



企业补充医疗保险

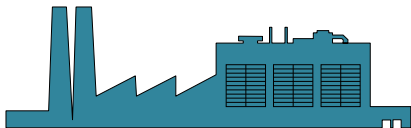




为了保证参保人员的医疗水平，企业在参加基本医疗保险的基础上，可以建立补充医疗保险。---国发[1998]44号



3 %



0 %



个人不缴费

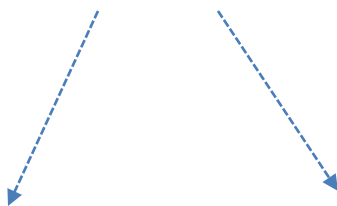


补充医疗保险基金

四方面应用



住院二次补偿(自付、自费补偿)

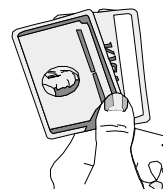


商业保险项目

由公司向保险公司投保



健康东风促进



个人账户补贴

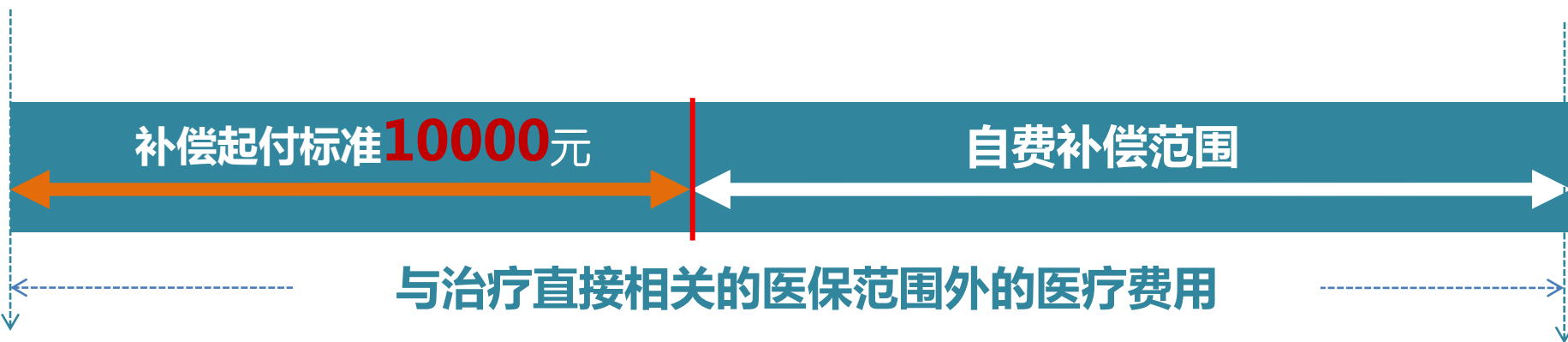
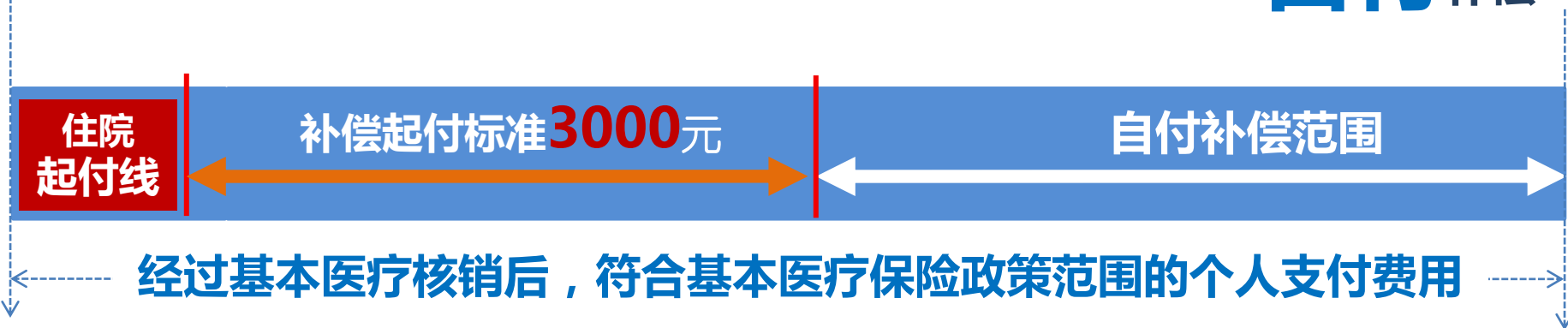
《关于调整公司补充医疗保险制度有关内容的通知》
(东风司发[2014]92号)

