

上海电子信息职业技术学院文件

沪电信职院〔2019〕96号

关于印发《上海电子信息职业技术学院学生基本医疗保险管理办法》的通知

各教学单位、职能部门：

现将《上海电子信息职业技术学院学生基本医疗保险管理办法》印发给你们，请结合本部门工作实际，认真研究执行。

附件：上海电子信息职业技术学院学生基本医疗保险管理办法

上海电子信息职业技术学院

2019年6月4日

附件：

上海电子信息职业技术学院 学生基本医疗保险管理办法

第一章 总 则

第一条 为贯彻落实国务院办公厅《关于将大学生纳入城镇居民基本医疗保险试点范围的指导意见》（国办发〔2008〕119号）文件精神，做好我院学生参加上海市城镇居民基本医疗保险（以下简称学生医保）工作，根据市医保办、市教委、市财政局《关于将本市大学生纳入本市城镇居民基本医疗保险的通知》（沪人社医发〔2011〕45号）、《关于做好本市大学生医保过渡期结束后有关工作的通知》（沪人社医发〔2014〕37号）、《上海市人民政府办公厅转发市人力资源社会保障局等四部门关于完善本市普通高等院校学生医疗保障制度实施意见的通知》（沪府办〔2015〕101号）、《关于做好本市大学生基本医疗保障工作的通知》（沪人社医发〔2016〕42号，等文件要求，结合学院实际，制定本管理办法。

第二条 上海电子信息职业技术学院学生基本医疗保险管理办法（以下简称“学生医保管理办法”）是为了保障学生身体健康而实施的一项保障制度。学生医保管理办法的实施应贯彻积极防病、保障基本医疗、杜绝浪费的原则。享

受医保待遇的学生，既有享受医保待遇的权利，又有负责维护、遵守学生医保管理规章制度的义务，并应当严格按照上海市的相关规定和本管理办法报销医疗费用。

第三条 学生的住院（包括急诊观察室留院观察，下同）和门诊大病包括重症尿毒症门诊透析（含肾移植后的门诊抗排异），恶性肿瘤化学治疗（含内分泌特异抗肿瘤治疗）、放射治疗、同位素抗肿瘤治疗、介入抗肿瘤治疗、中医药抗肿瘤治疗以及必要的相关检查，精神病（限于精神分裂症、中度和重度抑郁症、躁狂症、强迫症、精神发育迟缓伴发精神障碍、癫痫伴发精神障碍、偏执性精神病）以及血友病、再生障碍贫血等（以下统称“门诊大病”）实行市医保办集中统筹管理；普通门（急）诊实行“财政定额拨款、学校管理、专款专用、超资分担”的方式。

第四条 参加学生医保的学生实行个人缴费。个人缴费标准按照居民医保中小學生标准执行，并随居民医保中小學生标准同步调整。2018 年为每人每年 110 元。

第二章 医保对象和待遇

第五条 享受学生医保的对象

上海电子信息职业技术学院所有全日制在籍高职学生。

第六条 学生的医保待遇

（一）学生在本院医务室普通门急诊的医疗费，按规定个人自负每次不超过 10%。

(二) 学生经学院转诊到校外医院就诊和住院的医疗待遇与本市城镇居民医保中小學生待遇接轨，并随居民医保中小學生待遇同步调整。具体是：

1. 学生经学院转诊到校外门诊或者急诊就医的，其医疗费设置起付线 300 元，年累计超过起付线以上的部分，在一级医疗机构就医的，由学院支付 70%，个人自负 30%；在二级医疗机构就医的，由学院支付 60%，个人自负 40%；在三级医疗机构就医的，由学院支付 50%，个人自负 50%。

2. 学生住院（包括急诊观察室留院观察）发生的医疗费，医疗费用结算具体为：学生每次住院发生的医疗费用设起付标准（一级医疗机构 50 元、二级医疗机构 100 元、三级医疗机构 300 元），超过起付标准以上的部分，在一级医疗机构住院的个人自负 20%；在二级医疗机构住院的个人自负 25%；在三级医疗机构住院的个人自负 40%。

3. 2015 年 9 月 1 日起，学生门诊大病费用按照普通门急诊结算，其余部分纳入城乡居民大病保险，由城乡居民大病保险资金报销 50%。

4. 不符合本市城镇居民基本医疗保险有关规定的医疗费用，不属于学生医疗报销范围。如：救护车，属病态但不影响身体健康的矫形手术，生理缺陷的治疗，美容、镶牙、洁齿、治疗秃发、植发；打架斗殴、宠物咬伤、酗酒、自杀、交通事故等意外伤害。

