每周进行血液透析或每天进行腹膜透析。

七、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。

八、急性重症肝炎或亚急性重症肝炎

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：

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

九、严重非恶性颅内肿瘤

指起源于脑、脑神经、脑被膜的非恶性肿瘤，ICD-O-3肿瘤形态学编码属于0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）范畴，并已经引起颅内压升高或神经系统功能损害，出现视乳头水肿或视觉受损、听觉受损、面部或肢体瘫痪、癫痫等，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，且须满足下列至少一项条件：

- (1) 已经实施了开颅进行的颅内肿瘤完全或部分切除手术；
- (2) 已经实施了针对颅内肿瘤的放射治疗，如 γ 刀、质子重离子治疗等。

下列疾病不在保障范围内：

- (1) 脑垂体瘤；
- (2) 脑囊肿；
- (3) 颅内血管性疾病（如脑动脉瘤、脑动静脉畸形、海绵状血管瘤、毛细血管扩张症等）。

十、严重慢性肝衰竭

指因慢性肝脏疾病导致的肝衰竭，且须满足下列全部条件：

- (1) 持续性黄疸；
- (2) 腹水；
- (3) 肝性脑病；
- (4) 充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。因酗酒或药物滥用导致的肝衰竭不在保障范围内。

十一、严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症

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，指经相关专科医生确诊疾病180天后，仍遗留下述至少一种障碍：

- (1) 一肢（含）以上肢体肌力2级（含）以下；
- (2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
- (3) 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表

(CDR, ClinicalDementiaRating) 评估结果为3分；

(4) 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。

十二、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（GCS, GlasgowComaScale）结果为5分或5分以下，且已经持续使用呼吸机及其他生命维持系统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。

十三、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，平均听阈大于等于91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。

十四、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：

- (1) 眼球缺失或摘除；
- (2) 矫正视力低于0.02（采用国际标准视力表，如果使用其他视力表应进行换算）；
- (3) 视野半径小于5度。

十五、瘫痪

指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体随意运动功能永久完全丧失。肢体随意运动功能永久完全丧失，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，或肢体肌力在2级（含）以下。

十六、心脏瓣膜手术

指为治疗心脏瓣膜疾病，已经实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。所有未切开心脏的心脏瓣膜介入手术不在保障范围内。

十七、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，临床表现为严重的认知功能障碍、精神行为异常和社交能力减退等，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，并经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：

- (1) 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR, ClinicalDementiaRating）评估结果为3分；
- (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。

阿尔茨海默病之外的其他类型痴呆不在保障范围内。

十八、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，仍遗留下列至少一种障碍：

- (1) 一肢（含）以上肢体肌力2级（含）以下；
- (2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
- (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。

十九、严重原发性帕金森病

是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为运动迟缓、静止性震颤或肌强直等，经相关专科医生确诊，且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。继发性帕金森综合征、帕金森叠加综合征不在保障范围内。

二十、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。

二十一、严重特发性肺动脉高压

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

(NewYorkHeartAssociation, NYHA) 心功能状态分级Ⅳ级，且静息状态下肺动脉平均压在36mmHg（含）以上。

二十二、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，经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：

- (1) 严重咀嚼吞咽功能障碍；
- (2) 呼吸肌麻痹导致严重呼吸困难，且已经持续使用呼吸机7天（含）以上；
- (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。

注：如果保险公司仅承担被保险人在某年龄之前的保障责任，须在疾病定义中特别说明。

二十三、语言能力丧失

指因疾病或意外伤害导致语言能力完全丧失，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。

二十四、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，且须满足下列全部条件：

(1) 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断：骨髓细胞增生程度<正常的25%；如≥正常的25%但<50%，则残存的造血细胞应<30%；

(2) 外周血象须具备以下三项条件中的两项：

①中性粒细胞绝对值 $<0.5 \times 10^9/L$;

②网织红细胞计数 $<20 \times 10^9/L$;

③血小板绝对值 $<20 \times 10^9/L$ 。

二十五、主动脉手术

指为治疗主动脉疾病或主动脉创伤，已经实施了开胸（含胸腔镜下）或开腹（含腹腔镜下）进行的切除、置换、修补病损主动脉血管、主动脉创伤后修复的手术。主动脉指升主动脉、主动脉弓和降主动脉（含胸主动脉和腹主动脉），不包括升主动脉、主动脉弓和降主动脉的分支血管。

所有未实施开胸或开腹的动脉内介入治疗不在保障范围内。

二十六、严重慢性呼吸衰竭

指因慢性呼吸系统疾病导致永久不可逆性的呼吸衰竭，经过积极治疗180天后满足以下所有条件：

(1) 静息时出现呼吸困难；

(2) 肺功能第一秒用力呼气容积（FEV1）占预计值的百分比 $<30\%$ ；

(3) 在静息状态、呼吸空气条件下，动脉血氧分压（PaO₂） $<50\text{mmHg}$ 。

二十七、严重克罗恩病

指一种慢性肉芽肿性肠炎，具有特征性的克罗恩病（Crohn病）病理组织学变化，须根据组织病理学特点诊断，且已经造成瘘管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

二十八、严重溃疡性结肠炎

指伴有致命性电解质紊乱的急性暴发性溃疡性结肠炎，病变已经累及全结肠，表现为严重的血便和系统性症状体征，须根据组织病理学特点诊断，且已经实施了结肠切除或回肠造瘘术。

二十九、严重原发性心肌病

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（指达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级IV级），且有相关住院医疗记录显示IV级心功能衰竭状态已持续至少180日。本病须经专科医生明确诊断。

继发于全身性疾病或其他器官系统疾病造成的心肌病变不在保障范围内。

三十、严重多发性硬化症

指因中枢神经系统脱髓鞘疾病，导致不可逆的运动或感觉功能障碍，临床表现为视力受损、截瘫、平衡失调、构音障碍、大小便机能失调等症状。不可逆指运动或感觉功能障碍初次诊断后需持续180天以上。须由断层扫描（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，且须满足下列全部条件：

(1) 明确出现因视神经、脑干或脊髓损伤等导致的上述临床症状；

(2) 散在的、多样性的神经损伤；

(3) 上述临床症状反复发作、恶化及神经损伤的病史纪录。

轻度疾病定义

一、 恶性肿瘤——轻度

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他部位，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO，WorldHealthOrganization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于3、6、9（恶性肿瘤）范畴，但不在“恶性肿瘤——重度”保障范围的疾病。且特指下列六项之一：

- (1) TNM分期为I期的甲状腺癌；
- (2) TNM分期为T1N0M0期的前列腺癌；
- (3) 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；
- (4) 相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- (5) 相当于AnnArbor分期方案I期程度的何杰金氏病；
- (6) 未发生淋巴结和远处转移且WHO分级为G1级别（核分裂像 $<10/50\text{HPF}$ 和 $\text{ki-67}\leq 2\%$ ）的神经内分泌肿瘤。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——轻度”，不在保障范围内：

ICD-O-3肿瘤形态学编码属于0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：a.原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；b.交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等。

二、 较轻急性心肌梗死

急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌坏死。急性心肌梗死的诊断必须依据国际国内诊断标准，符合（1）检测到肌酸激酶同工酶（CK-MB）或肌钙蛋白（cTn）升高和/或降低的动态变化，至少一次达到或超过心肌梗死的临床诊断标准；（2）同时存在下列之一的证据，包括：缺血性胸痛症状、新发生的缺血性心电图改变、新生成的病理性Q波、影像学证据显示有新出现的心肌活性丧失或新出现局部室壁运动异常、冠脉造影证实存在冠状动脉血栓。

