|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **关于我校新生办理大学生基本医疗保险的通知**根据《南京市城乡居民基本医疗保险办法》（宁政办发〔2018〕75号）文件精神，大学生以学校为单位统一参加“城乡居民基本医疗保险”。我校大学生参加南京市城乡居民基本医疗保险筹资标准由个人和政府共同分担，适时调整。依据宁人社〔2018〕169号文件精神，2021-2022学年大学生筹资标准为750元每人每年，其中：财政补助600元每人每年，个人缴费150元每人每年。按照相关文件，大学生基本医疗保险实行“住院及门诊特大病统筹”与“普通门诊统筹”相结合的保障方式。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **就诊类别** | **起付标准** | **费用段** | **基金支付比例** |
| **门诊大病** | 六类病种专项治疗起付标准、基金支付限额不同 | 医保范围内费用 | 85% |
| **门诊精神病** | 不设起付标准 | 医保范围内费用 | 85% |
| **门诊艾滋病** | 不设起付标准 | 医保范围内费用免费享受抗艾滋病病毒和机会性感染治疗及相关检查 |
| **普通门诊** | 普通门诊采用包干形式，学生发生的医疗费用由学校按规定给予报销。门诊包干费用主要用于解决学生日常门急诊、产前检查及门诊人身意外伤害发生的医疗费用。我校参加居民医保的大学生就诊医院为市医保定点非营利性公立医院，具体就诊医院参照《东南大学成贤学院“大学生医疗服务范围”》。普通门诊、急性病急诊、意外伤害门诊的医疗费用，如符合居民医保报销范围，不设起付标准，基金支付60%、60%、70%，当年参保年度内累计报销最高限额分别为1000元、1200元、10000元。 |
| **住院** | 一级医院 | 300元 | 起付标准以上至统筹基金最高支付限额以下 | 95% |
| 二级医院 | 500元 | 起付标准以上至统筹基金最高支付限额以下 | 90% |
| 三级医院 | 1000元 | 起付标准以上至统筹基金最高支付限额以下 | 80% |
| 一个自然年度内第二次及以上住院的，起付标准按规定住院起付标准的50%计算，因门诊大病病种、精神病病种及艾滋病住院的，不设住院起付标准。参保人员从上一级定点医疗机构转诊到下一级定点医疗机构住院，取消下一级定点医疗机构的住院起付标准；上转时起付标准累积计算。 |
| 我校大学生异地实习及寒、暑假期间，因急诊（抢救）住院可就近在当地医院就诊，发生的住院费用先由个人垫付。出院后凭社会保障卡、住院发票、费用明细、出院小结等材料原件及复印件统一交至我校大学生医保办公室，由校医保办公室统一报市医保中心按规定办理审核报销。 |
| 除南京地区和户籍地就诊住院无须提交转诊证明外，因病情确需转外地就诊的，还须填报《转外地就诊申请表》。学校医保办待收到符合以上要求的转诊资料后方可报送市医保中心办理登记报销手续。办理异地就医备案手续且审核通过的，在异地医院持第三代社保卡直接结算报销。 |
| **生育** | 包括产前检查和住院分娩的医疗费用。一个待遇年度内发生的产前检查费用，参照普通门诊支付政策执行；发生的生育住院分娩费用，参照住院支付政策执行。 |
| **基金最高支付限额** | 统筹基金最高支付限额与个人缴费年限挂钩。参保学生一个待遇年度内发生的医疗费用，基金累计最高支付限额为30万元。鼓励连续参保缴费，实行连续缴费年限与支付限额挂钩机制，连续缴费每增加1年，最高支付限额增加1万元，最高可增加到36万元。中断缴费后再次参保的，基金最高支付限额从第一年（30万）重新计算。 |
| **大病保险** | 符合大学生医保规定范围内的住院和门诊大病医疗费用，在一个学年内，个人自付金额2万元以上部分，由大病保险按规定予以支付：2万元以上至4万元部分，支付50%；4万元以上至6万元部分，支付55%；6万元以上至8万元部分，支付60%；8万元以上至10万元部分，支付65%；10万元以上部分，支付70%。 |

根据省人社厅关于《省人社厅等四部门关于切实做好建档立卡低收入人口等困难群体医疗保障有关工作的通知》（宁人社〔2017〕182号）的文件精神，困难学生不仅缴费享受财政全额补助，大病保险待遇也相应提高。为了确保困难学生应保尽保，按照精准认定、动态参保的原则，符合《困难学生认定范围》条件的大学生提供相关证明后即可按困难人员身份办理参保手续，审核通过后个人所交保费可减免。提交的相关材料由校医保办审核后统一报市医保中心，办理低保大学生参保审核确认手续。**困难学生认定范围**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 困难学生类型 | 身份确认提交材料 | 认定时效 |
| 最低生活保障家庭成员 | 以下材料二选一：①低保证明：须民政系统盖章（章上必须有民政两字）；落款是2021年的日期；证明上开具的姓名必须为学生本人，并注明“享受低保待遇”字样。②低保证，低保证上需要有学生的姓名，2021年的审核日期，或者是2021年领取低保金的存折流水。 | 逐年认定,审核通过后享受当年待遇。 |
| 特困职工家庭子女 | 学生户籍地总工会出具的2021年度享受待遇的证明，证明上需有学生姓名及身份证号码，如证明上只有学生父母姓名则需出具户口本复印件，证明亲子关系。 | 逐年认定,审核通过后享受当年待遇。 |
| 临时救助的大、重病对象 | 当地民政系统出具的证明，所患疾病达到享受民政补助的要求，是一种临时的证明，需要说明2021年仍在享受民政待遇，民政系统盖章（章上必须有民政两字）。 | 逐年认定,审核通过后享受当年待遇。 |
| 重点优抚对象（烈士家属、因公牺牲军人家属、病故军人家属） | 当地民政系统出具的证明，民政系统盖章（章上必须有民政两字），落款是2021年的日期。 | 一次认定，审核通过后享受四年待遇。 |
| 享受政府基本生活保障的孤儿 | 孤儿证，需要有学生的姓名。 | 一次认定，审核通过后享受四年待遇。 |
| 二级及以上重度残疾人 | 学生本人持有的《中华人民共和国残疾人证》，伤残程度必须是二级及以上。 | 一次认定，审核通过后享受四年待遇。 |

困难学生大病保险实施精准保障，起付标准降至1万元，各费用段支付比例在上述基础上提高5个百分点。

|  |  |
| --- | --- |
| 普通学生 | 困难学生 |
| 费用段 | 报销比例 | 费用段 | 报销比例 |
| 2万元以下 | —— | 1万元以下 | —— |
| 2-4万 | 50% | 1-4万 | 55% |
| 4-6万 | 55% | 4-6万 | 60% |
| 6-8万 | 60% | 6-8万 | 65% |
| 8-10万 | 65% | 8-10万 | 70% |
| 10万以上 | 70% | 10万以上 | 75% |

依据宁人社〔2014〕156号文件，将大学生缴费方式由按学年缴费调整为按学制缴费。所有参保学生保费由校财务与资产管理处统一代扣，符合“困难学生认定范围”的学生先缴费，经审核后再退还保费。大学生医疗保险管理办公室2021年8月 |