

# 中国石化集团胜利石油管理局有限公司社会保险管理中心文件

胜油保发〔2018〕12号

---

## 关于试行职工医保重疾补助 有关事宜的通知

各参保单位、社会保险事务所：

遵照党的十九大“兜底线、织密网、建机制”的社会保障体系建设精神，落实油田党委“加大精准帮扶、大病救助力度，不让一个职工生活上过不去、看不起病、子女上不起学，努力让生活在胜利大家庭中的每个人都感到温暖幸福”要求，进一步减轻参保职工医疗费用负担，提高油田医疗保险保障水平，经研究决定对患重大疾病参保职工试行医保重疾补助，现将有关事宜通知如下：

### 一、医保重疾补助人员范围

患重大疾病经济负担过重，导致家庭困难并缴纳医疗保险费满一年以上的参保职工。

## 二、医保重疾补助费用项目

1. 参保职工按规定就医发生的下列费用，属于医保重疾补助项目范围：

- (1) 非《基本医保药品目录》的药品费用；
- (2) 基本医保不予支付的诊疗项目费用；
- (3) 基本医保不予支付的服务项目和服务设施费用；
- (4) 基本医保住院床位费支付标准以上的床位费用；
- (5) 其他不属于基本医保支付范围、合理且必需的自费费用。

2. 下列费用不属于医保重疾补助项目范围：

- (1) 非药政部门批准生产的药品、异型包装药品费用；
- (2) 膳食费、生活补助费，营养保健、滋补药品费用；
- (3) 点名手术、自请医护人员、特需病房、境外就医等特需医疗服务费用；
- (4) 打架、斗殴、酗酒、故意自伤自残所发生的医疗费用；
- (5) 其他不属医保重疾补助范围的费用。

## 三、医保重疾补助办法

以自然年度计算（时间以医疗费发票为准），年度内符合医保重疾补助范围费用超出 5 万元以上的部分，按 70%

比例予以补助。今后可依据国家、山东省政策变化和社保基金的承受能力对起付标准及补助比例做适当调整。

#### **四、费用支付渠道**

从企业补充医疗保险基金列支。

#### **五、业务经办流程**

职工医保重疾补助每年集中办理一次，今年7月首次办理2017年度的医保重疾补助工作，今后每年一季度办理上年度的医保重疾补助工作。具体工作流程安排如下：

1. 达到医保重疾补助条件的参保职工，持相关资料通过单位人力资源、工会部门提出申请，填写《胜利油田职工医保重疾补助申请表》（简称《申请表》，见附表1），在其所在基层单位进行公示，二级单位签署意见后转参保社会保险事务所。

所需资料包括门诊医疗费发票、门诊处方原件，住院医疗费核算凭证、费用明细，参保职工本人的银行卡复印件等。

2. 社会保险事务所受理申请后依据相关资料对费用发生情况进行初核，在《申请表》中填写核算意见，连同相关资料及《胜利油田职工医保重疾补助汇总表》（见附表2）电子版报社会保险管理中心医疗保险管理科。

3. 医疗保险管理科对各社会保险事务所提交资料进行复核后，转交中心财务支付。

## 六、相关要求

1. 各参保单位要高度重视职工医保重疾补助工作，充分认识此项工作的重要意义，广泛宣传，全面摸排，让所有符合条件的参保职工享受到此项惠民政策。同时要统筹困难帮扶、互助保障、扶残助残、慈善救助等工作，提升精准帮扶水平，让员工群众切实感受到组织的关怀和温暖。

2. 各社会保险事务所要切实做好职工医保重疾补助的宣传、落实工作，认真审核相关资料，及时准确办理相关业务，按时将有关资料上报社会保险管理中心。

3. 社会保险管理中心相关科室要认真复审资料，及时支付补助资金，确保医保重疾补助及时精准到位。

附件：1. 《胜利油田职工医保重疾补助申请表》

2. 《胜利油田职工医保重疾补助汇总表》

胜利石油管理局有限公司社会保险管理中心

2018年6月27日



附表 1:

## 胜利油田职工医保重疾补助申请表

姓 名		身份证号码	
人员类别		工 作 单 位	
银行卡号		发 卡 银 行	
年度医疗费自费总额	元。		
人力资源部门意见:	工会部门意见:		
(公章)		(公章)	
年 月 日		年 月 日	
二级单位意见:  经审核、公示,该同志符合油田职工医保重疾补助条件。  <div style="text-align: right;">(公章) 年 月 日</div>			
社保所核算意见:  纳入医保重疾补助费用总额:                  元。 实际补助金额:                  元。  <div style="text-align: right;">(公章) 年 月 日</div>			
社保中心复核意见:    <div style="text-align: right;">(公章) 年 月 日</div>			

注:此表一式三份,参保职工、二级单位人力资源部门、社保中心各一份。

附表 2:

## 胜利油田职工医保重疾补助汇总表

单位：元

序号	姓名	参保单位	身份证号码	银行账号	发卡银行	纳入补助费用	补助费用
1							
2							
3							
4							
5							
6							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

审批：

审核：

制表：



---

胜利石油管理局有限公司社会保险管理中心办公室      2018年6月27日印发

---