较轻急性心肌梗死指依照上述标准被明确诊断为急性心肌梗死，但未达到“较重急性心肌梗死”的给付标准。

其他非冠状动脉阻塞性疾病引起的肌钙蛋白（cTn）升高不在保障范围内。

三、 轻度脑中风后遗症

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实，并导致神经系统永久性的功能障碍，但未达到“严重脑中风后遗症”的给付标准，在疾病确诊180天后，仍遗留下述至少一种障碍：

- (1) 一肢（含）以上肢体肌力为3级；
- (2) 自主生活能力部分丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项。

第十一条 约定需求项目

非标准的个性化需求项目，根据投保选项的约定赔付标准给付。

第十二条 免责期

重大疾病设90天免责期。

第十三条 效力、解释和修改

本办法自二零二四年一月一日起生效实行，二零二四年一月一日以前发生的费用，仍按照原办法理赔。

本办法由承保的第三方保险公司、上海外服（集团）有限公司医疗保障中心负责解释。

本办法在实施过程中，如遇政府部门、监管机构等发布新的办法与规定或保险公司条款有调整影响保障内容及条款履行的，保障手册应根据前述规范性要求进行变更。乙方有权对有关内容及时修改以适应上述强制性规范，制订出新的实施办法或调整部分内容并在外服网站上公布执行。

六、重大疾病补贴保障实施办法

根据承保的第三方保险公司团体重大疾病保险条款,各地城镇职工基本医疗保险办法及城乡居民基本医疗保险办法,结合本公司推出的《员工团体健康保障计划》,特拟定本办法。

本办法中所称“重大疾病”是指保险行业协会发布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范(2020年修订版)》中重大疾病补贴保障实施办法约定的重大疾病、疾病状态和手术。

第一条 适用对象

凡以团体形式参加《员工团体健康保障计划》并选B类重大疾病补贴保障项目且参保单位已经缴费的员工,均属本办法的适用对象。凡女性、男性年龄分别在55周岁、60周岁以下,身体健康且正常工作,均可作为被保障人。凡正患病住院、全休、半休者及曾患重大疾病者(重度、轻度)不能作为被保障人。

第二条 明确说明与如实告知

参加本计划时,参保单位应根据本办法向员工明确说明本合同的条款内容,特别是责任免除条款。上海外服或保险公司可就参保员工及其或其连带被保障人的有关情况向参保单位或员工提出书面询问,员工应当如实告知。所有告知事项以书面告知为准,口头告知无效。员工故意隐瞒事实,不履行如实告知义务的,或者因过失未履行如实告知义务的,足以影响保险公司决定是否同意承保或者提高保险费率的,保险公司有权取消该员工的保险资格,保险公司并有权不承担给付保险金的责任。员工应当仔细阅读并认可遵守本公司《员工团体健康保障计划》的理赔条款及注意相关免责事项。

第三条 就诊范围

中国大陆境内。

第四条 给付标准

适用对象在本合同生效90天后初次发生并经本公司本保障计划指定或认可的医疗机构确诊患本条款所指重大疾病的可予给付。

根据投保选项的约定赔付标准给付,重度疾病最高给付三十万元;轻度疾病保险金额比例为约定赔付标准的30%。给付重度疾病后,重大疾病补贴责任终止。

第五条 申请理赔手续

1、员工申请赔付,可将齐全的理赔所需资料,送到所属的上海外服业务中心或直接到上海外服(集团)有限公司医疗保障中心办理。

2、理赔所需资料:

1) 填写《理赔申请书》。
2) 专科医生出具的相关疾病既往完整病史、出院小结、确诊医院的病理报告及疾病诊断确诊报告原件、身份证及本人银行卡正反面复印件。

3) 本公司要求的员工所能提供的与确认保险事故的性质、原因等相关的证明和资料。

第六条 理赔须知

1、理赔起算日:以上海外服收到参保单位支付的参加保障费用之日起。

2、理赔失效日:参加保障的单位与上海外服签定的商务合同中约定的终止或解

除员工聘用关系之日或参保单位与上海外服终止、解除商务合同之日失效。

3、本医疗保障费由员工所服务的参保单位按月向上海外服支付，参保单位逾期未支付的，本保障责任即行终止。

4、申请理赔期限：一般情况下，自确诊第二日起的60天内应申请理赔，但时效不可超过确诊之日起二年。

第七条 责任免除

因下列情形之一，导致员工患本条款所指重大疾病，本公司不负赔付责任：

- 1、未参加《员工团体健康保障计划》B类重大疾病补贴保障项目。
- 2、在投保前或免责期内员工已患本条款所指重大疾病。
- 3、员工醉酒、故意犯罪、拒捕或故意自伤身体。
- 4、员工服用、吸食或注射毒品。
- 5、员工酒后驾驶、无有效驾驶执照驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车辆。
- 6、从事潜水、跳伞、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马或赛车等高风险运动。
- 7、员工感染艾滋病病毒（HIV呈阳性）或患艾滋病(AIDS)期间。
- 8、战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱。
- 9、核爆炸、核辐射或核污染或由此引起的疾病。
- 10、受酒精、毒品、管制药物的影响而导致的意外。
- 11、遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常。
- 12、员工故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施。
- 13、员工故意自伤、自杀，但自杀时为无民事行为能力人除外。

第八条 重大疾病条款的相关规定

重度疾病定义

一、恶性肿瘤——重度

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他部位，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO，WorldHealthOrganization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”，不在保障范围内：

- (1) ICD-O-3肿瘤形态学编码属于0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：a.原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；b.交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；
- (2) TNM分期为I期或更轻分期的甲状腺癌；
- (3) TNM分期为T1N0M0期或更轻分期的前列腺癌；
- (4) 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；
- (5) 相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- (6) 相当于AnnArbor分期方案I期程度的何杰金氏病；
- (7) 未发生淋巴结和远处转移且WHO分级为G1级别（核分裂像 $<10/50\text{HPF}$ 和ki-

67≤2%) 或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

二、较重急性心肌梗死

急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌坏死。急性心肌梗死的诊断必须依据国际国内诊断标准，符合（1）检测到肌酸激酶同工酶（CK-MB）或肌钙蛋白（cTn）升高和/或降低的动态变化，至少一次达到或超过心肌梗死的临床诊断标准；（2）同时存在下列之一的证据，包括：缺血性胸痛症状、新发生的缺血性心电图改变、新生成的病理性Q波、影像学证据显示有新出现的心肌活性丧失或新出现局部室壁运动异常、冠脉造影证实存在冠状动脉血栓。

较重急性心肌梗死指依照上述标准被明确诊断为急性心肌梗死，并且必须同时满足下列至少一项条件：

（1）心肌损伤标志物肌钙蛋白（cTn）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的15倍（含）以上；

（2）肌酸激酶同工酶（CK-MB）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的2倍（含）以上；

（3）出现左心室收缩功能下降，在确诊6周以后，检测左室射血分数（LVEF）低于50%（不含）；

（4）影像学检查证实存在新发的乳头肌功能失调或断裂引起的中度（含）以上的二尖瓣反流；

（5）影像学检查证实存在新出现的室壁瘤；

（6）出现室性心动过速、心室颤动或心源性休克。其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白（cTn）升高不在保障范围内。

三、严重脑中风后遗症

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实，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，仍遗留下列至少一种障碍：

（1）一肢（含）以上肢体肌力2级（含）以下；

（2）语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；

（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。

四、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、肺脏或小肠的异体移植手术。

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）的移植手术。

五、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，已经实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。