**《关于肾透析、器官移植术后和恶性肿瘤患者门诊医疗费用
二次补偿政策待遇的通知》** (东风社管通字[2014]26号)



住院二次补偿的报销范围

自付_{补偿}



自费_{补偿}

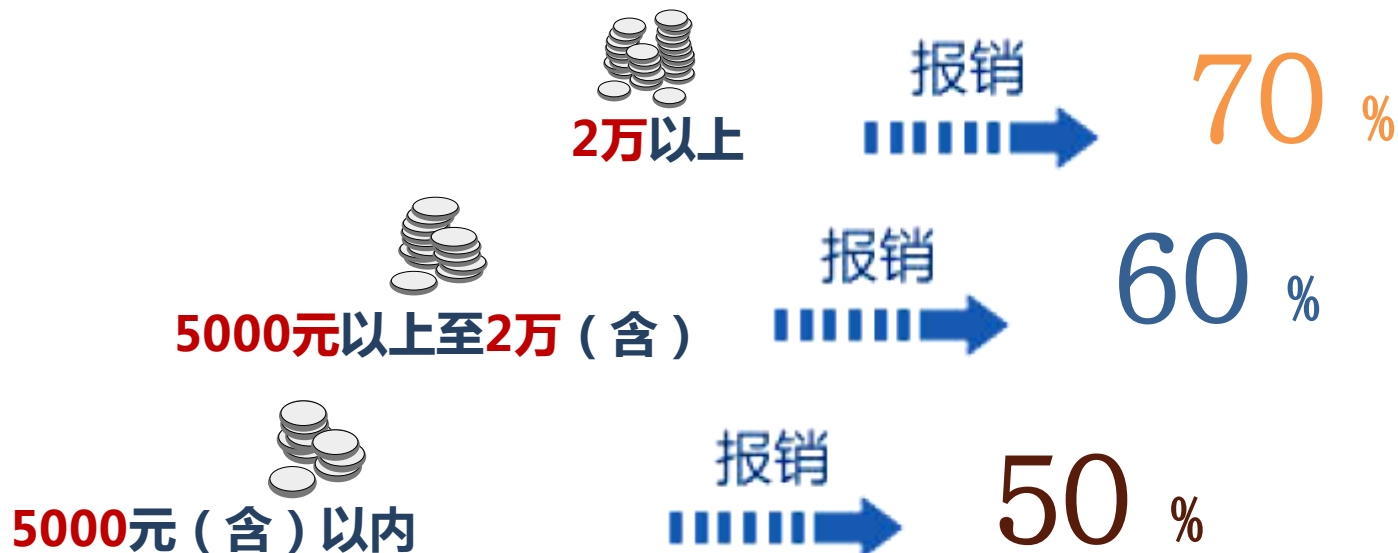


住院二次补偿的报销待遇

变化点：费用分段及报销比例

自付补偿

累计计算
分段补偿



自费补偿

累计计算



特殊门诊费用二次补偿的报销待遇

变化点：特门起付线不在补贴范围

自付补偿

起付标准为1000元


起付标准以上

报销
■■■■■→

80 %

累计计算

享受范围为肾透析、肾移植术后和恶性肿瘤病种患者


起付标准以上

报销
■■■■■→

50 %

自费补偿

累计计算

起付标准为5000元



补充医疗保险比较—新旧政策



项目		新政策	旧政策
住院自付补偿		起付线 3000元 分段补偿50%至70% (不含住院起付线)	起付线 1000元 分段补偿80%至90%
住院自费补偿		起付线 10000元 补偿50%	起付线 5000元 补偿50%
商业保险 项目	住院医疗	取消	70%比例赔付，与门诊共享 5000元 保额
	门诊医疗	起付线 1000元 70%比例赔付，保额5000元	起付线1000元 70%比例赔付，与住院共享5000元保额
	在职职工疾病身故		5万元身故保险金
	退休(职)人员 意外伤害	政策不变	身故：5万元保险金 伤残：依据伤残比例赔付，最多不超过5万元



