

安徽理工大学文件

校政〔2017〕64号

关于印发《安徽理工大学大学生参加城镇居民基本医疗保险管理办法（修订）》的通知

各学院（部）及有关处级单位：

《安徽理工大学大学生参加城镇居民基本医疗保险管理办法（修订）》已经校长办公会议讨论审定，现印发给你们，请认真遵照执行。



安徽理工大学大学生参加城镇居民基本医疗保险管理办法（修订）

第一章 总 则

第一条 为加强在校大学生参加城镇居民基本医疗保险管理工作，根据《安徽省高等学校在校大学生参加城镇居民基本医疗保险实施意见（试行）》（教办〔2008〕6号）和《淮南市高等学校在校大学生参加城镇居民基本医疗保险试行办法》（淮府办〔2008〕92号）、《关于调整淮南市城镇基本医疗保险部分政策的通知》（淮府办〔2016〕28号）等文件精神，结合学校实际，特制定本办法。

第二条 大学生参加城镇居民基本医疗保险对象为在我校取得正式学籍的全日制本科生以及非在职研究生（以下简称“大学生”）。

第三条 大学生参加城镇居民基本医疗保险实行属地管理。淮南市医保经办机构负责我校参保学生住院及门诊特大病医疗保障的就医管理及医疗费用审核结算等业务。

第四条 学校成立大学生参加城镇居民基本医疗保险工作领导小组，负责全校大学生参保和相关政策制定工作。领导小组下设办公室（下称“校医保办”），负责大学生参保组织、参保费用收缴、普通门诊基金管理、医疗费用报销等业务，并协助淮南市医保经办机构做好参保学生住院及门诊特大病就医管理和费用报销的前期审核工作。

第二章 参保费用

第五条 大学生参保所需费用由学生个人缴费、财政补助和社会资助捐助等渠道筹集的资金组成。个人缴费标准、财政补助标准均按国家、省、市相关政策规定执行。

第六条 大学生在校期间应连续参保缴费，以实现与城镇职工基本医疗保险制度的衔接并享受统筹地区政策规定的待遇。大学生在校期间参保年限可与其就业后参加城镇职工基本医疗保险的年限合并计算。间断缴费则不能合并计算年限。

第七条 在校大学生参保时间为每年6月1日至10月15日，各学院组织参保学生办理登记手续，代收费用缴至学校财务处，由市地税局征收并纳入财政专户管理。

大学生在每年10月15日后入学、转学或退学的，各学院和研究生院应及时到校医保办办理变更登记手续，校医保办及时到市医疗保险经办机构为其办理补充登记或注销登记手续。

转专业同学由新接收学院组织办理参保手续。

第三章 基本医疗保险待遇

第八条 大学生自办理入学手续并缴纳参保费用之日起，享受符合规定的基本医疗保险待遇，包括住院医疗、门诊特大病医疗、普通门诊医疗、意外伤害保险。其中，大学生住院医疗、门诊特大病医疗、发生意外伤害事故均享受淮南市城镇居民基本医疗保险制度规定的待遇。

普通门诊医疗享受学校医保制度规定的待遇。

第九条 大学生自办理离校及停保手续并按学籍管理规定

注销学籍之日起，停止享受基本医疗保险待遇，学校不再办理其基本医疗保险相关事宜。

按照学籍管理规定需办理因病等休学手续的学生，在休学期间，学生愿意继续参保并及时缴费的，可继续享受医疗保险待遇。

第四章 就医管理

第十条 在校学习期间，大学生应按规定持本人社保卡到淮南市定点医疗机构就医，转诊转院、异地就医必须按规定办理相关手续。社保卡由淮南市制发，是本人医疗保险就诊凭证。

第十一条 住院医疗管理

（一）参保大学生因病需住院时，可以选择在淮南市一家定点医疗机构，凭社保卡在确认个人身份和足额缴纳医疗保险费后，方可享受住院治疗保险待遇。

（二）大学生因病情需要转外地医院住院的，需经二甲以上（含二甲）定点医院办理转院手续，同时报市医保中心备案。

（三）符合学校管理规定的实习、寒暑假、因公外出和因病休学等法定不在校期间，参保大学生需在淮南市之外住院治疗的，可选择居住地的定点医疗机构就医。

赴港、澳、台及出国期间发生的医疗费用等不属于大学生医保基金支付范围。

（四）大学生异地住院就医后，应在5个工作日之内，告知学校医保经办机构。医疗终结后应在1个月之内，将相关资料送学校医保经办机构进行审核。

第十二条 门诊大特病的就医管理

门诊大特病由各学院和研究生院组织大学生在淮南市主管部门规定时间 3 日前统一填报相关信息，并提供病历、诊断证明及相关检查结果等材料，交校医院汇总后统一上报市人力资源和社会保障局医疗保险科，经鉴定合格后，发放淮南市城镇居民医疗保险门诊规定病种门诊医疗证。持证者每学年可选择一家二级以上（含二级）定点医疗机构进行就诊。

大学生门诊大特病的种类和范围，按照淮南市城镇居民基本医疗保险制度的规定执行。

第十三条 普通门诊就医管理

（一）校医院为我校参保大学生普通门诊定点医院，负责我校参保大学生普通门诊就诊和转诊的管理工作。

（二）在校学习期间，大学生持社保卡到校医院就诊，用药范围参照《安徽省基本医疗保险目录》。门诊处方用药量限常规门诊三天，慢性病七天（特殊病种除外）。

（三）因病情需要转院的，由校医院接诊医生在病历中签署意见并填写转诊单后转至市内定点医疗机构就诊。急诊患者，来不及办理转诊手续的，三天内必须到校医院办理上述手续；一次转院意见仅表示同意报销一次就诊的医药费，若需复诊仍要再申办转院手续（急诊病人除外）。

