

# 关于做好 2023 年我校学生参加城乡基本医疗保险工作的通知

各院（部）：

济源 2023 年大学生参加城乡居民医疗保险工作已经开始，结合我校实际，现就做好 2023 年城乡基本医疗保险参保缴费工作的有关事宜通知如下：

## 一、参保对象

我校全日制在校学生（含 22 级新生），以学校为单位，统一参加济源 2023 年城乡居民基本医疗保险。

## 二、参保时间和缴费方式

我校 2023 年参加城乡居民基本医疗保险的时间从 2022 年 9 月 1 日起至 2022 年 12 月 20 日，分两次集中缴费，方式为由财务处代收，学生首次集中缴费时间为 9 月 1 日至 9 月 30 日，10 月 1 日后，学校将代收医保费上缴医保中心。

10 月 1 日至 12 月 10 日期间，首次未缴费又有缴费愿望的学生，可由二级学院先行登记，12 月 15 日-12 月 20 日财务处进行第二次集中缴费。

## 三、参保个人缴费标准

2023 年参加城乡居民基本医疗保险个人缴费标准为每人 350 元。

#### **四、困难学生参保说明**

济源市户籍困难学生可享受参保资助政策，先全额进行缴费，待相关身份资料核实后，2023 年一季度按对应资助金额进行集中返款。外地户籍困难学生建议参加户籍所在地基本医疗保险。

#### **五、享受待遇时间**

参加城乡居民基本医疗参保险待遇享受期为 2023 年 1 月 1 日至 12 月 31 日。

#### **六、医保享受待遇**

1. 大学生参加城乡居民医疗保险，保险年度内享受医疗保险政策规定的医保待遇主要包括：普通门诊医疗待遇、门诊慢性病医疗待遇、重大疾病医疗待遇、住院医疗待遇；

2. 2022 年普通门诊统筹年度累计最高报销限额为 500 元，基本医疗保险统筹基金最高支付限额为 15 万元，大病保险最高支付限额为 40 万元；

3. 为方便学生就近就医，可将校医室做为门诊统筹定点机构，就诊时凭医保电子凭证或社保卡直接结算，学生在医务室即可享受医保门诊待遇，报销比例为 60%，日最高报销限额为 20 元，基本医疗保险门诊统筹年度累计最高报销限额为 500 元。其他待遇见附件。

本市住院：参保学生在校期间因病情需要在市内定点医疗机构住院治疗的，须携带本人身份证、医保卡，到医院窗口办理住院医保手续，出院直接进行医保结算，只承担个人负担费用。异地住院：需携带医保电子凭证或有效身份证件或社保卡及具有转诊资格的定点医疗机构开具的《基本医疗保险转诊单》到医保服务大厅窗口进行异地就医备案。

通过学校缴费平台进行集中缴费的学生，在济源参保不受户籍、居住证等限制，同时在国家法定假期内、实习和因病休学期间，因病在原籍、实习地医疗机构住院，可电话告知或到医保服务大厅窗口进行异地就医登记备案后，可以在出院时直接结报；也可先自费治疗，治疗完成后携带住院就医的相关资料回我市，由医保中心办理零星报销手续。

备注：通过零散缴费渠道的学生，无法享受国家法定假期内、实习和因病休学期间转诊便利政策，需要正常开具《基本医疗保险转诊单》，方可在异地就医，如未按规定办理异地转诊备案、异地就医登记备案手续的人员（除急诊外），其医疗费用按规定比例降低 20 个百分点报销。

## **七、关于缴费后退费问题**

9 月份期间如有未报到、退学等情况，由学生处统一提供名单，财务按程序集中予以办理退费。学院所代收医保费用一旦上缴医保部门，不予退费。

## **八、参保要求**

1. 各院（部）要明确人员负责学生参加城乡居民基本医

疗保险日常工作。参加城乡居民医疗保险工作由各院（部）统一组织申报登记，财务处代收医疗保险费，填报《大中专学生批量参保登记表》。

2. 各院（部）做好参保缴费宣传工作，对未参保人员实行精准推送宣传，使学生全面了解医保政策和参保意义，调动参保积极性，切实维护学生合法权益。

3. 已参加城镇职工医保、2023 年度其他城乡居民医保、需享受特殊政策（例如建档立卡贫困户、低保户等需在特殊身份认定地参保）而不参加大学生基本医疗保险的学生，需签署书面弃保申请并提供参保证明。