补充医疗保险比较——与地方医保



		东风	武汉	襄阳	十堰
举办时间		2000年	/	2010年	2009年
筹资		单位3%，个人不缴费	/	大病医疗费用	基本统筹金
住院自付补偿		起付线 3000元 分段补偿50%至70%	/	起付线 10000元 补偿50%	起付线 3000元 分段补偿45%至55%
住院自费补偿		起付线 10000元 补偿50%	/	/	/
商业保险项目	门诊医疗	起付线 1000元 赔付70%，最高5000元	/	/	/
	在职职工疾病身故	5万元身故保险金			
	退休（职）人员意外伤害	身故：5万元保险金 伤残：依据伤残比例赔付 最多不超过5万元			

公司补充保险与基本医保同步实施。
通过在合理范围的保障与补偿，减轻公司员工医疗负担水平。



Q

什么是住院二次补偿？

A

参保人员住院费用经过国家规定的基本医疗保险政策报销后，对个人按规定要承担的一部分费用，公司补充医疗保险再次给予补偿（报销），称之为二次补偿，分为自付补偿和自费补偿两部分。公司住院二次补偿实行即时结算，在定点医院住院患者结算时，个人支付的费用是经过基本和二次补偿后的结果。

Q

住院预交费用与住院起付线是不是一回事？

A

不是一回事。

住院根据费用发生情况，医院要收取一定的预交费用，属于医院财务的规定；起付线是医疗保险结算概念，是社保与个人就费用报销（或分担）进行的规定。定点医院一般是按参保人员个人支付费用预测，按医疗费用的一定比例收取预交费用，出院结算时，根据结算结果多退少补；非定点医院则一般是按费用预期全额收取预交费用。

Q

什么是自付费用、自费费用？

A

在基本医疗保险规定范围内的药品、检查、治疗费用，经过基本医疗保险核销后，个人承担的那部分称之为自付费用；医疗费用中不在基本医疗保险规定范围内的药品、检查和治疗费用，完全由个人承担，称之为自费费用。



Q

为什么对住院二次补偿政策进行调整？

A

住院人次迅猛增加、医疗费用急遽上升，对公司医疗保障制度可持续运行造成严重冲击。确定适宜的补偿水平是遏制过度医疗的措施之一。

Q

遏制过度医疗还有哪些措施？

A

在调整补充保险政策的同时，改善医疗管理特别是调整定点医院的结算办法，引导定点医院在合理医疗管理方面的主动性和积极性。

Q

调整对哪些人有影响？

A

主要受影响的是低费用段的住院人员，将不会有住院二次补偿。可通过门诊医疗，并享受门诊医疗费理赔；高费用的人员补偿额也有所下降，但综合报销比例仍达75%以上。

Q

二次补偿与商保项目有什么区别？

A

相同点是都属于企业补充保险，由公司补偿医疗保险基金支出；差别在于住院二次补偿由社管中心经办，出院结算时即时补偿；商保项目是采取集中向商业公司投保的方式对门诊医疗费用、在职疾病身故和退休人员意外伤害进行保障，需要参保人员个人向承保公司提交索赔申请，由保险公司按规定理赔。



商业保险项目理赔范围及待遇



变化点：住院自付费用不属于理赔范围

门诊医疗险



免赔金额以上

报销



70 %

(年赔付额 \leq 5000元)



疾病身故_险

保障人群



东风公司
在职职工

保障范围



因疾病导
致身故

保险金



5万元

意外伤害险

保障人群



东风公司退休
(职)人员

保障范围



因意外导致
身故或伤残

保险金



5万元或依据
伤残比例给付



商业保险项目所需资料



报销所需资料	商业补充保险项目			
	门诊 医疗	意外 伤残	意外 身故	疾病 身故
被保人身份证、医保证复印件、银行账号（工、建、农、邮）	√	√	√	√
商业保险理赔申请书	√	√	√	√
门诊医疗费用收据原件、费用清单或处方、门诊病历复印件	√			
能确诊的病理、化验、影像、心电图等检查报告复印件	√			√
意外事故证明（交通事故责任认定书、派出所证明、工伤事故证明）		√	√	
伤残鉴定书（中国人寿认定的具有伤残鉴定资格的医疗机构出具）		√		
死亡证明、丧葬证明、户口注销证明、法院出具的宣告死亡证明文件			√	√
受益人身份及关系证明		√	√	√

备注：身故、伤残需在发生48小时内向项目组报备

商业保险项目理赔须知



服务网点及联系方式：

属地	服务地点	地址	服务电话
武汉	协和医院（西区）	武汉市经济技术开发区神龙大道149号门诊大楼4楼	027-59214986
襄阳	上门收集		0710-3311399
十堰	东风总医院	十堰市大岭路10号门诊楼6楼	0719-8211127 15507280026 15507280025
	东风花果医院	十堰市张湾区新疆路8号门诊楼4楼	
	东风茅箭医院	十堰市茅箭区东风大道12号门诊楼一楼医务科隔壁	
上海	东风公司上海办事处	上海市闸北区长安路1001号长安大厦1号楼7楼706室	021-52833716

