

中国科学院职工子女统筹医疗暂行规定

人字[1996]323号

为保障职工子女健康成长,减轻职工的生活负担,本着节约开支,减少浪费的精神,特制定本办法。

一、统筹医疗的范围与条件

1. 凡院属京区单位正式职工(不含劳动合同制工人),其未满18周岁或正在高中学习尚未毕业、身体健康、系北京市非农业户口并随职工本人在京居住的子女均可参加。

2. 申请参加职工子女统筹医疗,其子女(新生儿应满三个月后)须出具区(县)级以上医院的体检健康证明;填写《职工子女统筹医疗申请表》;并报所在单位审核批准,从批准后的下月1日起享受子女统筹医疗待遇。

3. 凡属违反计划生育规定多生的子女,不能参加子女统筹医疗。

4. 参加职工子女统筹医疗后,中途退出又要求参加者,须在退出子女统筹满6个月后,按本规定办理重新加入手续。

5. 职工在院属单位间调动工作时,其子女在原单位参加统筹医疗的,可办理转移手续;或在调入单位按规定办理子女统筹医疗手续。

6. 职工退(离)休前已参加子女统筹医疗,在职工退(离)休后,工资关系仍在原单位的,其子女可按规定继续享受有关待遇;职工退(离)休前未参加的,不能申请参加。

7. 职工生前已参加子女统筹医疗,职工逝世后,其子女可按规定继续享受有关待遇;职工生前未参加的,不能申请参加。

二、统筹医疗的费用及管理

1. 职工参加子女统筹医疗,须按子女人数缴纳医疗统筹费每人每月1元;在同一单位的双职工应按上述标准分别缴纳医疗统筹费。

2. 各单位每月应从职工福利费总额中提取20%,作为职工子女统筹医疗费力的补贴。

3. 职工参加子女统筹时,可选定1~3个定点医院,子女患病时应在定点医院诊治。

4. 职工子女年满18周岁或高中(包括中专、中技、职高)毕业后,不论是继续上学,还是参加工作或待业,均应退出子女统筹医疗。

5. 职工子女统筹医疗工作,每年应核查1次,及时办理统筹医疗的新增、退出等手续。

三、统筹医疗费用的限额与报销

1. 职工子女统筹医疗采取控制全年报销额度的办法,即;凡参加子女统筹医疗的,每人每年实际报销医疗费用累计金额,不得超过300元;在同一单位的双职工,其子女每人每年实际报销医疗费用累计金额,不得超过600元。

2. 参加子女统筹医疗的职工,其子女的医疗费用,凭定点医院,转诊医院的收费单据或分割单,每次可报销 40%;在同一单位的双职工,每次可报销 80%。

3. 实行上述办法后,职工子女患病住院的费用,一般不再报销。

4. 外购药品(自费部分除外),必须凭定点医院同意外购的处方和药店正式收费单据报销。

5. 凡属下列费用不予报销:

- (1) 挂号费、自购药品、营养药品等属于自费的药品;
- (2) 镶牙,配眼镜,配假眼、假肢、特制鞋垫、钢背心等;
- (3) 因违法乱纪或违反社会秩序造成伤害的一切费用;
- (4) 属于整(美)容的一切费用。

四、本规定由人事局负责解释。

五、本规定自 1997 年 1 月 1 日起执行。1989 年 5 月 3 日下发的《中国科学院职工子女统筹医疗暂行规定》([89]干字 125 号)同时废止。

(联系部门:人事局)