

威工发〔2017〕18号

关于实施好第八期工会会员爱心互助 补充医疗保险工程的通知

各区市总工会,国家级开发区总工会,市直各单位工会:

工会会员爱心互助补充医疗保险工程(以下简称爱心互助保险工程)是广大职工发扬团结友爱、互助互济精神的重要载体,是工会组织全心全意为职工办实事、解难事、做好事的民心工程。爱心互助保险工程实施七年来,累计参保151万人次,互助金规模达7226万元,截至2017年2月底,累计理赔3.9万人次,赔付7214万元,极大减轻了参保会员因大病造成的医疗负担。为实施好第

八期爱心互助保险工程,进一步提高保障服务水平,现将有关事项通知如下:

一、爱心互助保险工程有关政策的调整变化

爱心互助保险工程设有住院医疗互助保障项目和辅助医疗互助保障项目,工会会员在参加住院医疗互助保障项目的前提下,可自愿选择参加辅助医疗互助保障项目。为进一步扩大爱心互助保险工程的覆盖面,切实解决爱心互助保险工程实施过程中发现的问题,提高爱心互助保险工程的保障水平,市总工会经研究决定,对爱心互助保险工程有关政策进行调整,具体如下:

1、进一步加大补贴力度。住院医疗互助保障项目的保费由参保会员个人承担50元,市总工会为每位参保会员补贴10元的政策保持不变。另外,市总工会争取专项资金,对参加辅助医疗互助保障项目的会员每人每份补贴9元(2份补贴18元)。

2、进一步提高保障水平。住院医疗互助保障项目对发生的在城镇职工基本医疗保险统筹支付范围内的费用,20万元(含)至46万元这一档的理赔比例由65%上调至70%(具体保障内容见附件1)。辅助医疗互助保障项目对住院期间进行手术治疗的,住院补贴由每天20元提高至40元;重大疾病保障,理赔金由1800元提高至3000元;意外伤残、身故保障,理赔金上限由3600元提高至5000元;参保2份者,各项保障加倍,另外再赠送一份交通意外险,最高保障25万元(具体保障内容见附件5)。

3、采取措施杜绝小病大治问题。爱心互助保险工程实施的目的在于解决职工因病致困、因病返贫等问题,是集群众力量来帮助解决困难个体看不起病、住不起院的实际困难。但在爱心互助保险工程实施过程中,存在小病大治等不良行为,这与爱心互助保险工程实施的初衷背道而驰。在新的一期爱心互助保险工程中,住院医疗互助保障项目将治疗腰部、颈部、关节炎、皮肤类四种疾病,采取针灸、推拿、艾灸、中药等非手术挂床治疗方式产生的费用纳入除外责任。

二、爱心互助保险工程实施过程中应当注意的事项

1、在今年的宣传发动过程中,各级工会务必将爱心互助保险工程政策的调整变化解读到位,尤其是将保障责任、除外责任、理赔流程及所需材料等解释清楚,提醒参保会员在达到理赔标准后90日内及时办理理赔手续。

2、各单位工会要把好审查关,对参保材料要逐份认真审核,确保参保人员身份符合参保规定,姓名、身份证号准确无误;对由于工作不负责,审核把关不严造成的不符合政策规定的参保人员提出理赔要求的情况,由具体办理单位工会负责解决。

3、各单位工会提交的参保材料要经各市区工会职工服务中心审核合格后,方可办理缴费手续,未经审核而自行转账的视为无效;在采取网银转账方式缴费时,务必备注单位全称及工会项目字样。

4、同时参加住院医疗互助保障项目和辅助医疗互助保障项目时,要分开填表,分别缴费。

5、同一单位应一次性集中发动会员参保,不得多次参保。

6、参保缴费时间为:2017年3月1日至4月30日,逾期不再受理。

三、实施好爱心互助保险工程的有关要求

(一)加强组织领导,确保参保任务顺利完成。各区市工会要把爱心互助保险工程作为服务职工群众的“一号工程”,列入重要议事日程,一把手要高度重视,亲自抓,要强化措施,精心组织发动,确保完成目标任务。同时,各区市要充分发挥好镇街(园区)职工服务站的作用,加强对社会化工会工作者的业务培训,调动他们工作的积极性,切实组织好镇街(园区)内建会单位的参保工作。