六、严重慢性肾衰竭

指双肾功能慢性不可逆性衰竭，依据肾脏病预后质量倡议（K/DOQI）制定的指南，分期达到慢性肾脏病5期，且经诊断后已经进行了至少90天的规律性透析治疗。

规律性透析是指每周进行血液透析或每天进行腹膜透析。

七、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。

八、急性重症肝炎或亚急性重症肝炎

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：

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

九、严重非恶性颅内肿瘤

指起源于脑、脑神经、脑被膜的非恶性肿瘤，ICD-O-3肿瘤形态学编码属于0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）范畴，并已经引起颅内压升高或神经系统功能损害，出现视乳头水肿或视觉受损、听觉受损、面部或肢体瘫痪、癫痫等，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，且须满足下列至少一项条件：

- (1) 已经实施了开颅进行的颅内肿瘤完全或部分切除手术；
- (2) 已经实施了针对颅内肿瘤的放射治疗，如 γ 刀、质子重离子治疗等。

下列疾病不在保障范围内：

- (1) 脑垂体瘤；
- (2) 脑囊肿；
- (3) 颅内血管性疾病（如脑动脉瘤、脑动静脉畸形、海绵状血管瘤、毛细血管扩张症等）。

十、严重慢性肝衰竭

指因慢性肝脏疾病导致的肝衰竭，且须满足下列全部条件：

- (1) 持续性黄疸；
- (2) 腹水；
- (3) 肝性脑病；
- (4) 充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。因酗酒或药物滥用导致的肝衰竭不在保障范围内。

十一、严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症

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，指经相关专科医生确诊疾病180天后，仍遗留下列至少一种障碍：

- (1) 一肢（含）以上肢体肌力2级（含）以下；
- (2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
- (3) 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR, ClinicalDementiaRating）评估结果为3分；
- (4) 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。

十二、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（GCS, GlasgowComaScale）结果为5分或5分以下，且已经持续使用呼吸机及其他生命维持系统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。

十三、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，平均听阈大于等于91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。

十四、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：

- (1) 眼球缺失或摘除；
- (2) 矫正视力低于0.02（采用国际标准视力表，如果使用其他视力表应进行换算）；
- (3) 视野半径小于5度。

十五、瘫痪

指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体随意运动功能永久完全丧失。肢体随意运动功能永久完全丧失，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，或肢体肌力在2级（含）以下。

十六、心脏瓣膜手术

指为治疗心脏瓣膜疾病，已经实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。所有未切开心脏的心脏瓣膜介入手术不在保障范围内。

十七、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，临床表现为严重的认知功能障碍、精神行为异常和社交能力减退等，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，并经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：

- (1) 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR, ClinicalDementiaRating）评估结果为3分；
- (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。

阿尔茨海默病之外的其他类型痴呆不在保障范围内。

十八、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，仍遗留下列至少一种障碍：

- (1) 一肢（含）以上肢体肌力2级（含）以下；
- (2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
- (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。

十九、严重原发性帕金森病

是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为运动迟缓、静止性震颤或肌强直等，经相关专科医生确诊，且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。

继发性帕金森综合征、帕金森叠加综合征不在保障范围内。

二十、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。

二十一、严重特发性肺动脉高压

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

(New York Heart Association, NYHA) 心功能状态分级Ⅳ级，且静息状态下肺动脉平均压在36mmHg (含) 以上。

二十二、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，经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：

- (1) 严重咀嚼吞咽功能障碍；
- (2) 呼吸肌麻痹导致严重呼吸困难，且已经持续使用呼吸机7天 (含) 以上；
- (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。

二十三、语言能力丧失

指因疾病或意外伤害导致语言能力完全丧失，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。

二十四、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，且须满足下列全部条件：

(1) 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断：骨髓细胞增生程度<正常的25%；如≥正常的25%但<50%，则残存的造血细胞应<30%；

(2) 外周血象须具备以下三项条件中的两项：

- ①中性粒细胞绝对值<0.5×10⁹/L；
- ②网织红细胞计数<20×10⁹/L；
- ③血小板绝对值<20×10⁹/L。

二十五、主动脉手术

指为治疗主动脉疾病或主动脉创伤，已经实施了开胸 (含胸腔镜下) 或开腹 (含腹腔镜下) 进行的切除、置换、修补病损主动脉血管、主动脉创伤后修复的手术。主动脉指升主动脉、主动脉弓和降主动脉 (含胸主动脉和腹主动脉)，不包括升主动脉、主动脉弓和降主动脉的分支血管。

所有未实施开胸或开腹的动脉内介入治疗不在保障范围内。

二十六、严重慢性呼吸衰竭

指因慢性呼吸系统疾病导致永久不可逆性的呼吸衰竭，经过积极治疗180天后满足以下所有条件：

- (1) 静息时出现呼吸困难；
- (2) 肺功能第一秒用力呼气容积（FEV1）占预计值的百分比 < 30%；
- (3) 在静息状态、呼吸空气条件下，动脉血氧分压（PaO₂） < 50mmHg。

二十七、严重克罗恩病

指一种慢性肉芽肿性肠炎，具有特征性的克罗恩病（Crohn病）病理组织学变化，须根据组织病理学特点诊断，且已经造成瘘管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

二十八、严重溃疡性结肠炎

指伴有致命性电解质紊乱的急性暴发性溃疡性结肠炎，病变已经累及全结肠，表现为严重的血便和系统性症状体征，须根据组织病理学特点诊断，且已经实施了结肠切除或回肠造瘘术。

二十九、严重原发性心肌病

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（指达到美国纽约心脏病学会（NewYorkHeartAssociation, NYHA）心功能状态分级IV级），且有相关住院医疗记录显示IV级心功能衰竭状态已持续至少180日。本病须经专科医生明确诊断。

继发于全身性疾病或其他器官系统疾病造成的心肌病变不在保障范围内。

三十、严重多发性硬化症

指因中枢神经系统脱髓鞘疾病，导致不可逆的运动或感觉功能障碍，临床表现为视力受损、截瘫、平衡失调、构音障碍、大小便机能失调等症状。不可逆指运动或感觉功能障碍初次诊断后需持续180天以上。须由断层扫描（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，且须满足下列全部条件：

- (1) 明确出现因视神经、脑干或脊髓损伤等导致的上述临床症状；
- (2) 散在的、多样性的神经损伤；
- (3) 上述临床症状反复发作、恶化及神经损伤的病史纪录。

轻度疾病定义

一、恶性肿瘤——轻度

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他部位，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO, WorldHealthOrganization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于3、6、9（恶性肿瘤）范畴，但不在“恶性肿瘤——重度”保障范围的疾病。且特指下列六项之一：

- (1) TNM分期为I期的甲状腺癌；
- (2) TNM分期为T1N0M0期的前列腺癌；
- (3) 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；
- (4) 相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病；

(5) 相当于AnnArbor分期方案I期程度的何杰金氏病；

(6) 未发生淋巴结和远处转移且WHO分级为G1级别（核分裂像 $<10/50\text{HPF}$ 和 $\text{ki-67}\leq 2\%$ ）的神经内分泌肿瘤。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——轻度”，不在保障范围内：

ICD-O-3肿瘤形态学编码属于0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：a.原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；b.交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等。