4. 医保政策咨询：王大伟：15660109198

学生处

2022-9-1

附件：

- 一、《参保学生享受医保待遇政策》
- 二、《济源市医疗保险经办业务流程》
- 三、《大中专学生批量参保登记表》

附件一：

## 济源市参保学生医疗保险政策

### 一、基本医疗保险政策

#### (一) 普通门诊医疗待遇

1. **门诊统筹待遇：**门诊统筹实行定点管理，报销不设起付线。高校医务室政策范围内报销比例为 60%，日最高报销限额为 20 元，基本医疗保险门诊统筹年度累计最高报销限额为 500 元。

2. **“两病”门诊待遇：**我校学生患高血压、糖尿病的，可以按规定申请享受“两病”门诊医疗待遇。高校医务室政策范围内报销比例为 60%，两病”门诊待遇报销限额为 20 元，年度累计报销额度为 240 元，“两病”门诊药品费用年度累计报销额度与门诊统筹年度累计报销额度合计最高报销限额为 550 元。

(二) **门诊慢性病医疗待遇：**门诊慢性病包括普通病种 21 种：慢性肾小球肾炎、肾病综合症、有并发症的糖尿病、甲状腺功能减退、急性脑血管病后遗症、帕金森综合征、心衰、冠心病（非隐匿型）、II 级及以上高血压病、肺源性心脏病、癫痫、支气管哮喘、慢性阻塞性肺气肿、慢性乙型肝炎、肝硬化、重度溃疡性结肠炎、系统性红斑狼疮、类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、系统性硬化症、白塞氏病。

特殊病种 22 种：慢性肾功能衰竭（非透析治疗）、器官移植术后（抗排异治疗）、恶性肿瘤、动脉支架术后（抗凝治疗 18 个月）、心脏换瓣膜术后（抗凝治疗）、丙型病毒性肝炎（干扰素治疗 1 年）、骨髓增生异常综合征、真性红细胞增多症、白血病、肺结核、结核性胸膜炎、抑郁症、躁狂症、精神分裂症、持久的妄想性障碍、分裂情感性障碍、双相（情感）障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍及 0-6 岁儿童脑瘫、孤独症、智力残疾的康复治疗。

门诊慢性病实行定点管理，无起付线，报销比例为 70%，部分病种实行限额管理。

**申请办法：**普通病种每年5月、11月提交资料申请，7月1日、次年1月1日起开始享受待遇；特殊病种每月25日前申请，次月1日开始享受待遇。可凭相关资料（社保卡、身份证复印件，一寸彩照2张，住院病历复印件）随时到高校医务室申请享受相应慢性病待遇。

### （三）住院医疗待遇：

2021年度参保学生住院起付标准和报销比例：

| 类别    | 医院范围             | 起付标准（元） | 报销比例                          |
|-------|------------------|---------|-------------------------------|
| 乡级    | 乡镇卫生院（社区医疗机构）    | 150     | 95%                           |
| 市（县）级 | 二级或相当规模以下医院（含二级） | 500     | 500-3000元 55%<br>3000元以上 75%  |
|       | 三级医院             | 1200    | 1200-4000元 53%<br>4000元以上 72% |
| 省级    | 二级或相当规模以下医院（含二级） | 600     | 600-4000元 53%<br>4000元以上 72%  |
|       | 三级医院             | 2000    | 2000-7000元 50%<br>7000元以上 68% |
| 省外    |                  | 2000    | 2000-7000元 50%<br>7000元以上 68% |

参保孕产妇住院分娩的，住院生育医疗费实行定额支付，定额标准为：自然分娩700元，剖宫产为1800元。

2021年度基本医疗保险统筹基金最高支付限额为15万元。

#### 4、重特大疾病医疗待遇：

重特大疾病住院病种包括（共33种）：儿童急性淋巴细胞白血病、儿童急性早幼粒细胞白血病、儿童先天性房间隔缺损、儿童先天性室间隔缺损、儿童先天性动脉导管未闭、儿童先天性肺动脉瓣狭窄、完全型心内膜垫缺损、部分型心内膜垫缺损、主动脉缩窄、法乐氏四联症、房间隔缺损合并室间隔缺损、室间隔缺损合并右室流出道狭窄、室间隔缺损合并动脉导管未闭、室间隔缺损，动脉导管未闭并肺动脉瓣狭窄、房，室间隔缺损合并动脉导管未闭、唇裂、腭裂、乳腺癌、宫颈癌、肺癌、食管癌、胃癌、结肠癌、直肠癌、急性心肌梗塞、慢

性粒细胞性白血病、重性精神病（包括双相情感障碍、精神分裂症、持久的妄想性障碍、分裂情感性障碍、抑郁症）、耐多药肺结核、双侧重度感音性耳聋、尿道下裂、先天性幽门肥厚性狭窄、发育性髋脱位、脊髓栓系综合征/脊髓脊膜膨出。