(二)做好宣传发动,营造良好参保氛围。各级工会要充分利用主流新闻媒体和工会各种宣传阵地,逐条解读爱心互助保险工程的有关政策,提高职工对爱心互助保险工程的知晓率和参与率。要大力宣传参保会员受益的典型案例,大张旗鼓地宣传由企业行政或工会出资为会员参保爱心互助保险工程的典型。还要宣传倡导“我为人人,人人为我”的互助互济理念,让广大职工深入了解爱心互助保险工程的宗旨和目的意义,形成良好的参保氛围。

(三)热情周到服务,推动互助工程健康发展。各级工会要安

排事业心和责任感强的同志来负责爱心互助保险工程的具体工作。在具体工作中要努力做到对职工的咨询百问不烦,百答不厌,耐心解释,理赔时认真审核理赔案件,及时报送,真正把好事办好,让参保会员少跑腿,切实感受到工会组织的温暖。

- 附件:1. 住院医疗互助保障项目主要内容
2. 住院医疗互助保障项目团体申请表
3. 住院医疗互助保障项目人员手册
4. 住院医疗互助保障项目理赔申请审核表
5. 辅助医疗互助保障项目主要内容
6. 辅助医疗互助保障项目团体申请表
7. 辅助医疗互助保障项目人员手册
8. 辅助医疗互助保障项目理赔申请审核表
9. 辅助医疗互助保障项目 30 种种类疾病
10. 无对公账户存款证明

威海市总工会

2017 年 2 月 21 日

附件 1

住院医疗互助保障项目主要内容

一、参保对象的范围和条件

1、威海市行政区域内的党政机关、企事业单位、社会团体、民办非企业组织中参加了城镇职工基本医疗保险的在职工会会员，在本人自愿的前提下，均可由单位工会按规定统一组织，以团体的形式参加。

2、已退休人员、退休返聘人员、长期离岗病休人员不得参加本项目；城中村居民非居委会工作人员，档案类型是个人托管户或职业介绍所的，不允许以居委会名义参加本项目。

3、参保单位在职会员数在 5 人（含）以上 25 人以下的，须全员参加；参保单位在职会员数在 25 人（含）以上的，参保人数不得低于本单位参加城镇职工基本医疗保险人数的 80%。

二、保障期限

保障期限为一年，保障期自 2017 年 3 月 12 日起，至 2018 年 3 月 11 日止。到期后另办续保手续。

三、参保手续

参保单位需提交以下材料：

1、提供参保企业网上申报社保缴费明细的电子版，或者自人社局打印的单位社保缴费明细；

2、单位现有在职在岗职工最近一个月缴纳威海市城镇职工基本医疗保险报表；

3、填报《住院医疗互助保障项目团体申请表》（附件 2）和

《住院医疗互助保障项目人员手册》(附件3)的纸质版及 EXCEL 格式的电子版。电子版需在提交材料时携带 U 盘进行拷贝或在提交材料前将电子版发送至邮箱: whghcpic@163.com。

四、互助金的筹措

缴费标准: 一个保障期, 缴费标准为每人 60 元, 其中, 参保会员个人缴纳 50 元, 威海市总工会为参加此项目的工会会员每人补贴 10 元。互助金一经缴纳, 不再退还。

缴费方法: 各区市工会职工服务中心负责各自辖区内互助金收缴工作, 威海市直属单位的互助金, 由各单位工会统一收取, 并于 5 日内上缴威海市总工会职工服务中心。

支票缴费: 需注明单位的账号、全称及开户行名称;

对公账户转账: 在申请材料审核合格后才可转账, 转账时请务必备注单位的全称和“工会项目”字样。

现金缴费: 可持现金直接到所在市区工会职工服务中心办理。

咨询电话: (0631) 5807198

户名: 中国太平洋财产保险股份有限公司威海中心支公司

开户行: 中国工商银行股份有限公司威海环翠支行

账号: 1614028029023102411

五、保障责任:

1、参保会员因病住院, 发生的在城镇职工基本医疗保险统筹支付范围内的费用, 扣除住院起付线(即过桥费)后, 达到 0.8 万元(含 0.8 万元)的, 即给予理赔。理赔标准和医保同步, 分以下情况: (1) 起付线至 4 万元的部分, 对基本医疗保险报销

后剩余的部分，按照 65%比例予以理赔；（2）4 万元（含）至 20 万元的部分，对基本医疗保险报销后的剩余部分，按照 75%比例予以理赔；（3）20 万元（含）至 46 万元的部分，对基本医疗保险报销后的剩余部分，按照 70%比例予以理赔。