二、较轻急性心肌梗死

急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌坏死。急性心肌梗死的诊断必须依据国际国内诊断标准，符合（1）检测到肌酸激酶同工酶（CK-MB）或肌钙蛋白（cTn）升高和/或降低的动态变化，至少一次达到或超过心肌梗死的临床诊断标准；（2）同时存在下列之一的证据，包括：缺血性胸痛症状、新发生的缺血性心电图改变、新生成的病理性Q波、影像学证据显示有新出现的心肌活性丧失或新出现局部室壁运动异常、冠脉造影证实存在冠状动脉血栓。较轻急性心肌梗死指依照上述标准被明确诊断为急性心肌梗死，但未达到“较重急性心肌梗死”的给付标准。其他非冠状动脉阻塞性疾病引起的肌钙蛋白（cTn）升高不在保障范围内。

三、轻度脑中风后遗症

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实，并导致神经系统永久性的功能障碍，但未达到“严重脑中风后遗症”的给付标准，在疾病确诊180天后，仍遗留下列至少一种障碍：

(1) 一肢（含）以上肢体肌力为3级；

(2) 自主生活能力部分丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项。

第九条 约定需求项目

非标准的个性化需求项目，根据投保选项的约定赔付标准给付。

第十条 免责期

重大疾病设90天免责期。

第十一条 效力、解释和修改

本办法自二零二四年一月一日起生效实行，二零二四年一月一日以前发生的费用，仍按照原办法理赔。

本办法由承保的第三方保险公司、上海外服（集团）有限公司医疗保障中心负责解释。

本办法在实施过程中，如遇政府部门、监管机构等发布新的办法与规定或保险公司条款有调整影响保障内容及条款履行的，保障手册应根据前述规范性要求进行变更。乙方有权对有关内容及时修改以适应上述强制性规范，制订出新的实施办法或调整部分内容并在外服网站上公布执行。

七、住院补贴保障实施办法

根据承保的第三方保险公司住院补贴保险条款，各地城镇职工基本医疗保险办法及城乡居民基本医疗保险办法、结合本公司推出的《员工团体健康保障计划》，特制定本办法。

第一条 适用对象

凡以团体形式参加《员工团体健康保障计划》，选择B类住院补贴保障项目并且参保单位已经缴费的员工，均属本办法的适用对象。

第二条 保障范围

适用对象参保后因意外、疾病、生育发生的合理且必需的住院治疗均属本办法的保障范围。

第三条 就诊范围

中国大陆境内。

第四条 指定医院

本住院补贴保障就诊医院范围，应限本手册第三章《医疗保障实施办法》中的住院就诊指定医院。

第五条 住院补贴给付标准

在保障有效期内，每一保障年度，适用对象因意外、疾病、生育合理且必需的住院治疗累计在180天内，每天依参保选项给付对应金额的住院补贴，最高可选保障额度为300元/天。如选择ICU双倍赔付保障，则在实际发生ICU病房住院治疗的情况下，依参保所选档次赔付双倍保障额度。保障年度指自然年度。

第六条 申请理赔手续

已参加住院补贴保障项目的员工，在申请住院费用理赔的同时自动给付住院补贴，无需另外填写申请材料。本公司要求的员工所能提供的与确认保险事故的性质、原因等相关的证明和资料。

第七条 理赔须知

- 1、理赔起算日：以上海外服收到适用对象所服务的参保单位支付的参加保障费用之日起。
- 2、理赔失效日：参加保障的单位与上海外服签定的商务合同中约定的终止或解除员工聘用关系之日或参保单位与上海外服终止、解除商务合同之日失效。
- 3、本保障费由员工所服务的参保单位按月向上海外服支付，参保单位逾期未支付的，本保障责任即行终止。
- 4、申请理赔期限：一般情况下，自出院起60天内应申请理赔，但时效不可超过就诊之日起二年。

第八条 责任免除

住院补贴保障范围限本手册第三章《医疗保障实施办法》中规定的住院保障责任范围。由下列情形之一导致的住院，保险公司不负赔付责任。

- 1、入住不属于医保范围和本办法规定的不予理赔的医院或病房（参见《医疗保障实施办法》第4条、第9条）。观察室、日间病房和特殊用药的住院不予理赔。
- 2、各种健美、整容、矫治、减肥、增胖、增高等的住院。

- 3、预防、检查、疗养、康复住院及非病理性原因的住院治疗。
- 4、参加医保的适用对象未持社（医）保卡住院结算的。
- 5、未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物。
- 6、员工醉酒、故意犯罪、拒捕或故意自伤身体。
- 7、员工服用、吸食或注射毒品。
- 8、员工酒后驾驶、无有效驾驶执照驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车辆。
- 9、从事潜水、跳伞、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马或赛车等高风险运动。
- 10、员工感染艾滋病病毒（HIV呈阳性）或患艾滋病(AIDS)期间。
- 11、战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱。
- 12、核爆炸、核辐射或核污染或由此引起的疾病。
- 13、受酒精、管制药物的影响而导致的意外。
- 14、遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常。
- 15、所患疾病不需要住院或长期住院、挂床住院的。
- 16、本办法规定的其他不予理赔的情形或者免责期内发生的费用。

第九条 约定需求项目

非标准的个性化需求项目，根据投保选项的约定赔付标准给付。

第十条 免责期

设30天免责期（含新入职员工）。

第十一条 效力、解释和修改

本办法自二零二四年一月一日起生效实行，二零二四年一月一日以前发生的住院，仍按照原办法理赔。

本办法由承保的第三方保险公司、上海外服（集团）有限公司医疗保障中心负责解释。

本办法在实施过程中，如遇政府部门、监管机构等发布新的办法与规定或保险公司条款有调整影响保障内容及条款履行的，保障手册应根据前述规范性要求进行变更。乙方有权对有关内容及时修改以适应上述强制性规范，制订出新的实施办法或调整部分内容并对外服网站上公布执行。

八、连带子女医疗保障实施办法

根据承保的第三方保险公司团体医疗保险条款，各地城乡居民基本医疗保险办法和国家计划生育政策，结合《员工团体健康保障计划》，特拟定本办法。

第一条 释义

连带子女：是指员工符合国家计划生育的婚生子女一名或多名。

第二条 适用对象

凡以团体形式参加《员工团体健康保障计划》，子女身体健康、未曾患重大疾病（重度、轻度）且参保单位选择B类连带子女保障项目并已经缴费的，以及员工连带多名子女按约定缴费的，均属本办法的适用对象。连带子女报销至18周岁以下（16-18周岁需提供全日制学校在读证明），特殊约定除外。

第三条 明确告知与如实告知

参加本计划时，参保单位应根据本办法向员工明确说明本合同的条款内容，特别是责任免除条款。上海外服或保险公司可就参保员工及其或其连带被保障人的有关情况向参保单位或员工提出书面询问，员工应当如实告知。所有告知事项以书面告知为准，口头告知无效。员工故意隐瞒事实，不履行如实告知义务的，或者因过失未履行如实告知义务的，足以影响保险公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险公司有权取消该员工的保险资格，保险公司并有权不承担给付保险金的责任。员工应当仔细阅读并认可遵守本公司《员工团体健康保障计划》的理赔条款及注意相关免责事项。

第四条 保障范围

凡适用对象的连带子女因疾病发生的符合医保范围的门急诊、住院费用。以及适用对象连带子女（3-6周岁）按约定领取的托费补贴，均属于本办法的保障范围。

第五条 就诊范围

中国大陆境内。

第六条 就诊指定医院

1、门急诊：公立的一级（社区卫生服务中心）以上医保定点医院。

2、住院：公立的二级以上（含二级）医保定点医院（不含联合病房）。若定点医院有不合理收费行为或违反当地社会医疗主管部门的有关规定，本公司将取消该医院的指定医院资格并通知员工。未通过当地卫生行政机构认定或不具备等级资质（未评级）的医疗机构不能作为我司就诊的指定医院，由此发生的医疗费用不予给付。公立医院：指政府办非营利性的公共医疗服务机构。