第三章 管理机构及职责

第七条 学院成立学生医保工作领导小组，由学院主管后勤工作的院领导任组长，主管学生工作的院领导任副组长，成员由后勤保障处处长、学生处处长、财务处处长、各二级学院主管学生工作的党总支书记组成。其职责是：负责制订和修改学院学生医保的有关管理制度，并负责启动、管理和督办学生医保各项工作的开展和落实，确保我院学生医保工作的正常运行。

第八条 学院学生医保工作领导小组下设学生医保管理办公室（以下简称医保办），挂靠在学校后勤保障处，主任由后勤保障处处长兼任，成员由学生处、财务处、后勤保障处医务室等部门的负责人组成，并成立相应的管理工作组，负责处理下列各项管理工作：

1. 对上海市财政局按 60 元/人/年的标准向学院限额支付的普通门急诊医疗保险资金进行统筹管理使用。本资金构成学院参保学生的普通门急诊专项资金，用于支付符合本规定的参保学生在指定医疗机构门急诊就诊时发生的基本医疗费。

2. 根据上级的有关政策，对学生进行医保政策宣传，引导和组织学生参加医保，并做好学生参保的各项手续。

3. 按上海市医保政策和本管理办法的要求，做好参保学生的就诊管理工作及参保学生在指定医疗机构发生的门急

诊基本医疗费审核和报销工作。

4. 做好与上级有关部门的联系与沟通，及时向上级反映情况。

第九条 学院医保办下设的相应管理工作组具体职责如下

(一) 宣传管理工作组（由学生处负责）

1. 对学生进行医保政策的宣传，并引导、组织学生参加基本医疗保险。

2. 完成在校学生的参保登记、基本信息录入、审核和上报上海市医保办等工作。

3. 每年7月初为毕业生办理停保手续。

4. 为退学学生办理停保手续。

5. 做好参保学生有关资料和相关事宜的管理工作。

6. 做好贫困家庭学生的帮扶补助工作。

7. 完成上海市医保办和学院临时安排的其他工作。

(二) 就诊管理工作组（由学院后勤保障处医务室负责）

1. 审核参保学生的普通门急诊基本医疗费报销等相关资料。

2. 审核普通门急诊报销资料及票据。学生报销医保费用的资料包括：转诊单（急诊例外）、本人学生证复印件、就诊病历卡、门诊发票、费用清单、用药清单和工商银行卡复印件等。

3. 审批学生外出（包括定点医院与非定点医院）就诊发生的基本医疗费用的报销。

4. 医务室主诊医生可以根据病情治疗的需要提出转诊到定点医院就诊的意见，并对需要转院就医的参保学生办理相关手续。

5. 对异地就医学生办理相关手续，并协助参保学生申请零星报销的各项工作。

6. 完成上海市医保办和学院临时安排的其他工作。

（三）医保费管理工作组（由学院财务处负责）

1. 与学生处核对学生各项参保数据后，代收医保费，缴交医保费。

2. 负责参保学生普通门急诊医疗费用的审核报销工作。

3. 协助上海市医保办办理医疗保险待遇支付相关工作。主要为资料收集、上报、费用划拨和支付等工作，并按照上海市医保办的规定进行我院参保学生普通门急诊专项资金的结算等工作。

4. 完成上海市医保办和学院临时安排的其他工作。

第四章 就诊规定

第十条 学生医保实行定点医院医疗费用报销制度。享受医保待遇的学生，一般应当在学院医务室就诊。因病情需要转到校外医院就诊的，需由学院医务室医生开具学院转诊单，凭转诊单到我院指定的校外定点医院就诊。

第十一条 享受医保待遇的学生住院实行定点医院和转院及急诊住院三种方式，学院住院的定点医院是中山医院。门诊大病由就诊医院开具大病登记申请表。学生凭“住院通知书”或“大病登记申请表”与学院医务室联系开具结算凭证，凭结算凭证与住院或门诊大病的医疗机构结帐，医院会直接折算学生该付的费用，其余由统筹资金支付，不用回学院报销。

第十二条 寒暑假、节假日期间就诊：本市学生门诊必须在户籍或居住地附近的指定医院就诊。指定医院为：同仁医院（原长宁区中心医院）、天山中医医院、中山医院、仁济医院（浦东、浦西）、华山医院、瑞金医院、市六医院、新华医院及其分院；郊县（区）崇明、金山、松江、青浦、嘉定、奉贤的学生可在各区中心医院就诊。外省市学生可在居住地附近的二级以上医院就诊。只允许在一家医院就诊不得重复就诊。