2、一个保障期内最高理赔限额为 50000 元。

3、参保会员申请理赔金，需在医院（或医保部门）最终出具的医疗费用专用收据或结算凭证之日起 90 日内提出。

4、一个保障期内，符合城镇职工基本医疗保险统筹支付范围内的费用，不分病种及次数，多次累加达到 0.8 万元的，亦可在 90 日内申请理赔。

5、在保障期内需多次住院治疗的，可每半年申请一次理赔。

6、连续参保会员有跨期理赔情形时，统一归到前一个保障期进行理赔，与后一个保障期发生的医疗费用不再进行累加。

六、理赔所需材料：

1、《住院医疗互助保障项目理赔申请审核表》一式两份；

2、住院专用票据（住院发票原件）；

3、医疗保险统筹费用结算单（医院盖章）；

4、住院病例复印件（医院盖章）；

5、长期医嘱单、临时医嘱单；

6、本人的身份证、以本人姓名开户的银行卡（必须是储蓄卡或借记卡）复印件。

七、除外责任：

发生以下情形之一的，不予以理赔：

1、腰部、颈部、关节炎、皮肤类四种种类疾病，采用针

- 灸、推拿、艾灸、中药等非手术治疗方式产生的费用；
- 2、交通事故、工伤、职业病、生育费用；
 - 3、因违法犯罪、酗酒、斗殴、自杀等住院发生的医疗费用；
 - 4、以各种欺诈、作弊手段参加住院医疗互助保障项目的；
 - 5、新参保的工会会员，若住院日期发生在投保生效日期之前的，当次住院的费用不予以理赔；
 - 6、参保会员在保障期间内退出城镇职工基本医疗保险，自其退出之日起，不再享有申请理赔的权利。

八、理赔金的申请和给付

参保会员达到理赔标准并出院后，应立即到单位工会报告，领取、填写理赔申请审核表；由单位工会初审并加盖公章后，报所在区市工会职工服务中心；各区市工会职工服务中心负责对申请材料审查把关，在5个工作日内上报威海市总工会职工服务中心。市直单位由单位工会负责办理有关手续。威海市总工会职工服务中心接到申请报告和相关材料后，在15个工作日内审批并理赔完毕。

附件 2

住院医疗互助保障项目团体申请表

单位名称全称(盖章)	
所属区市	
单位性质	
证件类型及号码 (在相应的项目后画“√”并填写号码)	<input type="checkbox"/> 组织机构代码号码: <input type="checkbox"/> 营业执照号码:
工会主席姓名	
联系方式	
经办人姓名	
经办人联系方式	
申请单位地址	
申请日期	年 月 日
会员个人缴费标准(元/人)	50 元/人
统一购买份数	1 份
缴费人数	人
缴费总金额	元
缴费方式(在相应的项目后画“√”)	<input type="checkbox"/> 单位统一缴费 <input type="checkbox"/> 个人缴费
社保缴费人数	人
参保人数占职工总数比例	
各区市总工会意见(盖章)	

备注：需要开据发票的单位，盖章处请加盖发票户头名称的单位公章。

附件 3

住院医疗互助保障项目人员手册

单位名称：（盖章）

序号	姓名	性别	身份证号码（18位）	备注
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				

填表说明：

- 1、团体申请表和人员手册需一式两份；
- 2、人员手册页数超过一页时，需盖骑缝章；
- 3、在上报同时，须按要求向职工服务中心提供 EXCEL 格式的电子资料，并认真核对参保人员身份证号。

附件 4

住院医疗互助保障项目理赔申请审核表

申请人姓名		手机号码	
身份证号码			
申请人所在单位			
治疗时间	年	月	日至 年 月 日
职工医疗费 支付总金额	元, 大写: 万 仟 佰 拾 元 角 分		
城镇职工基本医疗 保险支付总金额	元, 大写: 万 仟 佰 拾 元 角 分		
理赔金额	元, 大写: 万 仟 佰 拾 元 角 分		
所在单位工会意见 (盖章)	经办人: 年 月 日		
各区市职工服务中 心审核意见(盖章)	经办人: 年 月 日		

