

中国海洋大学

学生医疗保障体系知识问答



党委研究生工作部
校医院
2011年4月

前言

大学生医疗保障工作关系到每一位学生的切身利益，学校历来十分重视此项工作，致力于建立健全在校大学生的医疗保障体系，为每一位大学生的健康成长负责，同时尽量减轻学生因病所产生的经济负担。目前，我校大学生在校期间产生的医疗费用可由以下三方面承担：

（1）青岛市城镇居民基本医疗保险。由学校出资，每年为符合条件的在校大学生统一购买。

（2）学生医疗补助基金。该基金由学校出资设立，对医保适用对象所发生的符合规定的住院和门诊大病医疗费用给予适当补助。

（3）学生自己承担上述两方报销之外的剩余医疗费用。

为了方便在校大学生了解学校的医疗保障体系，维护自己的切身利益，党委研究生工作部联合校医院，以第七届研究生德育辅导员为依托，编写了《中国海洋大学学生医疗保障体系知识问答》，希望能为广大在校大学生在医疗保障方面解疑答惑。

目录

第一章 青岛市城镇居民基本医疗保险	1
第二章 学生医疗补助基金	7
第三章 案例展示	9
第四章 特别提醒	11
附件	
青岛市城镇居民基本医疗保险暂行办法（节选）	12
关于《青岛市城镇居民基本医疗保险暂行办法》的实施意见（节选）	16
中国海洋大学学生医疗管理办法（试行）	19
普通伤情况说明	26
青岛市基本医疗保险大学生原籍住院治疗审批表	27

第一章 青岛市城镇居民基本医疗保险

1、青岛市城镇居民基本医疗保险简介。

青岛市城镇居民基本医疗保险是社会医疗保险的重要组成部分，具有强制性，采取以政府为主导，以居民个人（家庭）缴费为主，政府适度补助为辅的筹资方式，按照缴费标准和待遇水平相一致的原则，为城镇居民提供医疗需求的医疗保险制度。青岛市城镇居民基本医疗保险自 2007 年开始实施，详细内容请参见《青岛市城镇居民基本医疗保险暂行办法》（青岛市人民政府令（2007）191 号）（附件 1）和《关于〈青岛市城镇居民基本医疗保险暂行办法〉的实施意见》（青岛市劳动和社会保障局（2007）64 号）（附件 2）。

2、我校大学生如何参加青岛市城镇居民基本医疗保险？

按照《中国海洋大学学生医疗管理办法（试行）》（附件 3）的相关规定，学校每年为取得中国海洋大学学籍的在校全日制普通高等学历教育本科生、高职学生以及非在职研究生购买青岛市城镇居民基本医疗保险。

3、青岛市城镇居民基本医疗保险对于在校大学生主要功能有哪些？

（1）大学生患病需要住院医疗的，其住院医疗费纳入基本医疗保险基金支付范围。

(2) 大学生患大病需要门诊治疗的，经社会保险经办机构审定，其门诊医疗费纳入基本医疗保险基金支付范围。

(3) 大学生发生意外伤害范围内（例外伤缝合、扭伤、骨折等）的疾病，发生的符合医保范围的医疗费用纳入基本医疗保险基金支付范围。

(4) 青岛市实行大学生门诊统筹制度，大学生在校医院门诊看病可享受相应的医保报销。

4、大学生患病住院应如何办理医保报销事宜？

(1) 患病需住院治疗，学生应凭本人医保卡和身份证到定点医疗机构，联网确认参保身份及交费情况，办理住院手续。学生出院时，只需与医院结清应由个人负担部分的医疗费即可。

(2) 大学生在青岛市住院因各种原因不能在医院联网结算的，先由个人全额垫付全部费用，出院后携带住院病历、费用发票、费用明细、本人医保卡以及其他相关证件和材料交至所住医院医保处报销。