注：若在异地就医需报备，请编辑短信“姓名+单位+身份证号+就诊医院+就诊时间+病因”至15507280025报备即可。



Q

新年度商业补充保险项目包含哪些？

A

理赔范围包括：门诊医疗险（含特殊门诊个人自付），在职职工疾病身故保险，退休（职）人员意外伤害保险。

Q

商保门诊医疗险有哪些项目是不予报销的？

A

1、商业保险公司一般性免责项目；2、文件规定的不予支付项目；3、自行取药行为；4、超范围、超病情、超量取药行为；5、在职职工因意外就医所发生的费用，退休（职）人员有第三方责任（例交通事故）的意外医疗费用。

Q

商保门诊医疗险的药量限制是什么？

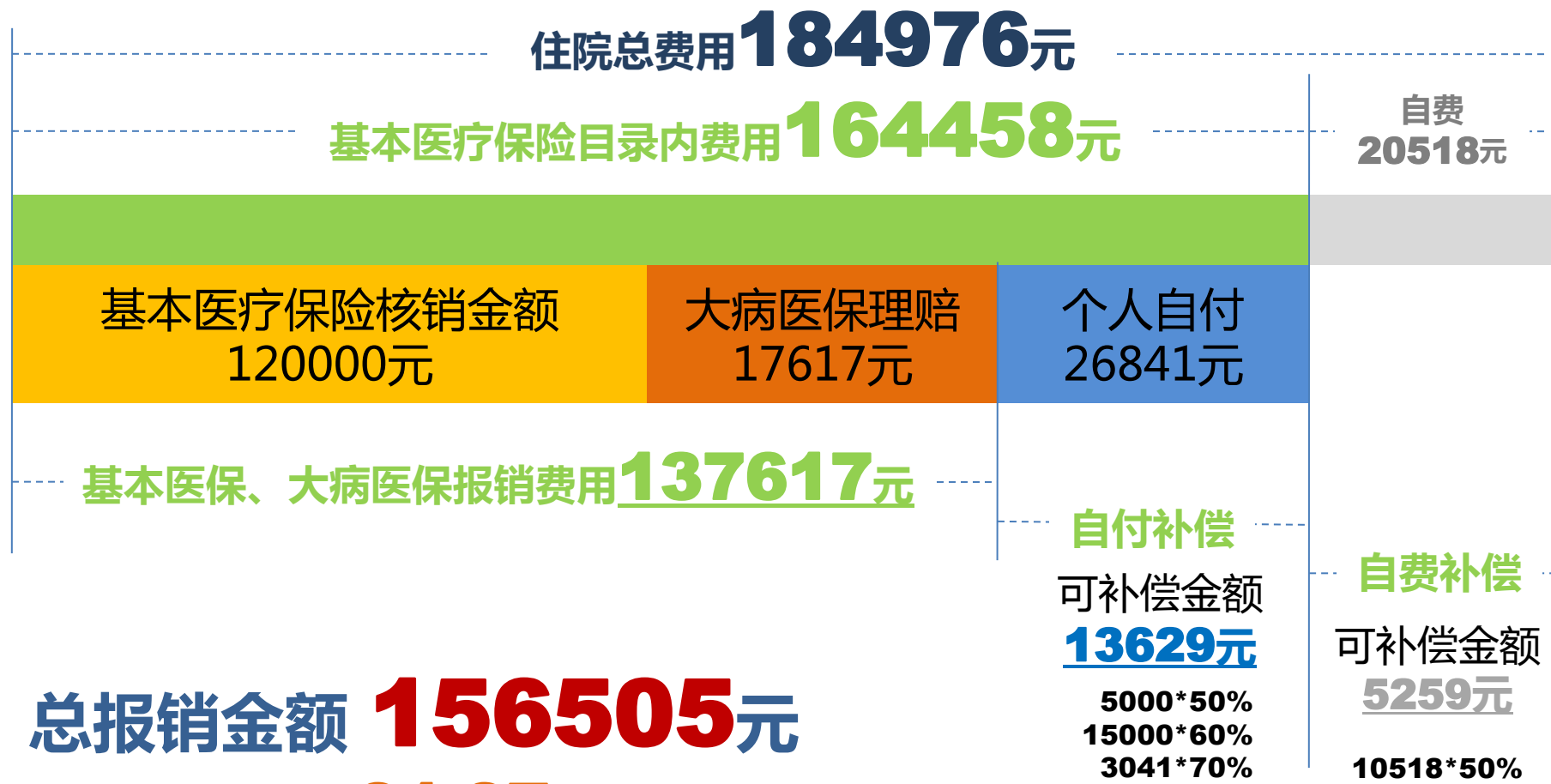
A

依据卫生部《处方管理办法》，处方一般不得超过7日用量；急诊处方一般不得超过3日用量；对于某些慢性病、老年病或特殊情况，处方用量可适当延长，但医师应当注明理由。

注：本项目所指慢性病、老年病、享有特殊门诊CD类待遇的患者，依据病情用药量可适当延长，但最长不得超过15天；享有特殊门诊AB类待遇的参保患者，依据病情用药量最长不超过30天，但以上所指均须提示接诊医生在病历上注明理由。



案例解析①：某患者在三级医院住院



总报销金额 **156505元**

政策范围内报销比 **91.97%**

综合报销比例 **84.61%**

原总报销额为16.61万 (13.76+2.07+0.78)