（四）在指定医院检查后无特殊情况者，原则上回校医院配药。如需在指定医院配药，限急性病三天量，慢性病七天量。CT、MRI 等超出 150 元以上的检查项目需经校医院审批同意（急诊及特殊情况除外），否则不予报销。

第五章 医疗费用报销

第十四条 大学生住院、门诊应注意保管好相关票据，按规定在指定时间内到相关医保经办机构及时报销，避免因票据丢失、材料不全、逾期等因素造成无法报销。

第十五条 住院医疗费用报销

（一）大学生在淮南市定点医疗机构住院，医疗终结后凭社保卡结算费用，其中，属于个人自付的医疗费用，由个人支付。

（二）大学生经批准转外地医院住院医疗的，其住院发生的医疗费用先由本人全额垫付，医疗终结后，1个月内凭转院申请单、社保卡、就诊医院住院病历封面、住院病史、出院小结、医嘱单、手术记录、麻醉单等病历文书复印件及住院费用清单、费用发票，到转出医院办理报销手续。

（三）大学生在异地住院产生的医疗费用报销程序：学生将报销所需的材料送交学校医保经办机构；学校医保经办机构登记并进行初审，于每月上旬报送至市医保中心；市医保中心根据学校的初审进行复审，结算后的报销费用统一转入学校的专用账户；学校打卡发放至相关学生账户。

符合学校管理规定的实习、寒暑假、因公外出和因病休学等法定不在校期间，参保大学生在淮南市之外住院治疗的，医疗终结后，发生的住院医疗费用报销所需材料：学校证明（何时、何地、因何事外出）、出院小结、费用清单、费用发票、住院病历复印件（包括住院病历首页、入院记录、医嘱单、手术记录、麻醉单）和社保卡复印件。

（四）住院医疗保险的起付标准、报销比例均按照淮南市城镇居民基本医疗保险制度的规定执行。

第十六条 门诊大特病医疗费用报销

大学生门诊规定大特病的医治和费用报销，按照淮南市城镇居民基本医疗保险制度规定执行。参保大学生患有门诊大特病规定病种持证在门诊治疗的，一个参保年度内视为一次住院。

第十七条 普通门诊医疗费用报销

（一）学校将淮南市医保中心按参保人数每人每年 30 元标准返还的费用建立学生普通门诊医疗基金专户，封闭运行，定期集中对学生普通门诊医疗费用予以报销。

（二）普通门诊在校医院就诊者药费按 20% 收费（使用校园一卡通刷卡，门诊费用不再报销）；经校医院同意转到市内定点医保医院就诊的，学校报销 80%。每学年两类门诊报销门诊票据累计金额超出 500 元的部分，学校不予报销。

（三）根据普通门诊医疗基金节余金额，学校对病情较重、门诊费用支出较大的参保学生进行二次救助。救助分为：

1. 对于病情较重（符合淮南市门诊规定大特病病种并申报获批的），门诊医药费票额超过 1000 元，对超出部分医药费符合报销条件的学生进行二次救助，报销比例为个人自付费用的 60%，当年累计救助最高票额为 10000 元。门诊医药费票额超过 10000 元，经校医院核定，对超出部分医药费符合报销条件的学生进行再次救助，报销比例为个人自付费用的 50%；最高报销票额 20000 元，超出部分自理。

2. 对于家庭经济困难的学生（家庭经济困难学生需提供加盖学校公章的《高等学校家庭经济困难学生认定表》复印件），门诊医药费超过 1000 元，对超出部分医药费符合报销条件的学生进行二次救助，报销比例为个人自付费用的 60%，当年累计救

助最高票额为 3000 元。

（四）普通门诊转诊医疗费用和门诊二次救助费用每学年报销一次，一般在 6 月份左右，报销时需持本人学生证、社保卡、门诊病历、转院证明（仅限转院者）、有效发票等材料。报销具体时间和地点届时另行通知。

（五）普通门诊医疗不能支付费用的项目：

1. 挂号费、出诊费、伙食费、营养费、住院陪护费、护理费、煎药费、取暖费、空调费、镶牙费、配眼镜（包括验光）费及其他杂费项目。

2. 优质优价费、优先优价费、专家门诊挂号费、气功费、各种医疗咨询费用（如：心理咨询、健康咨询）。

3. 各种整容、矫形的手术、治疗费及使用矫形器具的一切费用（含根管治疗、牙冠修复、拔牙、补牙及各种牙病的检查治疗费）。

4. 各种体检费、预防服药及预防接种费；不孕不育症的检查、治疗费及人流费用以及性病检查治疗费。

5. 就医路费、急救车费、会诊费及会诊交通费、不按规定自购的药品费；不在指定医疗单位就诊，又未经指定医疗单位转诊，自找医疗单位或医生诊治的医药费用。

6. 由于违法犯罪、斗殴、酗酒、自残、自杀，交通事故、医疗事故等造成的医疗费用。

7. 其它不属于医疗保险项目的费用（含非大学生年龄段使用的药品，如各种滋补性药品，怀孕学生的产前检查和生产费用等）。

第六章 附 则

第十八条 大学生原则上须参加城镇居民基本医疗保险。对于不参保学生，学校不予报销医疗费用，并签署《放弃在校参加医疗保险承诺书》。

第十九条 本办法由校医保工作领导小组办公室负责解释。

国家、省、市若出台有关高校大学生医疗保险工作新的政策，学校将及时根据有关政策规定和大学生医疗保险运行情况进行调整。

第二十条 本办法自颁布之日起实施。过去执行的大学生在校医疗费用报销相关管理规定及《安徽理工大学大学生参加城镇居民基本医疗保险管理办法（修订）》（校政〔2011〕65号）自本办法实施之日起废止。