(3) 大学生在规定假期以及教学计划安排的教育实习、课题研究、社会调查等期间在外地发生的急诊、住院医疗费，可纳入基本医疗保险基金支付范围，报销比例降低 5 个百分点。在基本医疗保险范围内的急诊、住院医疗费，由本人现金垫付，在出院或治疗后 6 个月内，学生将出院小结、病史资料、医疗费原始收据及明细帐单等交校医院，由校医院集中到医保中心申请报销。

(4) 大学生因病情需要转到非原籍医院住院治疗的，须由本市三级以上定点医院或者市级专科医院出具转诊手续，报社会保险经办机构批准备案。经批准后在外地发生的在基本医疗保险范围内的住院医疗费，先由本人现金垫付，治疗结束后学生将住院病历、发票、费用明细清单等交到校医院，由校医院集中到医保中心申请报销，报销比例比在本市治疗降低 5 个百分点。

(6) 大学生毕业前因病住院，学校派遣终止日之后仍未出院发生的住院费用，其费用累计到毕业后按一次住院累计计算，报销按规定办理。

5、大学生患门诊大病应如何办理医保报销事宜？

(1) 门诊大病病种范围是什么？医疗费按什么标准报销？

门诊大病病种范围：限定白血病、尿毒症透析治疗、恶性肿瘤、器官移植术后抗排异治疗、再生障碍性贫血、血友病、儿童糖尿病、精神病、气管哮喘、系统性红斑儿狼疮、尿崩症、溶血性贫血、过敏性紫癜并肾病、癫痫、肺结核等 15 个病种。

门诊大病按不同病种实行“记账管理”和“限额报销管理”两种报销方式，具体情况可向校医院咨询。

(2) 门诊大病的就诊报销流程

患有门诊大病的参保人应先办理《门诊大病证》，参保人持《门诊大病证》到所选择的定点医疗机构领取门诊大病专用

病历和双处方，按要求就诊。医疗年度期满后，应及时到定点医疗机构报销。具体事宜可向校医院咨询。

6、大学生发生意外伤害范围内的疾病门急诊应如何办理医保报销事宜？

(1) 大学生发生意外伤害范围内（例外伤缝合、扭伤、骨折等）的疾病，可直接到就近的医保定点医疗机构就诊，发生的符合医保范围的医疗费用，由学生将相关材料交校医院，由校医院集中到市医保中心办理报销手续。

(2) 意外伤害报销所需材料包括：

1. 普通外伤情况说明表（附件 4），一式两份。填写后，在表格空白处由党团总支老师写明情况属实，校方无赔偿责任并加盖公章。

2. 病历、相关检验检查报告单原件及复印件、身份证复印件、发票与用药明细，将发票（挂号费不予报销）按顺序粘贴，计算总数与张数。

3. 学院证明，证明该生为本院学生，确实发生意外伤害，校方无责任，并加盖学院公章。

7、大学生患普通门诊疾病应如何办理医保报销事宜？

(1) 我校大学生只有在鱼山校区校医院和崂山校区校医院进行普通门诊医疗方可享受医保报销待遇。

(2) 大学生生病后，应该携带本人城镇居民医疗保险卡及学生证，先在校医院刷医保卡挂号并购买病历，获得门诊号，然后经医生诊治开药方，按处方在校医院买药，即可享受相应的优惠。如不携带医保卡，则无法享受优惠。

(3) 门诊统筹不设起付线，无最高限额。大学生在校医院发生的符合门诊统筹支付范围的普通门诊医疗费，由门诊统筹基金支付 60%，个人自付 40%。

(4) 特别提醒：

a、大学生不得借用他人医保卡、门诊病历看病，一经发现，取消双方当事人医疗保障待遇半年。

b、普通门诊处方一般不超过 7 天用量，急诊处方不得超过 3 天用量，静脉用药处方原则上不得 5 天用量，确因病情需要使用目录外药品时，医生应征得学生同意，并要求其在处方、病历上签字确认，相关费用由学生个人负责。