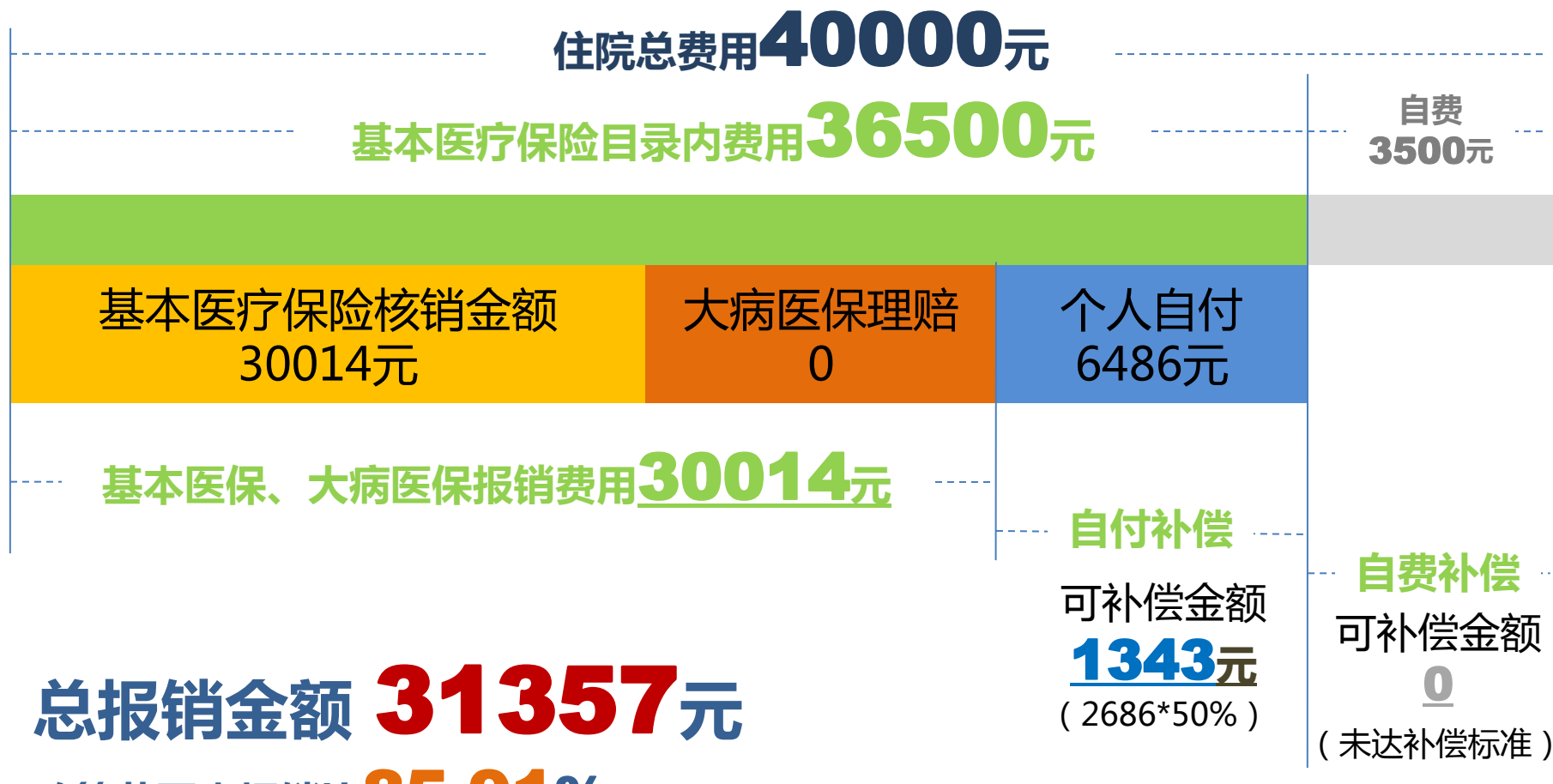
案例解析①：某患者在三级医院住院

某退休职工，在三级定点医院首次住院

医疗总费用184976元，其中自费部分20518元，乙类诊疗项目和药品费用107502元。

结算情况	项目	金额（元）	费用核销过程
即时结算	基本医疗保险	120000	$= (184976 - 20518 - 107502 * 10\% - 800) * 90\% = 137617$ ，> 基本医疗保险统筹基金最高支付限额120000，故统筹基金实际支付金额120000元，其中，个人分担 $= (120000 / 90\%) * 10\% = 13333$
	大病医疗保险	17617	$= (184976 - 20518 - 107502 * 10\% - 800 - 13333 - 120000) * 90\%$
	住院自付补偿	13629	个人自付 $= 184976 - 20518 - 120000 - 17617 = 26841$ ； 可纳入自付补偿 $= 26841 - 800 - 3000 = 23041$ ； 自付补偿 $= 5000 * 50\% + 15000 * 60\% + 3041 * 70\%$
	住院自费补偿	5259	$= (20518 - 10000) * 50\%$
	个人自付+个人自费	28471	$= 184976 - 120000 - 17617 - 13629 - 5259$
综合	综合报销率	84.61%	$= (120000 + 17617 + 13629 + 5259) / 184976$
	政策范围内报销率	91.97%	$= (120000 + 17617 + 13629) / (184976 - 20518)$

案例解析②：某患者在三级医院住院



总报销金额 31357元

政策范围内报销比 **85.91%**

综合报销比例 **78.39%**

原总报销额为 34402.8元 (30014+4388.8+0)

