

附一办〔2014〕5号

中山大学附属第一医院关于印发 《职工患重大疾病医疗补助办法（试行）》的通知

各处、科室、东院、东山院区：

为维护职工的身体健康，提高职工医疗保障水平，帮助患重大疾病的职工减轻医疗费负担，解决职工实际困难，报经 2014 年 4 月 2 日医院教职工代表大会暨第十六届工会会员代表大会第三次会议通过，现将《中山大学附属第一医院职工患重大疾病医疗补助办法（试行）》印发给你们，请遵照执行。

特此通知。

中山大学附属第一医院
2014 年 5 月 16 日

中山一院院长办公室

2014 年 5 月 16 日印发

中山大学附属第一医院 职工患重大疾病医疗补助办法（试行）

（2014 年 4 月 2 日医院教职工代表大会

暨第十六届工会会员代表大会第三次会议通过）

第一章 总 则

第一条 为维护职工的身体健康，提高职工医疗保障水平，帮助患重大疾病的职工减轻医疗费负担，解决职工实际困难，结合医院实际，特制定本办法。

第二章 机构设置

第二条 医院成立“职工重大疾病医疗补助金管理委员会”（以下简称医疗补助金管理委员会），下设医疗补助金工作小组。

医疗补助金管理委员会由医院工会牵头，由工会职工福利工作委员会委员和人事处、财务处、保健体检中心、医疗保险办公室负责人组成。

医疗补助金工作小组成员由医院工会、人事处、财务处、保健体检中心、医疗保险办公室的代表组成；工作小组办公室设在医院工会。

医疗补助金管理委员会履行以下职责：

（一）研究制定医疗补助金的管理办法，必要时对本办法提出修改意见和建议；

（二）负责本办法的解释；

(三) 授权医疗补助金工作小组处理相关补助事宜，并监督补助工作的执行；

(四) 研究处理特殊问题；

(五) 定期向医院院长书记办公会和教代会报告工作情况。

医疗补助金工作小组履行以下职责：

根据本办法有关规定和医疗补助金管理委员会的授权，审批相关补助事宜。

第三章 经费来源

第三条 职工重大疾病医疗补助金设立专项进行管理，经费来源包括：

(一) 根据实际情况每年从医院职工福利费中拨付一定数额经费；

(二) 接受职工、社会各界人士的捐助。

第四章 申请条件

第四条 医院在职职工、离退休（含在院外领取退休金人员）和离岗退养人员发生重大疾病，医疗费用（具体范围见第六条）中自付费用年总额达到 50,000 元以上者，可申请重大疾病医疗补助。

第五条 个人自付费用的核定：

(一) 在本院或经医院批准转指定医院住院治疗重大疾病发生的相关治疗费用中，须个人支付的费用（其中血液制品、蛋白类制品

费用按不高于 5,000 元计算），不包括超标床位费、空调费、膳食费、会诊费、护工费等；

(二) 在本院或经医院批准转指定医院门诊治疗指定病种（第六条规定的 11 个病种）发生的相关医疗费用中，须个人支付的费用。

第六条 重大疾病医疗费用按一个自然年度累计（超出一年的费用不作累计），其中住院费用不限病种，门诊费用仅限以下医保门特的 11 个病种：血透（有效期 1 年）、腹透（1 年）、肾移植术后抗排异治疗（1 年）、肝移植术后抗排异治疗（1 年）、恶性肿瘤化疗（1 年，不包括辅助用药）、乳腺癌靶向治疗（1 年）、慢性再障（1 年）；血友病（终身有效）、重型地贫（终身有效）；慢性丙肝（6 个月一次，最多申请 3 次）、肺癌靶向治疗（5 个月）。

第七条 重大疾病医疗补助原则上每年只能申请一次，下一次申请时间需与上一次间隔满一年。

第五章 计发原则

第八条 补助金额（四舍五入）按以下原则分段计算：

- (一) 自付费用 50,000 元～100,000 元的，补助 20%；
- (二) 自付费用 100,001 元～150,000 元的，补助 30%；
- (三) 自付费用 150,001 元以上的，补助 40%。

第九条 享受补助人员原则上每人每年补助金额不高于 100,000 元，在院享受补助总金额累计不超过 500,000 元。如遇特殊情况，由医疗补助金工作小组根据补助资金结余情况，提出初步