重特大疾病门诊病种包括（共 35 种）：终末期肾病、血友病、I 型糖尿病、甲状腺机能亢进、苯丙酮尿症、耐多药肺结核、再生障碍性贫血、慢性粒细胞性白血病、非小细胞肺癌、胃肠间质瘤、HER2 阳性乳腺癌、晚期胃癌、III/IV 期鼻咽癌、外周 T 细胞淋巴瘤、晚期肾癌、胰腺神经内分泌瘤、肾血管平滑肌脂肪瘤、多发性骨髓瘤、前列腺癌、多发性硬化、黄斑变性、肌萎缩侧索硬化、原发性免疫球蛋白缺乏症、特发性肺纤维化、肝癌、甲状腺癌、急性早幼粒细胞白血病、结肠癌、直肠癌、黑色素瘤、套细胞淋巴瘤、小淋巴细胞淋巴瘤、慢性淋巴细胞白血病、胃肠胰内分泌肿瘤、肢端肥大症。

重特大疾病医疗保障实行单病种结算管理，不设起付线。住院病种实行限价管理，在限价标准内的医疗费用由统筹基金按比例支付：市级70%、省级65%；超出限价标准的医疗费用由定点医疗机构承担。门诊病种由统筹基金按比例支付，其中，门诊腹膜透析支付比例为85%，其他门诊病种支付比例为80%。

**申请办法：**在市内就医的，可直接在就诊医疗机构医保科申请办理；在市外就医的，可凭转诊转院手续、诊断证明到第二行政区四号楼医保服务大厅申请办理。

## 二、大病保险政策

参保学生一个医保年度内累计发生的符合医疗保险有关规定的医疗费用，经基本医疗保险报销后，个人负担的政策范围内医疗费用超过 1.1 万元以上的部分，按以下比例报销：1.1 万元—10 万元（含 10 万元）部分报销 60%；10 万元以上部分报销 70%。

大病保险最高支付限额为 40 万元。

济源市城乡居民门诊重症慢性病待遇限额标准（单位：元/月）

| 病种名称                   | 城乡居民    | 病种名称              | 城乡居民    |
|------------------------|---------|-------------------|---------|
| 慢性肾功能衰竭<br>(非透析治疗)     | 医疗保险封顶线 | 器官移植术后<br>(抗排异治疗) | 医疗保险封顶线 |
| 恶性肿瘤                   | 医疗保险封顶线 | 白血病               | 医疗保险封顶线 |
| 动脉支架术后<br>(抗凝治疗 18 个月) | 300     | 心脏换瓣膜术后<br>(抗凝治疗) | 100     |
| 骨髓增生异常综合征              | 医疗保险封顶线 | 真性红细胞增多症          | 医疗保险封顶线 |
| 丙型病毒性肝炎<br>(干扰素治疗 1 年) | 医疗保险封顶线 | 慢性乙型肝炎            | 700     |
| 肺结核                    | 医疗保险封顶线 | 结核性胸膜炎            | 医疗保险封顶线 |
| 慢性肾小球肾炎                | 250     | 肾病综合征             | 250     |
| 糖尿病并发症                 | 300     | 甲状腺功能减退           | 100     |
| 急性脑血管病后遗症              | 200     | 帕金森综合征            | 250     |
| 冠心病（非隐匿型）              | 300     | 心力衰竭              | 200     |
| Ⅱ期及以上高血压病              | 150     | 肺源性心脏病            | 200     |
| 慢性阻塞性肺气肿               | 200     | 支气管哮喘             | 200     |
| 重度溃疡性结肠炎               | 300     | 肝硬化               | 300     |
| 癫痫                     | 200     | 精神分裂症             | 250     |
| 抑郁症                    | 200     | 躁狂症               | 250     |
| 持久的妄想性障碍障碍             | 250     | 系统性红斑狼疮           | 300     |
| 类风湿性关节炎                | 300     | 强直性脊柱炎            | 300     |
| 系统性硬化症                 | 300     | 白塞氏病              | 300     |
| 小儿脑瘫康复治疗               | 8000    | 孤独症儿童康复治疗         | 5000    |
| 智力残疾儿童康复治疗             | 5000    | 分裂情感性障碍           | 250     |
| 双相（情感）障碍               | 250     | 癫痫所致精神障碍          | 250     |
| 精神发育迟滞<br>伴发精神障碍       | 250     |                   |         |