第七条 医疗费给付标准：

给付医保范围内费用50%，医保统筹、少儿基金或其他给付超出50%的，只给付不足部分的费用。由医保家庭账户（共济账户）支付的医保范围内费用按50%给付，由医保家庭账户（共济账户）支付的医保外费用不予给付。先天性疾病每一保障年度（按自然保障年度），最高给付人民币10,000元。

先天性疾病释义：指被保险人一出生时就具有的疾病（病症或体征）。这些疾病是指因人的遗传物质（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不正常，导致婴幼儿出生时有关器官、系统在形态或功能上呈现异常。

第八条 托费补贴给付标准

按约定领取托费补贴的，每月最高给付人民币50元。托费收据金额小于人民币50元的，按实数额给付。投保未满月，当月不给付。

第九条 申请理赔手续

1、申请理赔，可将齐全的理赔所需资料，送到所属的上海外服业务中心或直接到上海外服（集团）有限公司医疗保障中心办理。

2、理赔所需资料：

1) 托费补贴：申请子女托费补贴应填写《子女托费补贴申请单》，托费收据原件（须正规教育部门当月开具的），收据上需注明收费的实际月份，如未注明实际月份，需另出具入托机构的相关证明。首次申请时，请附子女户口簿复印件及出生证明复印件。

2) 申请医疗费理赔应填写《理赔申请书》，首次申请时，请附子女户口簿复印件及出生证明复印件。

门急诊理赔资料：病历及病历封面复印件、医疗费收据原件或医疗费电子收据和费用明细，若有进行检验项目的还需提供检验单复印件，并按门诊日期先后顺序将门诊病历与门诊收据一一对应进行装订。病历上清晰注明病情、检查、治疗、用药及剂量。

住院理赔资料：出院小结复印件、医疗费收据原件或医疗费电子收据、医疗费用明细清单复印件。

3) 提供其它机构或保险公司开具的分割单理赔的，需同时提供收据原件的复印件；有第三方理赔的，提供第三方理赔的赔付明细。

4) 参加当地城乡居民基本医疗保险办法的，在异地发生的急诊或急诊住院费用，应按照当地医保的有关规定，先做医疗费零星报销后再申请理赔。异地急诊做过医保零星报销的除提供医保结算单原件，还需提供收据原件的复印件、病历、检查报告及费用清单的复印件。

5) 外服双职工员工子女的医疗费理赔申请：一方提供收据原件，另一方提供收据复印件，分别填写理赔申请书，双方同时提交理赔申请材料。

6) 本公司要求的员工所能提供的与确认保险事故的性质、原因等相关的证明和资料。

第十条 理赔须知

1、持卡就医：凡参加城乡居民医疗保险的，门急诊及住院必须按当地医保规定持卡（册）结帐。当地已实行医疗保险异地就医结算政策的，按当地医保规定持卡在异地就医。尚未完全实施医疗保险异地就医结算政策的在异地就诊只可理赔急诊费用，在当地做医疗费零星报销后再申请理赔。

2、医疗享受地：以参加城乡居民基本医疗保险的享受地为准，未参加城乡居民基本医疗保险的默认首次就诊地为医疗享受地。

3、门急诊药量：门诊一般不超过七天，急诊不超过三天，慢性疾病十四天，对

诊断明确、病情稳定、需要长期服用治疗性药物的慢性疾病（高血压、糖尿病、肝炎、肾炎、红斑狼疮、再生障碍性贫血、强直性脊柱炎、类风湿性关节炎、溃疡性结肠炎等）不超过三十天，超过规定药量费用不予给付，药量尚有结余的重复配药不予给付。

4、各种化验：疾病性检查、化验，申请赔付时应附检查、化验报告。

5、处方配药：就诊医院处方只能在该医院药房配取，外配处方或自行购药，不予给付。如果因病情急需（急诊、抢救）、医院药房又无该种药品，必须到药房购买的，需由医院门诊办公室等部门加盖外配章。

6、医疗收据遗失：收据原件遗失一律不可赔付，医院证明或收据复印件均无效。

7、多方投保：根据保险赔付损失补偿原则，赔款不能超过其实际赔付所受的损失。多方投保只能赔付不足部分，对在其他公司、第三方或医保统筹、少儿基金已赔付的医疗费用本公司不再重复给付。

8、理赔起算日：以上海外服收到参加外服保障单位支付的参加保障费用之日起。

9、理赔失效日：参加保障的单位与上海外服签定的商务合同中约定的终止或解除员工聘用关系之日或参保单位与上海外服终止、解除商务合同之日失效。

10、本连带子女保障费由员工所服务的参保单位按月向上海外服支付，参保单位逾期未支付的，本保障责任即行终止。

11、申请理赔期限：一般情况下，自发生就诊医疗费第二日起的60天内应申请理赔，但时效不可超过就诊之日起二年。

第十一条 责任免除

1、不属当地医保范围和本办法规定的医院就诊例：各类康复医院、疗养机构、护理院、联合诊所、中外合资医院、外宾病房、VIP病房、特需病房、温馨病房、民办医院、股份制医院、疗养机构、护理院、私人诊所、特需（色）门诊、及各类增设的服务项目、药房坐堂门诊，各级卫生防疫站，机关、研究院（所）、大专院校门诊部、国医堂等。

如：特需医院（门诊）：曙光医院名特医诊疗中心、上海第十人民医院健美特需等；

中外合资医院：如南京益宁眼科中心、广东东莞东华医院等；

民办医院：如上海博爱医院、上海浦东新区杨思医院、衡山虹妇幼医院（原上海市虹口区妇幼保健院）、上海强生医院、南京东南眼科医院、广州中医药大学祈福医院、北京健宫医院、北京弘医堂中医医院、北京同仁堂中医医院、浙江萧山医院等。

被取消指定医院：长海医院虹口分院妇科诊疗中心（门诊）、生殖泌尿中心（门诊）、五官科；中国人民解放军海军九〇五医院五官科、妇科、口腔科；中国人民解放军第二五四医院泌尿科、妇科；中国人民武装警察部队上海市总队医院五官科、妇科、口腔科；中国人民解放军第四五五医院五官科、妇科、呼吸内科；上海第九人民医院针灸科；中国人民解放军一六一医院妇科；上海一〇八医院；上海计生所医院；天津黄河医院等。

2、自费及自理费用：例：挂号费、高于当地医保规定的普通诊疗费（门诊、住

院)、院外会诊费、病历卡工本费、出诊费、各类检查、治疗的特需费、加急费、特需(色)门诊及特需病房的医疗费(含诊疗费、化验检查费、手术和用药、治疗等费用)、就诊交通费、急救车费、空调费、采暖费、护工费、陪护费、医保范围外的煎药费、送药费、膏方、不符合组方原则的中草药费、手写发票、超限价等。

3、下列疾病和治疗的:

1) 因交通事故、自杀、医疗事故及其他意外事故而发生的医疗费用。

2) 各种整容、健美治疗:如减肥、增胖、增高、变性等项目。

3) 各种保健性按摩、推拿、音乐疗法、足部反射推拿等。

4) 先天性疾病超过理赔限额部分。

5) 下列情形:验光、配镜、屈光不正(近视、远视)、斜视和弱视的矫正治疗、面部色素沉着、疤痕修复、痤疮等疾病治疗(按摩、面膜、挑治、激光等)、激光美容、脱痣、祛除纹身、除皱、祛雀斑、治疗白发、秃发、各类元素、电解质测定、智力检测、发育迟缓(不良)、身材矮小、心理、行为检测、评估、治疗、心理家庭(团体)治疗。