意见，提交医疗补助金管理委员会审定后报主管院长或院长书记办公会审批。

第十条 符合补助条件的可由其本人或直系亲属提出补助申请，并提交如下资料：

(一) 《中山大学附属第一医院职工患重大疾病医疗补助申请表》（以下简称申请表）（详见附件）；

(二) 相关专科主诊主任医师签发的疾病诊断证明；

(三) 补助对象属于享受公费医疗的，提供经保健体检中心审核的医疗费用收据复印件及医疗费用清单；

(四) 补助对象属于参加职工医保的，提供经医院医疗保险办公室审核的医疗费用收据复印件及医疗费用清单。

第十一条 相关职能部门按以下流程做好审批及补助金发放工作：

(一) 在职职工由所在科室的部门工会主席、离退休及离岗退养人员由人事处老干科对申请人填写的基本情况进行核实，在申请表上签署意见并签名；

(二) 医院人事处对申请人的身份进行审核，在申请表上签署意见并签名；

(三) 保健体检中心或医疗保险办公室对申请人所提供的医疗费用清单、申请补助金额、个人实际自付费用金额数（核定标准详见第六条）等进行审核，负责人签署意见并签名；

(四) 医疗补助金工作小组审批，并通知财务处发放补助；

(五) 财务处收到通知将补助金转入补助对象领取工资的银行账号，并通知医疗补助金工作小组办公室（医院工会办公室），由工会通知补助对象。

第十二条 申请医疗补助金每年受理两次，时间为每年 1 月和 7 月。

第十三条 申报、审核工作应符合以下要求：

(一) 申请人应如实填报申请理由，提供的所有材料必须真实有效；

(二) 审核单位应对申请人填报的情况及提供的材料进行认真核实；

(三) 对提供不实信息者（或单位）将追究其经济责任。

第七章 附 则

第十四条 东院可根据实际情况另行制订相关补助办法。

第十五条 本办法由医疗补助金管理委员会负责解释。

第十六条 本办法已经中山大学附属第一医院教职工代表大会通过，自颁布之日起试行，至医院整体实施医保政策后废止。

附件：《中山一院职工患重大疾病医疗补助申请表》

中山一院职工患重大疾病医疗补助申请表

存档号：

填表时间：

患病职工姓名		工号		所属部门		联系电话	
账单周期	从 20 年 月 日至 20 年 月 日			来院工作时间	年 月 日		
性质	☐ 公费 ☐ 医保 ☐ 自费 ☐ 其他			申请人确认签名：			
部门工会（在职）	审批所需的相关材料于____年__月__日收齐，共收到票据____张。						
老干科（退休）							
意见	负责人签名：____年 月 日						
医保科、保健门诊	账单内住院总发生费用：____元 自付（含自费）费用：____元 符合补助申请费用____元 账单内按规定范围门诊发生费用：____元 自付（含自费）费用：____元， 符合补助申请费用____元 外购药品费用____元，符合补助申请费用____元 使用蛋白制品费用____元，符合补助申请费用____元 合计____元纳入补助申请，核准后，医院按自费部分最高____%分段给予补助金 元____元 医保科负责人签名：____日期 / 保健门诊负责人签名：____日期						
人事部门	经审核，是我院的____职工，可以享受“重疾补助办法”的相关福利。 人事处负责人签名：____年 月 日						
审核意见							
补助金管理	管理委员会意见：____ 负责人签名：____年 月 日						
委员会审核							
财务部门	实付金额：____ 金额大写：____ 万 仟 佰 拾 元 角 分						
审核意见	经办人：____ 财务处负责人签名：____年 月 日						
执行情况							
（工会）	____年 月 日						

填表说明：申请人填写以上表格的前三行并且提供（患病职工）以下材料：

- 1.相关专科主诊主任医师签发的疾病诊断证明；
- 2.出、入院记录；3.代办人与患病职工关系证明（复印件）
- 4.补助对象属于享受公费医疗的，提供经保健体检中心审核的医疗费用收据复印件及医疗费用清单；
- 5.补助对象属于参加职工医保的，提供经医院医疗保险办公室审核的医疗费用收据复印件及医疗费用清单。（已报账的不能重复再报，需作二次证明的收据应提前复印留底，财务处原则上不负责重复检索）
- 6.有效的收据应以 10 张为一份整齐粘贴在“小票粘贴单”上，本人需注明金额及在经办人处签名确认。