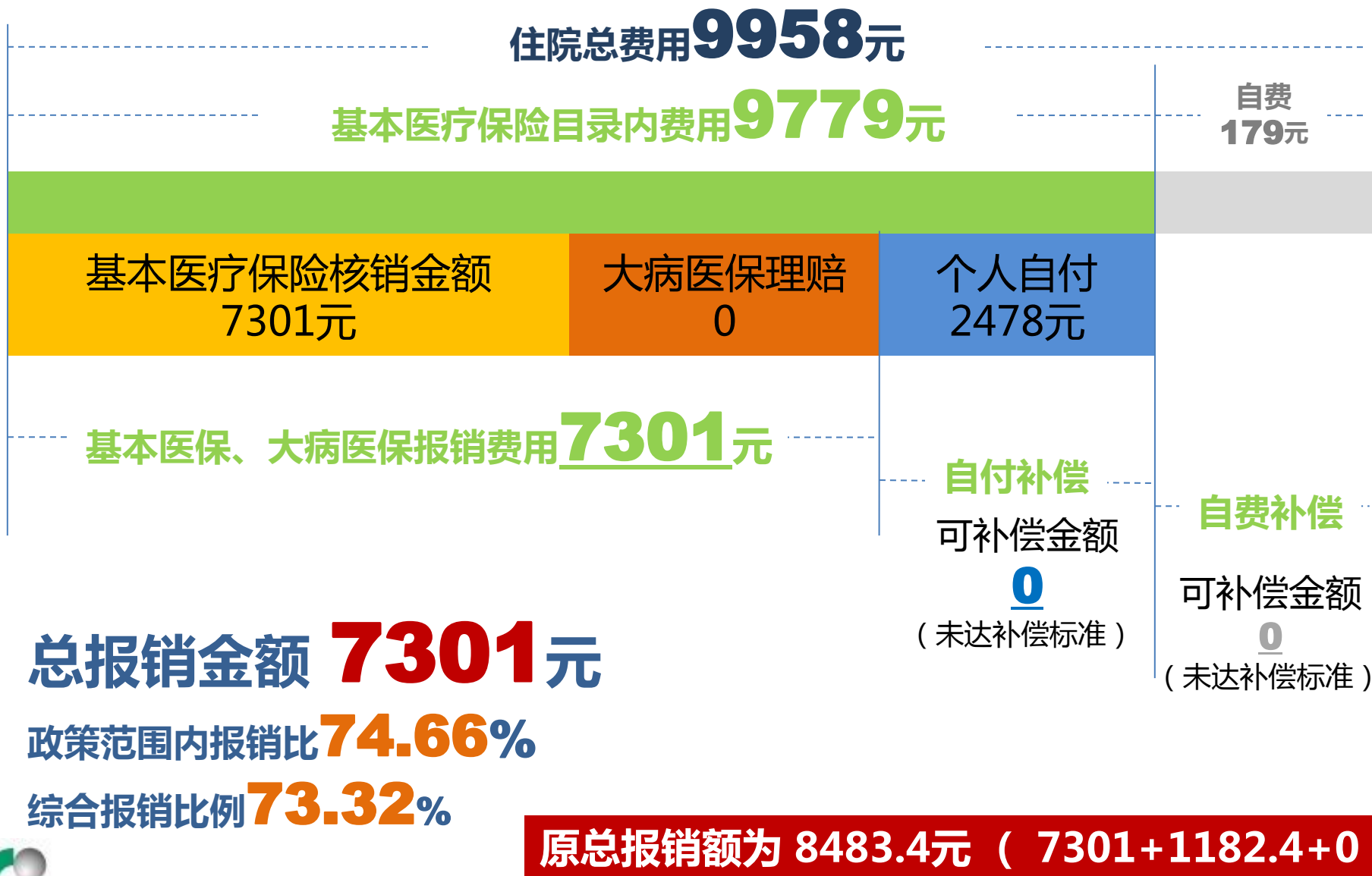


案例解析②：某患者在三级医院住院

某在职职工，在三级定点医院首次住院；
医疗总费用40000元，其中自费部分3500元，乙类诊疗项目和药品费用8000元。

结算情况	项目	金额（元）	费用核销过程
即时结算	基本医疗保险	30014	$= (40000 - 3500 - 8000 \times 10\% - 800) \times 86\%$
	大病医疗保险	-	0，未超基本医疗保险最高支付限额
	住院自付补偿	1343	个人自付 $=40000 - 3500 - 30014 = 6486$ ； 可纳入自付补偿 $=6486 - 800 - 3000 = 2686$ ； 自付补偿 $=2686 \times 50\% = 1343$
	住院自费补偿	-	0，自费部分未超过起付线10000元
	个人自付+个人自费	8643	$= 40000 - 30014 - 1343$
综合	综合报销率	78.39%	$= (30014 + 0 + 1343 + 0) / 40000$
	政策范围内报销率	85.91%	$= (30014 + 0 + 1343) / (40000 - 3500)$