c、大学生应自觉遵守医保管理规定，配合医生进行诊疗，不得强行索要药品或诊疗项目。

d、大学生在本校定点医疗机构外自行治疗或购买药品，不予报销。

e、校医院只按本院医生开具的处方开药，不单独出售药品。

f、大学生在规定假期以及教学计划安排的教育实习、课题研究、社会调查等期间在外地发生的普通门诊医疗费用不予报销。

8、关于青岛市城镇居民基本医疗保险的重要说明。

自购药品及滋补类药品、挂号费、出诊费、救护车费、中药代煎费、心理咨询费、属病态但不影响身体健康的矫形手术与生理缺陷的治疗（如：美容、镶牙、洁齿、治疗脱发、植发等）、打架斗殴、酗酒、自杀、交通事故等意外伤害及在医保范围之外的其他医疗费用不予报销。

第二章 学生医疗补助基金

1、学生医疗补助基金简介。

为了保障在校大学生的切身利益，减轻大学生因患病产生的经济负担，学校设立了学生医疗补助基金，对青岛市城镇居民基本医疗保险适用大学生所发生的符合规定的住院和门诊大病医疗费用给予适当补助。

2、大学生如何申请学生医疗补助基金？

(1) 经学校批准住院的学生，住院费用分别由青岛市城镇居民基本医疗保险、学校学生医疗补助基金和学生个人三方承担。学生在医保定点医院住院治疗，基本医疗保险范围内的实际支出与保险赔偿的差额部分，学校学生医疗补助基金承担80%，学生负担20%。

(2) 申请学校医疗补助的大学生，需提供本人提出的书面申请、出院时医院提供的医保结算单、发票、出院小结等材料，由学生所在院系审核同意后，交校医院，由校医院按规定审查报销。其中学校补贴额超过1万元的，须报医疗管理领导小组批准后方可报销。

(3) 学校不承担学生先天性疾病、胚胎性疾病、生理缺陷与入校前疾病的医疗费用。入校体检时或入校后发现此类情况，在学校录取的前提下，先与学校签订医疗“协议书”，明确责权。有特异性体质的学生应告知学校及校医院，按以上规

定办理。入学前就患有慢性病，在新生体检时隐瞒既往史者，原有慢性病的医疗费用原则上不予报销。

第三章 案例展示

案例一 校医院普通门诊

小王患感冒到校医院就诊，他需要先到挂号处出示医保卡，智能卡挂号，购买病历，获得编号，然后就诊，大夫为其开具处方，再去买药。共花费挂号费 1 元、诊疗费 0.5 元、购买病历费 0.5 元、药费（医保范围内）10 元，按照医保的规定，药费可以享受 4 折优惠。实际花销 $1+0.5+0.5+10*0.4=6$ 元。

案例二 校医院外普通门诊

1、小王因病（非意外伤害）到校医院看门诊，经大夫诊治确定其应转诊至上一级定点医疗机构。由大夫开具转诊单后，小王需携带转诊单、本人医保卡及身份证学生证去该定点医院治疗。如未住院，所产生费用由自己负责。

2、小王因病（非意外伤害）到校外医院看门诊，如未住院，所产生费用由自己负责。

案例三 住院治疗

小王因病到医院看门诊，经大夫诊治确定其需要住院治疗，此时小王应持本人医保卡和身份证到医保定点医疗机构，联网确认参保身份及交费情况，办理住院手续。小王出院时，只需与医院结清应由个人负担部分的医疗费即可。小王回到学校可由本人向学校申请学生医疗补助金，学校将按照规定给予报销。

案例四 意外伤害

小王在市里突然意外伤害(例如外伤缝合、扭伤、骨折等),此时可直接去定点医院就诊,经大夫诊治确定其需要住院治疗,按照案例三种情况办理;经大夫诊治确定不需要住院治疗的,先由小王个人垫付医疗费用,回学校后小王可将相关材料交校医院,由校医院集中到市医保中心办理报销手续。青岛市医保报销后,小王可向学校申请学生医疗补助金,学校将按照规定给予报销。