6) 美容性洁齿、种植牙、义齿修复(包括桩冠、套冠、安装义齿)、镶牙发生的医疗费。

7) 矫形治疗:如口吃、牙列不齐、口腔修复、口腔正畸、口腔美容、平足等。

8) 超过医保规定的《药品报销范围》以外的:如各种营养滋补作用药,动物及动物脏器,中药材炮制的药酒,血液制品,蛋白类制品,部分中药材。

9) 各种医疗咨询,心理咨询,医疗鉴定,康复医疗费,各类鉴定费、验伤费。

10) 儿保体检(验血费、预防接种疫苗)等各种体检,预防针(含狂犬、流感、肝炎疫苗等所有疫苗)。非临床必须的新冠病毒核酸检测(如旅游、要求体检、筛查等)。

11) 以下检查治疗项目,如:临床基因扩增PCF(指DNA、RNA、组织化学法等,但不含HPV及新冠病毒核酸检测),正电子扫描PET,电子束CT,眼科准分子激光治疗仪,高分辨多项显微镜(一滴血)、微电极导向立体定向治疗术,LAKE治疗等大型医疗设备检查,乳房微创手术、特殊腹腔镜手术,气功疗法、营养疗法FISH荧光素法原位杂交技术等。

12) 各种器具任何情况下均不予赔付,如:拐杖、腰托、颈托、胃托、阴囊托、护腰、护膝、膝托、镇痛泵、疝气带、按摩器、药垫、鞋垫、轮椅、血糖试纸、助听器、各种磁疗用品、眼镜、牵引器等。

13) 各种科研和治疗验证性项目:如染色体检查、各种筛查项目。

14) 不可单独收费的一次性医用材料。

15) 各种无痛检查(胃镜、肠镜、气管镜等)的麻醉费及相关费用。

16) 检查、治疗、用药与所诊断疾病不符的,不能提供疾病诊断相关依据的。

17) 无相关主述、疾病诊断的病史,直接配药或取药的。

18) 赔付时未同时提供电脑打印的费用明细清单或盖收费章注明药品价格处方方的。

19) 员工子女异地就诊的(急诊除外)。

20) 患保前未治愈疾病、遗传性疾病、先天性疾病。

21) 任何减肥及衍生治疗（穴位埋线、针灸、推拿、缩胃手术等）。

22) 不符合当地医保限定适用的药品、诊疗项目、材料。

23) 不属于当地医保范围的中草药颗粒剂。

24) 子女医疗不含生育项目。

25) 子女医疗不含意外医疗责任。

保前疾病释义：指参加本保障计划前，已接受治疗、出现症状或体征、据其所知已存在的伤病或曾接受治疗的伤病或与之相关的伤病。

4、本办法规定的其他不予理赔的情形或者免责期内发生的费用。

第十二条 约定需求项目

非标准的个性化需求项目，根据投保选项的约定赔付标准给付。

第十三条 免责期

设30天免责期。新生儿设60天免责期。

第十四条 效力、解释和修改

本办法自二零二四年一月一日起生效实行，二零二四年一月一日以前发生的连带子女费用，仍按照原办法理赔。

本办法由承保的第三方保险公司、上海外服（集团）有限公司医疗保障中心负责解释。

本办法在实施过程中，如遇政府部门、监管机构等发布新的办法与规定或保险公司条款有调整影响保障内容及条款履行的，保障手册应根据前述规范性要求进行变更。乙方有权对有关内容及时修改以适应上述强制性规范，制订出新的实施办法或调整部分内容并在外服网站上公布执行。

九、家庭财产保障实施办法

根据承保的保险公司相应的家庭财产保险条款及其附加险条款，特拟定本办法。

第一条 适用对象

凡以团体形式参加《员工团体健康保障计划》，选择家庭财产保障项目，并且参保单位已经缴费的员工，均属本办法的适用对象。

第二条 给付标准

保障类别	保障内容	责任范围	最高保障额度 (元/户)
家庭财产保险	室内装潢	因火灾、爆炸；雷电、台风、暴雨、洪水等列明自然灾害；飞行物体及其他空中运行物体坠落；外来不属于被保险人所有或使用的建筑物和其他固定物体的倒塌导致的财产损失	依参保所选档次而定，一般为2万-5万元
	室内财产		
	附加盗抢保险	遭受外来人员撬、砸门窗，翻墙掘壁，持械抢劫，并有明显现场痕迹，并经公安部门确认系盗抢行为所致保险标的丢失、损毁的直接损失	2,000
	附加管道破裂及水渍保险	因被保险人室内的自来水管、下水管道和暖气管道（含暖气片）意外破裂致使水流外溢或邻居家漏水造成被保险人保险标的的损失	2,000
家庭财产附加险	附加物体意外坠落责任	保险合同中载明地址的居所附属的安装物、搁置物、悬挂物，因自然灾害、意外事故或被保险人的过失造成倒塌、脱落、坠落，造成第三者的人身伤亡或财产损失	2,000
	附加监护人责任	由被保险人的监护对象（被监护人）造成第三者人身伤亡或财产损失	1,000
	附加家政人员责任险	被保险人所雇佣的家政服务人员在从事被保险人的家务工作中遭受意外伤害事故所致伤残或死亡	1,000

家庭财产保障的出险地址必须与投保地址相一致。

本公司要求的员工所能提供的与确认保险事故的性质、原因等相关的证明和资料。

第三条 效力、解释和修改

本办法自二零二四年一月一日起生效实行，二零二四年一月一日以前发生的家庭财产保障费用，仍按照原办法理赔。

本办法由承保的第三方保险公司、上海外服（集团）有限公司医疗保障中心负责解释。

本办法在实施过程中，如遇政府部门、监管机构等发布新的办法与规定或保险公司条款有调整影响保障内容及条款履行的，保障手册应根据前述规范性要求进行变更。乙方有权对有关内容及时修改以适应上述强制性规范，制订出新的实施办法或调整部分内容并可在外服网站上公布执行。

十、交通意外保障实施办法

根据承保的保险公司对应的团体交通意外伤害保险（A款）条款，结合本公司推出的《员工团体健康保障计划》，特拟定本办法。

第一条 释义

意外伤害：是指外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

伤残：因意外伤害损伤所致的人体残疾。

猝死：指由潜在疾病、身体机能障碍或其他非外来性原因所导致的、在出现急性症状后发生的突然死亡，以医院的诊断或公安、司法机关的鉴定为准。

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。

酒后驾驶：指经检测或鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或超过一定的标准，公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》或道路交通相关法规的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

无合法有效驾驶证驾驶：指下列情形之一：

- (1) 没有取得驾驶资格；
- (2) 驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
- (3) 持审验不合格的驾驶证驾驶；

(4) 持学习驾驶证学习驾车时，无教练员随车指导，或不按指定时间、路线学习驾车。

无有效行驶证：指下列情形之一：

- (1) 机动车被依法注销登记的；

(2) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。机动车：指以动力装置驱动或者牵引，供人员乘用或者用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆或履带车辆。

精神和行为障碍：以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准。

战争：指国家与国家、民族与民族、政治集团与政治集团之间为了一定的政治、经济目的而进行的武装斗争，以政府宣布为准。军事冲突：指国家或民族之间在一定范围内的武装对抗，以政府宣布为准。