案例解析③：某患者在三级医院住院

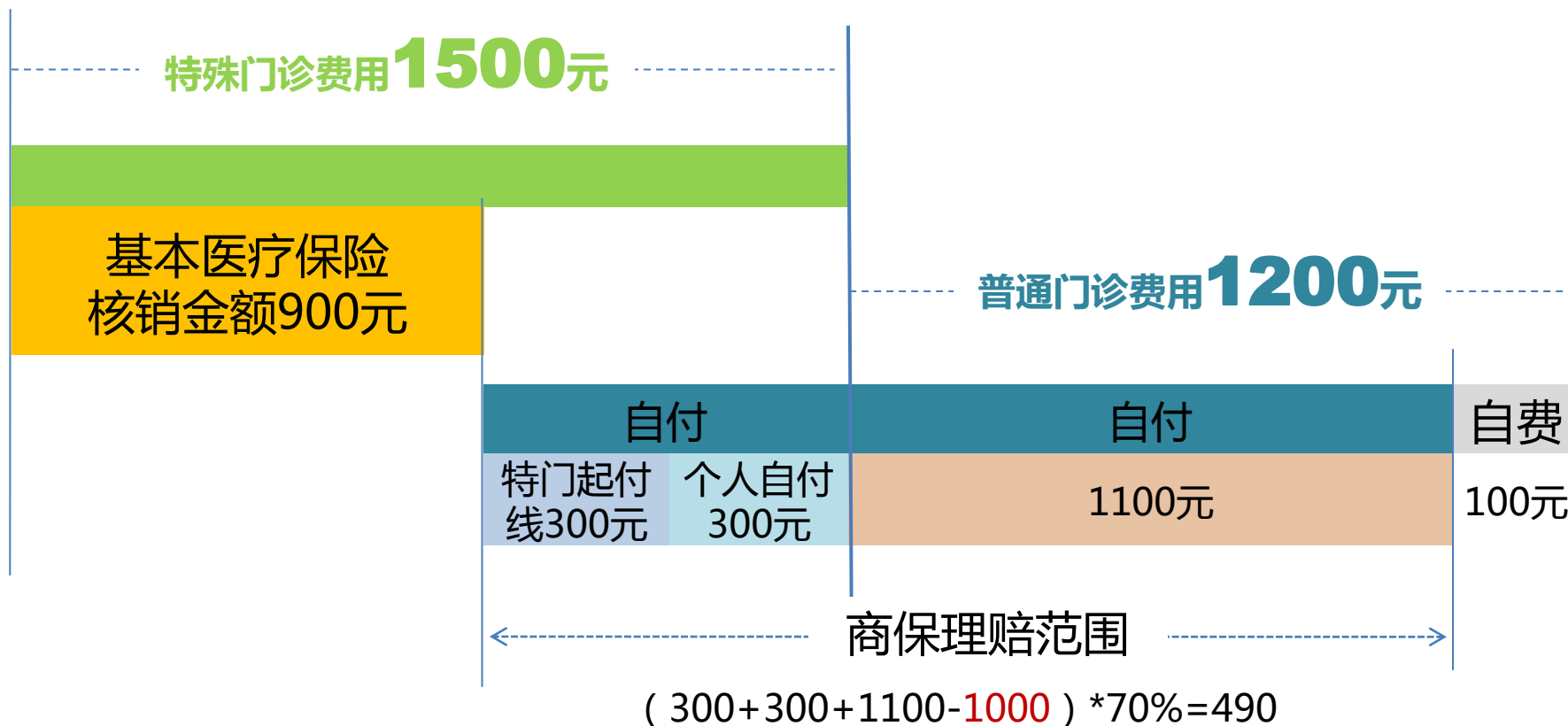


案例解析③：某患者在三级医院住院

某在职职工，在三级定点医院首次住院
医疗总费用9958元，其中自费部分179元，乙类诊疗项目和药品费用4896元。

结算情况	项目	金额（元）	费用核销过程
即时结算	基本医疗保险	7301	$= (9958 - 179 - 4896 \times 10\% - 800) \times 86\%$
	大病医疗保险	-	0，未超基本医疗保险最高支付限额
	住院自付补偿	-	个人自付 = $9958 - 179 - 7301 = 2478$ 自付部分未超过起付线3000元 自付补偿 = 0
	住院自费补偿	-	0，自费部分未超过起付线10000元
	个人自付+个人自费	2657	$= 9958 - 7301$
综合	综合报销率	73.32%	$= 7301 / 9958$
	政策范围内报销率	74.66%	$= (7301 + 0 + 0) / (9958 - 179)$

案例解析④：某患者普门+特门BCD就医



基本医保报销费用 **900元**

商保赔付费用 **490元**

总报销金额 **1390元**

特殊门诊综合报销比例 **88%**

门诊综合报销比例 **51.5%**



案例解析④：某患者普门+特门BCD就医

某在职职工，肝硬化特殊门诊患者，月定额300元；
在三级定点医院治疗，在三个月内，特殊门诊结算费用合计1500元，同时发生普通门诊费用1200元，其中自费100元。年度内首次报销。

1、普通门诊：

结算情况	项目	金额（元）	费用核销过程
个人申报	商保门诊报销	70	$= (1200 - 100 - 1000) \times 70\%$

2、特殊门诊：

结算情况	项目	金额（元）	费用核销过程
即时结算	基本医疗保险	900	$(1500 - 300) \times 80\% = 960 > \text{定额} 900$ ；故实际支付900
	个人自付	600	$= 1500 - 900$
个人申报	商保门诊报销	420	$= 600 \times 70\%$
	个人自付+个人自费	180	$= 600 - 420$
综合	特门综合报销率88%		$= (1500 - 180) / 1500$



祝您及您的家人身体健康！ 合家欢乐！

主导单位

东风汽车公司社会事业管理中心

协助单位

商保承接方：中国人寿保险股份有限公司湖北省分公司

保险经纪方：武汉东风保险经纪有限公司