说明: 此表一式两份, 其中市职工服务中心留存两份。所在单位名称及盖章需与参保时团体申请表名称一致。

附件 5

辅助医疗互助保障项目主要内容

一、参保对象

1、威海市行政区域内的党政机关、企事业单位、社会团体、民办非企业组织中的在职工会会员，在本人自愿的前提下，可由单位工会按规定统一组织，以团体的形式参加。

2、已退休人员、退休返聘人员、长期离岗病休人员不得参加本项目；城中村居民非居委会工作人员，档案类型是个人托管户或职业介绍所的，不允许以居委会名义参加本项目。

3、参保单位在职会员数在 5 人（含）以上 25 人以下的，须全员参加；参保单位在职会员数在 25 人（含）以上的，参保人数不得低于本单位会员总数的 70%。

二、保障期限

保障期限为一年，保障期自 2017 年 3 月 12 日起，至 2018 年 3 月 11 日止。到期后另办续保手续。

三、参保手续

参保单位在参保时需提交《辅助医疗互助保障项目团体申请表》（附件 6）和《辅助医疗互助保障项目人员手册》（附件 7）的纸质版及 EXCEL 格式的电子版。电子版需在提交材料时携带 U 盘进行拷贝。

四、互助金的筹措

缴费标准：一个保障期，缴费标准为每人每份 45 元（会员个人承担 36 元，威海市总工会补贴 9 元）；参保 50 人以上的单

位最多可投保 2 份，但单位要根据实际情况统一份数标准。

缴费方法：各区市工会职工服务中心负责各自辖区内互助金收缴工作，威海市直单位的互助金，由各单位工会统一收取，并于 5 日内上缴威海市总工会职工服务中心。

支票缴费：需注明单位的账号、全称及开户行名称；

对公账户转账：在申请材料审核合格后转账，转账时需注明单位的全称；

现金缴费：到指定银行缴存后，持银行现金交款单到威海市总工会职工服务中心办理手续（选用此方式缴费的需要提供无对公账户证明（附件 10）和经办人身份证复印件）。

咨询电话：**（0631）5327758**

户名：中国人寿保险股份有限公司威海分公司

开户行：中国工商银行股份有限公司威海环翠支行

账号：**1614028029023103561**

五、保障责任：

1、住院补贴仅限于疾病或意外住院期间进行手术或输液治疗的天数。

（1）在一个保障期内，参保会员因意外伤害或疾病在公立医疗机构住院，本次住院期间进行手术治疗的，每天补贴 40 元；

（2）因其他疾病或意外住院，按照静脉输液治疗的实际天数给付住院补贴，每天补贴 20 元；

（3）每次住院的给付天数以 90 日为限。一个保障期内，参保会员多次住院的，累计给付天数以 180 日为限。

2、重大疾病保障。在一个保障期内，参保会员在参保后首

次发生，并经二级以上（含二级）医院专科医生诊断患有指定的三十种种类重大疾病（见附件9）之一的，给付理赔金3000元。一个保障期内只给付一次，每年最高给付3000元。

3、意外伤残保障。在一个保障期内，参保会员遭受意外伤害发生之日起，180日内因该意外伤害导致身体伤残的，根据伤残等级给付相应比例的理赔金，最高保障5000元。

4、意外身故保障。在一个保障期内，参保会员遭受意外伤害发生之日起，180日内因该意外伤害导致身故的，给付理赔金5000元。

参保2份者，除享受以上四项保障双倍的保障外，另外赠送一份交通意外保障，最高25万元（在一个保障期内，在乘坐机动车（仅限乘坐公交车、营运类长短途客车）、水上交通工具、轨道交通工具时，因意外导致伤残或身故的，最高保障各5万元；在乘坐飞机时，因意外导致伤残或身故的，最高保障10万元。该保障与上述3、4项保障可同时享有）。

六、理赔所需材料：

1、住院补贴需要提交：《辅助医疗互助保障项目理赔申请审核表》一式两份；本人身份证、银行卡复印件；住院病历复印件（首页、出院记录、入院记录、病理报告、手术记录等）；长期医嘱单、临时医嘱单；住院发票复印件。

2、重大疾病保障材料与住院补贴一致，无需额外提交。

3、意外伤残保障需要提交：《辅助医疗互助保障项目理赔申请审核表》一式两份；本人身份证、银行卡复印件；意外事故证明；威海市范围内具有工伤鉴定资质的鉴定机构出具的工伤鉴定

报告或指定鉴定机构出具的意外伤残等级鉴定报告。

4、意外身故保障需要提交：《辅助医疗互助保障项目理赔申请审核表》一式两份；法定继承人的关系证明（证明死者的父母、配偶、子女的关系证明）；所有法定继承人的身份证、银行卡；死亡证明；户口注销证明，相关的意外身故证明。