附件二：

## 济源市医疗保险业务办理流程

参保的在校大中专学生在我市医保定点医疗机构就诊时凭医保电子凭证或社保卡直接报销结算，未在医院直接结算的，按照以下流程进行手工报销。

### 一、基本医疗费

#### （一）门诊费用报销（手工）

携带医保电子凭证或有效身份证件或社保卡、门诊收费票据、门（急）诊费用总清单、处方、银行账户信息到医保服务大厅窗口、各医疗保障服务站进行申请办理。

备注：

1. 急诊抢救无效死亡门诊费用报销：需提供门诊病历、死亡医学证明

2. 门诊重症慢性病非即时结算零星医疗费用报销：需提供慢性病卡、检查报告单、门诊慢性病或重特大疾病审批表

#### （二）住院费用报销（手工）

携带医保电子凭证或有效身份证件或社保卡、住院收费票据、住院费用总清单、住院病历资料（包含病案首页、长期医嘱、临时医嘱、入院记录、手术记录及出院小结）并加盖就诊医疗机构印章、诊断证明、银行账户信息到医保服务大厅窗口、各医疗保障服务站申请办理。

备注：

1. 异地转诊人员需提供《基本医疗保险转诊单》

2. 急诊提供急诊证明，患精神病的需提供精神病诊断证明

3. 意外伤害就医的应提供交警事故认定书、法院判决书、调解协议书等公检法部门出具的相关证明材料复印件，无法提供的应填写个人承诺书；意外伤害无第三方的，需提供无第三方责任个人承诺书

4. 住院医疗机构为当地医保定点证明（能在国家、省定点医疗机构信息库上查到的无需提供）

5. 诊断证明和费用总清单需加盖就诊医疗机构专用章

6. 住院（门诊）收费票据提供电子发票或纸质票据均可以，若提供纸质收费票据（财政票据是指收据联，税务票据是指发票联），需加盖就诊医疗机构专用章

## 二、异地转诊人员备案

携带医保电子凭证或有效身份证件或社保卡及具有转诊资格的定点医疗机构开具的《基本医疗保险转诊单》到医保服务大厅窗口或驻市直医院医疗保障服务站备案，医院医保窗口或医保服务大厅窗口进行异地就医登记备案上传有关电子转诊信息，病人持转诊单即可住院就医，出院时费用可直接结报。

备注：

1. 参保人员患病到市外县级及以下定点医疗机构住院的，不需开具转诊单，但应按规定申请登记备案

2. 异地转诊人员同一疾病过程多次在同一家定点医疗机构住院（含跨年度住院），第二次及以后不再开具转诊单，但应在7个工作日内申请登记备案

3. 因急诊（含意外伤害）或患精神病直接到异地定点医疗机构住院的，应在7个工作日内通过电话等备案渠道申请办理异地就医登记备案手续，备案时急诊需提供急诊证明，患精神病的需提供精神病诊断证明

4. 未按规定办理异地转诊备案、异地就医登记备案手续的人员（除急诊外），其医疗费用按规定比例降低20个百分点报销

5. 异地就医登记备案渠道原则上以现场备案为主，也可通过电话、邮箱等非现场渠道备案

### **三、门诊重症慢性病病种待遇认定流程**

目前，我市重病慢性病病种共计有43个病种，分为普通慢性病病种（21种）和特殊慢性病病种（22种）两种。属于普通重症慢性病病种范围的，每年集中申报、鉴定两次，5月和11月可申请；属于特殊重症慢性病病种范围的，每月集中申报、认定一次，每月25日前可申请；医保中心收取资料后，组织专家对申请资料进行集中评审，有异议的进行体检和专家鉴定，通过后可享受门诊重病慢性病待遇。申报资料①门诊重症慢性病申请表；②两年内与申请病种相关的二级及以上医疗机构或专科医院住院病历复印件；③近期免冠一寸彩照两张；④居民身份证（或居民社保卡）复印件。城乡居民重症慢性病申报材料均提交至辖区村卫生室（社区卫生服务站）或镇卫生院（辖区所在医院）均可。

### **四、医疗救助流程**

符合医疗救助条件的人员，若在市內住院的，出示相关身份证件，出院时即可实现基本医疗、大病保险、困难群众大病补充保险、医疗救助“一单式”结算。如在市外就医，出院后可持相关资料（身份证、银行卡复印件、住院发票等）到医保服务大厅申请医疗救助待遇。

### **五、节假日期间就医流程**

参保的在校大中专学生，节假日期间在原籍医疗机构住院，可电话告知或到医保服务大厅窗口进行异地就医登记备案后，可以在出院时直接结报；也可先自费治疗，治疗完成后携带住院就医的相关资料回我市，由医保中心办理零星报销手续。

政策咨询电话：0391-6630527 6635656