# 安庆职业技术学院学生医疗保险管理办法

为加强学生基本医疗保险管理工作，根据《国务院办公厅关于印发“十四五”全民医疗保障规划的通知》（国办发[2021]36号）、《关于进一步做好高校在校大学生参加城乡居民基本医疗保险工作的通知》（皖医保秘〔2020〕124号）和《安庆市统一城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇实施办法（试行）》（宜政办秘[2019]34号）有关文件要求，结合我校实际，制定本办法。

# 总则

1. 全民医保是中国特色基本医疗卫生制度的基础。大学生参加基本医保是全民医保的重要组成部分，对于建立健全覆盖全民的医疗保障体系、保障大学生就医权益、提高大学生健康水平具有重要意义。
2. 凡在我校取得正式学籍的全日制学生原则上均应参加城乡居民基本医疗保险。实行按年缴费制度，缴费标准按照安庆市有关文件执行。
3. 后勤保障处负责参保方案的制定、学生医疗保险日常管理，学生参保年度的各项保障待遇的审核及报批。
4. 各学院通过主题班会形式，切实加强医保相关政策宣传工作，做到政策知晓率达100%。鼓励学生原则上在学籍地参保，应保尽保，杜绝脱保，形成动员参保的长效机制。
5. 学生通过安徽医保小程序，微信缴费购买医疗保险，学校不代收代支参保费。
6. 学校建立大学生普通门诊医疗费用专户，设立大学生门诊医疗基金（以下简称门诊医疗基金）。

门诊医疗基金来源为安庆市医保中心拨付的普通门诊包干费用。大学生门诊医疗基金专款专用，当年若有结余，可转入下年度使用。

门诊医疗基金的支付范围，即用药范围、诊疗项目范围等，按照安庆市城乡居民基本医疗保险有关文件执行。

# 普通门诊医疗管理

1. 学生参保登记时，居民单位选择“安庆职业技术学院”，即视为完成学籍地参保（以下简称在校参保）。只有在校参保的学生才可享受本办法规定的普通门诊费用报销待遇。
2. 在校参保的学生的门诊，原则上在校医院、安庆市内二甲及以上医院就诊，可报销参保年度内发生的且属于普通门诊政策范围内医药费。
3. 在校参保的学生寒暑假期间及休学期间在原居住地的乡镇卫生院（社区服务中心）及县、市级公立医院发生的门诊医疗费用和学校安排的实习、实训期间，因病在异地门诊（非私营医疗机构，学院出具的证明）就医的费用；持所在学院出具的证明，按第十条规定标准予以报销。
4. 在校参保的学生的普通门诊费用，个人起付标准为40元，在校医院（含托管医院）就诊的按70%的比例报销，在安庆市二甲及以上医院及其它符合规定的医院就诊的按50%的比例报销。一个参保年度的最高限额为1500元。
5. 普通门诊医疗费用每学年办理两次报销手续，报销时间为每学年的6月第一个星期和12月第一个星期，具体以学校网站通知的为准。报销时需持本人的门诊病历、报告单、有效发票等材料，报销费用打入新生入学时学校统一发放的银行卡。
6. 对因病情较重、家庭经济特别困难和特殊原因未能报销的及住院报销后自付费用较大的，根据当年门诊医疗基金的节余情况，由本人申请，学院复核，报学校批准后，可从门诊医疗基金中给予70%的二次报销。一个参保年度的最高限额为10000元。
7. 以下费用不属于门诊医疗基金的支付范围：
8. 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、配眼镜费(包括验光)及其他杂项费用。
9. 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)。
10. 各种整容、矫形的手术、治疗费及使用矫形器具的一切费用；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。
11. 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。
12. 由于打架、斗殴、酗洒、自杀、交通肇事、医疗事故等造成伤残的医疗费用。
13. 其它不属于国家、省、市规定的医疗费用和属于校方责任险赔付的医疗费用。
14. 校外定点医院大型检查（CT、磁共振、无痛胃肠镜等）或单项检查费用在200元以上（含200元）以及特殊治疗项目，在检查及治疗前需出具校外定点医院就诊医生意见，经校医院负责人签字同意后（急诊可补办手续），方可在校外学校定点医院进行诊治。否则所发生的诊疗费用，门诊医疗基金不予支付。

# 慢性病的医疗管理

1. 常见慢性病门诊政策范围内医药费用是指符合常见慢性病用药及诊疗目录规定的费用。《常见慢性病用药及诊疗目录》按照省医疗保障局文件规定执行。
2. 参保学生患有慢性病的，其年度内发生、符合规定的门诊医疗费用，可以享受安庆市医疗保险基金门诊补助待遇，具体见《安庆市统一城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇实施办法（试行）》（宜政办秘[2019]34号）文件。
3. 患有慢性病的学生可填写《基本医疗保险慢性病门诊补助资格申办审批表》，并附真实有效的病历、化验及检查报告单、诊断证明等材料，交校医院汇总后统一上报市医保中心，也可自行将相关材料交市医保中心，经市医疗保险专家委员会确认后，由市医保中心开通相关待遇，发放临时社会保障卡。自申请通过之日起，享受相应的慢性病待遇政策。

# 住院医疗管理

1. 住院及慢性病医疗保险待遇按照自然年度（每年1月1日-12月31日）计算，参保学生办理离校手续后仍享受当年度的住院、慢性病等基本医疗保险待遇。
2. 学生因病需要住院时，可以凭本人的身份证在本市定点医疗机构医保窗口办理住院和出院手续，住院医疗费用由市医保中心与医院直接结算，自费部分由参保学生个人承担。
3. 参保学生回原籍（含异地转诊）住院治疗的，需先到校医院办理转诊手续后，通过国家医保服务平台APP、皖事通APP、“安庆医保”微信公众号等线上渠道进行异地就医备案，也可以前往符合备案条件的二级及以上定点医疗机构医保服务站、乡镇、街道和村社区的基层医保服务网点，或参保地政务服务大厅医保窗口申请办理。出院前办理的异地就医备案即可享受异地就医直接结算。

# 附则

1. 普通门诊政策范围内医药费用是指符合《安徽省基本医疗保险药品目录》《安徽省基本医疗保险医疗服务项目目录》（简称“两个目录”）规定的纳入报销范围的医药费用。
2. 学生入学第一学期，只享受原参保地城乡居民基本医疗保险待遇，在此期间发生的医疗费用，回原参保地办理报销手续。
3. 属于校方责任险承保范围发生的医疗费用，学生处负责办理赔付手续，由保险公司负责赔付。
4. 本办法中有关住院、慢性病等待遇政策以安庆市基本医疗保险政策为准。
5. 保险年度内，在校参保的学生因病或意外伤害亡故的，学校给予亡故学生的法定受益人一次性抚恤金。首年参保支付抚恤金3000元。以后连续参保每增加一年，抚恤金年增加1000元，支付最高不超过5000元。
6. 门诊医疗基金原则上专款专用，不得透支，使用接受安庆市医保中心的监督。如果门诊医疗基金余额不能满足学生普通门诊费的报销需求，需报校长办公会审议后办理。
7. 本办法由后勤保障处负责解释。
8. 本办法经校长办公会审议通过，自公布之日起施行。