第五章 转诊和市外就诊

第十三条 学生因病情需要转到定点医院就诊或复诊者，必须经学院医务室主诊医生同意，并开据学院转诊单；如遇紧急和特殊情况无法开据转诊单，应与本班辅导员联系，由辅导员向医务室说明情况，征得医务室医生同意后方可就诊。

第十四条 家住校外的享受医保待遇学生因患急性病，

可在居住地附近的二级以上医院就诊，急诊就诊期间不能几家医院同时反复就诊。报销医疗费时需有急诊手续证明和病历。

第十五条 符合下列情况，在上海市外就诊者，需提供当地二级以上医院就诊的病历、医药费单据和相关的证明材料，向医务室申请并获得批准的，可以报销医疗费：

1. 在上海市市外实习的学生实习期间患病。
2. 寒暑假期间患急性病。
3. 经学院医保办同意到上海市市外医院治疗的。

第六章 就医和医疗费结算

第十六条 就医和医疗费结算按照以下规定执行：

1. 学生在本市住院和门诊大病实行定点医疗（急诊住院除外）、学院住院的定点医院是中山医院。学生凭医保经办机构印制的或门诊大病结算凭证就医，发生的符合大学生医保有关规定的费用，由定点医院记账后，向所在区县医保经办机构申报结算。

2. 学生在外省市发生急诊住院，或因病休学期间需要在外省市住院医疗时，应到所在地医保定点医疗机构就医。发生的医疗费用由其本人垫付后，在出院或治疗后6个月内，由学院统一到本市医保经办机构申请报销。

3. 学生普通门诊在学院医务室就诊，大病或急病的由医务室主治医师开具转诊单方可转诊医疗。学生经学院医务室

转诊在本市医保定点医院就医，在本市或外省市因急诊发生的医疗费用，以及因病等休学期间在外省市发生的普通门急诊医疗费用，由其本人垫付后，回学院按规定报销。

第十七条 享受医保待遇的学生报销医疗费的范围如下：

1. 属于《上海市基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》（2017版）及诊疗项目范围，医疗服务设施范围（简称“医保范围”）。

2. 经申请并由学院医务室负责人审核，学院医保办主任审批同意的在学院指定医院发生的普通门急诊医疗费。

3. 经申请并由学院医务室负责人审核，学院医保办主任审批同意的学生外出就诊发生的医疗费。

第十八条 大型医用仪器检查，检查项目按照以下规定执行：

在规定范围内的大型医用仪器检查，检查费用200元以上，需经学院医务室负责人同意、学院医保办主任批准（急诊抢救除外），手续不齐就诊发生的费用自负。

第十九条 享受医保待遇的学生报销普通门（急）诊医疗费的流程如下：

1. 由学生本人申请，并附齐转诊单（急诊例外）、本人身份证复印件、本人学生证复印件、就诊病历卡、发票、费用清单、用药清单和工商银行卡复印件等，在指定的时间

内到学院医务室办理报销手续。

2. 如果学生患者本人不能到场报销的，可由直系亲属（父母）携带上述报销所需资料，在指定时间内到医务室代理办理报销手续。

3. 医保报销资料由学院医务室负责人审核，经学院医保办开会讨论决定后，最后由学院医保办主任审批同意，方可报销。

第七章 附 则

第二十条 病历卡只限本人使用，必须妥善保管，如有遗失，需本人写出书面报告，经所在二级学院审查核实并加具意见后申请补发；不得转借或使用他人病历卡，否则一经发现，没收病历卡，并取消当年报销医疗费资格；情节严重的将报上海市医保办处置。

第二十一条 学生医保专项资金的管理：任何部门和个人不得以任何形式、任何理由截留或挪用专项资金，主管财务部门除平时做好跟踪工作外，每年要对上年专项资金的使用情况进行系统的检查。对违反规定的，一经查出，追究领导及个人责任。对已结束一年度的专项资金的结余部分，全额转入下一年度专项资金账户。

第二十二条 任何医务人员不得为参保学生提供虚假证明材料；不得串通他人虚开门诊票据套取医保基金；不得串通患者不取药品而兑换现金或其他物品；不得违反三个目录

中有关限定支付规定。违规者按照有关法律法规作出相应处理。

第二十三条 学院学生医保工作领导小组要定期检查门诊医疗工作；加强监控主治医师对参保学生诊疗行为，及时发现问题，堵塞漏洞；采取定期和不定期会议的方式解决执行过程中出现的有关问题，完善管理办法。

第二十四条 本管理办法自颁布之日起实施，原有学生基本医疗保险管理办法同时废止，上海市如实施新的学生医保政策，则按新政策进行修订。

第二十五条 本规定由学院后勤保障处负责解释。