暴乱：指破坏社会秩序的武装骚动，以政府宣布为准。

本公司认可的其他医疗机构：指本公司有关保险单（凭证）、批单或批注中列明的医疗卫生机构。

法定身份证明：指依据法律规定，由有权机构制作颁发的证明身份的证件、文件等，如：居民身份证、户口簿、护照、军人证等。

第二条 适用对象

凡以团体形式参加《员工团体健康保障计划》，选择交通意外保障项目，并且参

保单位已经缴费的员工，均属本办法的适用对象。凡女性、男性年龄分别在55周岁、60周岁以下，身体健康且正常工作者，均可作为被保障人。

第三条 保障范围

凡适用对象搭乘约定的交通工具时遭受意外伤害的均属本办法的保障范围。

第四条 特别声明

1、本保障项目约定的交通工具类型包括：指领有相关主管部门依法颁发行驶执照的机动车、轨道交通工具、水上交通工具和飞机。所指约定的交通工具应为具有运营性质的交通工具，非运营性质的不在约定范围内。

2、相应交通工具保险金额根据与保险公司的约定为准。

3、保障在中国大陆境内和中国大陆境外均有效。

4、本保障项目有效期从员工上岗且上海外服收到参保单位支付的首期保障费之日起生效，参加保障的单位与上海外服签定的商务合同中约定的终止或解除员工聘用关系之日或参保单位与上海外服终止、解除商务合同之日失效。

5、保障费由员工服务的参保单位按月向上海外服支付，参保单位逾期未支付的，本保障责任即行终止。

6、受益人一般为员工本人（特别约定除外），如员工发生意外（含交通）事故死亡，受益人为法定继承人。具体按司法公证认定为准。

7、员工如发生意外事故，属一般情况的，在事故发生之日次日起的5日之内申报其所在上海外服业务中心或医疗保障中心；属情况严重的，在事故发生之时必须报上级归口管理有关部门。

8、员工如发生意外交通事故必须报公安交通管理部门，由公安交通管理部门出具《道路交通事故责任认定书》和《道路交通事故损害赔偿调解书》后方可理赔。

第五条 保障责任

参加交通意外保障的员工搭乘约定的交通工具时遭受意外伤害，且所服务的参保单位按约支付保障费用的，保险公司依下列约定给付：

1、员工自意外伤害发生之日起180日内因同一原因死亡的，保险公司按约定的该员工搭乘的相应交通工具保险金额扣除已从该项保险金额中给付的伤残保险金后的余额给付身故保险金。

2、员工因意外事故下落不明，经人民法院宣告死亡的，保险公司按约定的该员工搭乘的相应交通工具保险金额扣除已从该项保险金额中给付的伤残保险金后的余额给付身故保险金。

3、员工自意外伤害发生之日起180日内因同一原因身体残疾的，保险公司根据《人身保险伤残评定标准及代码》（行业标准）的规定，按该员工搭乘的相应交通工具对应的保险金额及该项残疾所对应的给付比例给付。如治疗仍未结束的，按第180日的身体情况进行残疾鉴定，并根据《人身保险伤残评定标准及代码》（行业标准）的规定给付。

注：《人身保险伤残评定标准及代码》（JR/T0083-2013）（中国保险监督管理委员会发布，保监发【2014】6号）

4、个性化需求项目，根据投保选项的约定赔付标准给付。

第六条 责任免除

因下列情形之一，造成员工死亡、残疾的，保险公司不负给付保障金的责任：

- 1、受益人对员工的故意杀害、伤害；
- 2、员工故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- 3、员工自杀或故意自伤，但被保险人自杀或故意自伤时为无民事行为能力人的除外；
- 4、员工猝死；
- 5、员工斗殴、醉酒，服用、吸食或注射毒品；
- 6、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；
- 7、员工未遵医嘱私自使用或服用药物，但按使用说明的规定使用非处方药不在此限；
- 8、员工参加驾乘滑翔机、滑翔伞或赛车等高风险活动期间；
- 9、员工的精神和行为障碍；
- 10、员工违反承运人关于安全乘坐的规定；
- 11、战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱；
- 12、核爆炸、核辐射或者核污染。本办法规定的其他不予理赔的情形或者免责期内发生的意外伤害。

第七条 保障金给付的申请

1、发生意外伤害事故后应按规定通知所在业务中心或上海外服医疗保障中心。

2、申请给付保障金时将有关证明资料、病历复印件、身体伤残鉴定书（行业标准）、身份证及员工本人银行卡正反面复印件交所在业务中心。由保险公司根据本办法审核。

3、员工死亡的：由死亡保障金受益人提供下列证明和资料向本公司申请理赔：

- (1) 受益人户籍证明或者身份证明；
- (2) 公安部门或者二级以上（含二级）医院出具的中国员工死亡证明书；
- (3) 如员工因意外事故下落不明被宣告死亡，受益人须提供人民法院出具的宣告死亡证明文件；
- (4) 员工户籍注销证明；
- (5) 受益人所能提供的与确认意外事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

(6) 保障金作为员工遗产时，必须提供可证明合法继承权的相关权利文件。

员工意外致残的（含工伤）：由员工提供下列证明和资料向本公司申请理赔：

- (1) 员工户籍证明或者身份证明；
- (2) 由二级以上（含二级）医院出具的残疾程度鉴定书（司法鉴定）；伤残事故发生之日起180天的病史；
- (3) 因道路交通意外引起的，须提供公安交通管理部门出具的《道路交通事故责任认定书》和《道路交通事故损害赔偿调解书》；
- (4) 员工所能提供的与确认意外事故的性质、原因、伤害程度有关的证明和资料。

如果情况特殊，则会根据情况要求提供其它相关资料，以司法鉴定机构的鉴定材料为准。

4、员工死亡的，审核结果通知业务中心或受益人前来办理领取人身保障金手续。

员工致残的，审核结果通知业务中心或员工本人前来办理领取人身保障金手续。

第八条 免责期

设30天免责期（含新入职员工）。

第九条 解释和修改

本办法自二零二四年一月一日起生效实行，二零二四年一月一日以前发生的意外，仍按照原办法理赔。

本办法由承保的保险公司、上海外服（集团）有限公司医疗保障中心负责解释。

本办法在实施过程中，如遇政府部门、监管机构等发布新的办法与规定或保险公司条款有调整影响保障内容及条款履行的，保障手册应根据前述规范性要求进行变更。乙方有权对有关内容及时修改以适应上述强制性规范，制订出新的实施办法或调整部分内容并在外服网站上公布执行。

十一、《员工团体健康保障计划》 医疗理赔服务指南

一、理赔服务范围

凡委托上海外服提供人力资源人事管理服务的外国企业常驻代表机构、外商投资企业以及其他企业作为参加外服保障单位，为所聘用员工及其或其连带人参加外服的《员工团体健康保障计划》的，均属理赔服务范围。

二、理赔服务方式

- 1、柜面受理，地址：上海市金陵西路28号10楼。
- 2、在线理赔：若企业已开通在线理赔功能的，可使用手机扫描二维码方式进行在线理赔申报。



外服微助手



外服 APP

- 3、快递受理：自2024年4月1日起变更为：上海市浦东新区博成路850号B1层D05室。理赔受理组收。

三、理赔申报手续

- 1、按照不同理赔项目，分类填写相关理赔申请单；
- 2、申请理赔须附交的资料：

(1) 意外医疗费用申请：门急诊：收据原件或医疗收费电子票据、医疗费用明细清单复印件（含单价）、病史及病卡封面复印件、相关检查化验报告单复印件以及被保障人所能提供的与确认意外事故性质、原因等有关的其他证明和资料。