5、交通意外保障需要提交：《辅助医疗互助保障项目理赔申请审核表》一式两份；乘坐指定交通工具的证明；其他材料请参照3、4条。

七、除外责任

发生以下情形之一的，不予以理赔：

1、发生与怀孕、生育、美容整形、视力矫正、查体、保健疗养、针灸、推拿、按摩等有关的住院治疗；

2、违法犯罪、酗酒、斗殴、自杀、酒驾、无证驾驶等；

3、遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常，精神类（F类疾病）和行为障碍等治疗的；

4、新参保的工会会员，若住院日期发生在投保生效日期之前的，该次住院相关费用不予以理赔。

八、理赔金的申请和给付

参保会员达到理赔条件并出院后，应立即到单位工会报告，领取、填写理赔申请审核表；由单位工会初审并加盖公章后，报所在区市工会职工服务中心（环翠、文登、荣成、乳山报各自区市的工会职工服务中心，其余区市及市直单位均报威海市总工会职工服务中心）；各区市工会职工服务中心接到申请报告和相关材料后，在15个工作日内审批并理赔完毕。

附件 6

辅助医疗互助保障项目团体申请表

单位名称全称(盖章)	
单位工会所属区市	
组织机构代码号	
工会主席姓名	
联系方式	
经办人姓名、身份证号码	
经办人联系方式	
申请单位地址	
申请日期	年 月 日
缴费标准(元/人)	36 元/人
统一购买份数	份
缴费人数	人
缴费总金额	元
缴费方式(在相应的项目后画“√”)	<input type="checkbox"/> 单位统一缴费 <input type="checkbox"/> 个人缴费
参保人数占职工总数比例	
各区市总工会意见(盖章)	

备注：需要开据发票的单位，盖章处请加盖发票户头名称的单位公章。

附件 7

辅助医疗互助保障项目人员手册

单位名称：（盖章）

序号	姓名	性别	身份证号码（18位）	备注
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				

填表说明：

- 1、团体申请表和人员手册需一式两份；
- 2、人员手册页数超过一页时，需盖骑缝章；
- 3、在上报同时，须按要求向职工服务中心提供 EXCEL 格式的电子资料，并认真核对参保人员身份证号。

附件 8

辅助医疗互助保障项目理赔申请审核表

被保险人姓名		手机号码	
身份证号码			
申请人所在单位			
开户行			
银行账号			
出险经过			
被保险人签字			
所在单位工会意见 (盖章)	经办人: 年 月 日		
各区市职工服务中心 审核意见(盖章)	经办人: 年 月 日		

说明：此表一式两份，其中市职工服务中心留存两份。所在单位名称及盖章需与参保时团体申请表名称一致。

辅助医疗互助保障项目 30 种种类疾病

重大疾病保障所提的 30 种种类疾病如下所示：

1、恶性肿瘤；2、急性心肌梗塞；3、脑中风后遗症；4、重大器官移植术或造血干细胞移植术；5、冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）；6、终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）；7、多个肢体缺失；8、急性或亚急性重症肝炎；9、良性脑肿瘤；10、慢性肝功能衰竭失代偿期；11、脑炎后遗症或脑膜炎后遗症；12、深度昏迷；13、双耳失聪；14、双目失明；15、瘫痪；16、心脏瓣膜手术；17、严重阿尔茨海默病；18、严重脑损伤；19、严重帕金森病；20、严重Ⅲ度烧伤；21、严重原发性肺动脉高压；22、严重运动神经元病；23、语言能力丧失；24、重型再生障碍性贫血；25、主动脉手术；26、脑动脉瘤开颅手术；27、严重多发性硬化症；28、严重系统性红斑狼疮性肾病；29、严重重症肌无力；30、终末期肺病。

具体条款请参照该项目保险合同中团体重大疾病保险细则。

附件 10

无对公账户存款证明

中国人寿保险股份有限公司 威海分公司：

我单位在贵公司承保 辅助医疗互助保障项目 保险，保费总金额：¥ _____ 元。由于我单位没有开立对公账户，现授权我单位： _____（姓名），身份证号码： _____，为指定联系人，由其将保费存入你公司指定收入账户。如由此引起经济纠纷由我单位承担，与贵公司无关。

特此证明！

单位名称：（印章）

年 月 日

填写说明：

保费总金额为 36 元/人/份*人数*份数。