住院：收据原件或医疗收费电子票据、出院小结复印件、住院期间的明细清单复印件以及被保障人所能提供的与确认意外事故性质、原因等有关的其他证明和资料。

因交通意外引起的，除上述相关资料外，还需另提交《道路交通事故责任认定书》和《道路交通事故损害赔偿调解书》。

(2) 员工及连带子女门急诊医疗费用申请：收据原件或医疗收费电子票据、药品清单原件（或核价双处方）、病史复印件、病卡封面复印件、相关检查化验报告单复印件。慢性疾病首次申报时须提供详细的初次就诊病史及相关检查报告。

(3) 员工及连带子女住院医疗费用申请：住院收据原件或医疗收费电子票据、出院小结复印件、住院期间的明细清单复印件、病理报告复印件等。

(4) 女员工产检费用申请：收据原件或医疗收费电子票据、检查项目明细清单、孕妇手册上的孕检记录复印件（孕妇大卡病史复印件）、孕妇手册封面复印件（孕妇大卡封面复印件）。

(5) 员工住院补贴申请：医疗收据（原件或复印件）、出院小结、住院明细清单的复印件。如已参加员工医疗保障且含住院责任的，在申请住院费用理赔的同时自动给付住院补贴，无需另外填写申请材料。

(6) 重大疾病补贴申请：填写《重大疾病补贴理赔申请单》，病理报告及疾病诊断确诊报告原件、专科医生出具的相关疾病既往完整病史及出院小结复印件、身份证及员工本人银行卡正反面复印件。

(7) 子女托费补贴申请：托费收据原件、首次申报时提供子女户口簿或身份证复印件，及出生证明复印件。

(8) 外服双职工员工子女的医疗费理赔申请：一方提供收据原件，另一方提供收据复印件，分别填写理赔申请单，双方同时提交理赔申请材料。

(9) 本公司要求的员工所能提供的与确认保险事故的性质、原因等相关的证明和资料。

四、理赔给付

1、员工及其未满18周岁子女理赔款将通过银行进行转帐，进入员工的银行卡内。年满18周岁子女理赔款将通过银行进行转帐，进入其本人的银行卡内。

2、申请理赔时，员工应先至业务中心查清是否办妥银行卡或已提供银行卡信息，如未及时提供个人银行账号和开户行名称的，保险公司将无法正常划账，因而员工也将无法在规定的时间内收到理赔款。

3、员工的银行卡遗失补办时，需携带本人身份证、银行帐号至不同卡种开户行办理挂失，并告知外服所属业务中心作相关信息更改。

五、服务时间和办公地点

1、服务时间：星期一至星期五（国定假日除外）

上午8：30—下午17：00（中午安排值班，提供不间断服务）

2、理赔受理点的办公地址及联系方式

部门	联系电话	地址
医疗保障中心	咨询与投诉:4001962002	柜面受理：上海市金陵西路28号10楼 快递受理：自2024年4月1日起变更为：上海市浦东新区博成路850号B1层D05室。理赔受理组收。
外滩业务中心	总机：021—63605656	上海市黄浦区绿地外滩中心T3 写字楼 会馆街55号10楼
南京路业务中心	总机：021—62185478	上海市黄浦区绿地外滩中心T3 写字楼 会馆街55号10楼
徐家汇业务中心	总机：021—64072277	上海市黄浦区绿地外滩中心T3 写字楼 会馆街55号8楼
虹桥业务中心	总机：021—62700581	上海市黄浦区绿地外滩中心T3 写字楼 会馆街55号8楼
人民广场业务中心	总机：021—54032020	上海市恒通路268号凯德星贸10楼01/08

新天地业务中心	总机：021—53835600	上海市黄浦区绿地外滩中心T3 写字楼 会馆街55号7楼
陆家嘴业务中心	总机：021—68410500	上海市黄浦区绿地外滩中心T3 写字楼 会馆街55号7楼
日本事业部	总机：021—54032020	上海市黄浦区绿地外滩中心T3 写字楼 会馆街55号8楼
上海外服客服热线	4001962002	
上海外服网站查询	www.fsgplus.com	

六、友情提示

为了顺利理赔，希望留意相应保障项目的“责任免除”事项，同时对于医疗保障以下细节应予注意：

1、非本人就诊的费用无法得到理赔，因此不要让他人代诊或代配药。在此，也提醒一下，应仔细检查申报理赔的发票上的姓名是否与本人一致，导致不一致的原因可能有：有些医院开具发票时可能将病人的姓名打错，或者本人姓名与参保时已不一致，因此员工必须在这些环节上尽量细心，如有改名，须提供有关机构的更名证明或者户口本等，并及时通过自己公司的人力资源部告知上海外服的相关业务中心进行信息的更新。

2、了解哪些是上海外服团体医疗保障项目可赔付的就诊医院，住院须在公立的二级（含二级）以上医保定点医院。门诊在公立的二级（含二级）以上医保定点医院，并可指定一家公立的一级医保定点医院（中医、理疗除外）。急诊可在公立的一级及一级以上医保定点医院就诊，急诊需符合《员工团体健康保障计划》第三章 医疗保障实施办法中的急诊范围。

3、申报材料中应包括原始收据、与收据相符的完整病史（相关主述、疾病诊断、用药等）、费用清单（或核价双处方）及本次所做相关检查的检查报告。需长期治疗的慢性病（如各类结节（肺、甲状腺、乳腺等）、肺动脉高压、慢性阻塞性肺病、高血压病、高血脂、糖尿病、冠心病、心脏瓣膜疾病、心肌病、肝炎、肝硬化、溃疡性结肠炎、克罗恩病、慢性肾炎、肾病、肾衰竭、再生障碍性贫血、骨髓增生性疾病、血细胞减少、甲亢、甲减、甲状腺炎、红斑狼疮、类风湿性关节炎、强制性脊柱炎、阿尔茨海默病、帕金森病、运动神经元病、多发性硬化等）首次申报时须提供详细的初次就诊病史及相关的检查报告。

4、员工就诊时应配取与自身病情相关的药品，药品的种类、药量按照《保障手册》上的约定配取，不要在药品尚有较多结余时短期内重复配取相同或作用雷同的药品，并且只能在就诊医院的药房配取，如果因病情急需（急救、抢救）、医院药房又无该种药品（指医保范围内药品），必须到药房购买的，需由医院门诊办公室等部门加盖外配章并持社（医）保卡结算。

5、责任免除事项详见《员工团体健康保障计划》第三章 医疗保障实施办法 第九条《责任免除》。责任免除部分不能获得理赔。

6、参加社保的员工未按医保规定持社（医）保卡、记录册（蓝本）就医的费用，不能获得理赔。

7、因意外发生的所有相关治疗完成后一次性申请理赔。

8、如涉及员工个人与保障相关的信息发生变动的及或连带人信息变动的，您应及时通过自己公司的人力资源部告知上海外服的相关业务中心进行信息的更新以免影响保障。

七、服务标准和理赔承诺

1、服务标准：热情、专业、透明、诚信

2、理赔承诺：对于申请资料齐全，性质明确的医疗费用一般于申请材料齐备之日起十个工作日理赔结案。

八、医保信息查询

各地医保信息查询：可以通过当地的劳动保障网及社保咨询电话12333进行查询。

上海外服祝您身体健康！