案例五 外地就医

小王在外地按照教学计划安排进行实习期间突患急病,到当地医院就诊,经大夫诊治需住院医疗。此时所产生费用应由张个人先行承担,并保留所有相关单据。在出院或治疗后3个月内,小张应持院系开具证明,将单据交至校医院,由校医院凭借出院小结、病史资料、医疗费原始收据及明细帐单等,集中到医保中心申请报销。青岛市医保报销后,小王可向学校申请学生医疗补助金,学校将按照规定给予报销。

第四章 特别提醒

1、大学生到非原籍医院住院治疗的，如不提前报社会保险经办机构批准备案，事后将不予报销。

2、大学生在原籍医院住院治疗的，进行医保报销时应提供以下材料：

(1) 大学生原籍住院治疗审批表（附件5），一式两份；

(2) 所住医院住院病历，长期及临时医嘱、麻醉及手术记录单、相关检验检查报告单复印件、出院记录、明细账单、有效报销单据及本人身份证复印件。

3、《普通外伤情况说明》和《青岛市基本医疗保险大学生原籍住院治疗审批表》可到校医院办公室索取。

4、医保卡挂失、咨询：请拨打电话：12333；补办医保卡：请学生本人携带身份证，到青岛市福州南路8号社保大厦3楼1号窗口办理。

5、青岛市医保中心咨询电话：85756030；校医院咨询电话66782440、82032440。

6、随着青岛市医保政策的调整，我们也将进一步更新本手册内容。

附件 1:

青岛市城镇居民基本医疗保险暂行办法（节选）

青岛市人民政府令第 191 号

第一条 为保障城镇居民基本医疗，建立覆盖各类城镇居民的多层次医疗保障体系，根据国家、省有关规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于本市市南区、市北区、四方区、李沧区、崂山区、黄岛区、城阳区行政区域内未纳入城镇职工基本医疗保险范围内的下列城镇居民：

（一）中等以下学校的在校学生、托幼机构的在册儿童和其他具有本市城镇户籍未满 18 周岁的少年儿童（以下简称少年儿童）；

（二）驻青高校以及高等职业技术学院的全日制在校学生（以下简称大学生）；

（三）具有本市城镇户籍，完全丧失或者大部分丧失劳动能力的重症残疾人员（以下简称重度残疾人员）；

（四）具有本市城镇户籍，男满 60 周岁、女满 50 周岁的居民（以下简称老年居民）；

（五）具有本市城镇户籍未参保的其他非从业人员（以下简称城镇非从业人员）。

第六条 城镇居民基本医疗保险费由以下单位负责收缴：

（一）在校学生、托幼机构在册儿童，由所在学校、托幼机构负责代收；

（二）老年居民、重度残疾人员、城镇非从业人员以及其他少年儿童，由其户籍所在地或者居住地街道的劳动保障服务

中心负责收缴。

财政补助资金由市、区两级财政分担，按年度直接划拨到城镇居民基本医疗保险基金账户。

第八条 城镇居民基本医疗保险费每年 8 月 1 日至 9 月 30 日为缴费期。9 月 30 日前缴费的，从 10 月 1 日起享受基本医疗保险待遇。每年的 10 月 1 日至次年的 9 月 30 日为一个保险年度。

新生儿等新出现的符合参保条件的人员，可即时参保缴费，缴费次月起享受基本医疗保险待遇。

第十条 城镇居民符合参保条件未及时参保缴费的，在以后年度参保时应当补缴历年应当由个人负担的基本医疗保险费，自缴费次月起享受基本医疗保险待遇。

城镇居民中断参保缴费的，续保时须补缴中断期间应当由个人负担的基本医疗保险费，自缴费次月起享受基本医疗保险待遇。中断期间发生的医疗费用基本医疗保险基金不予支付。

第十一条 城镇居民基本医疗保险主要保障大病住院医疗和大病门诊医疗。对老年居民、重度残疾人员适当兼顾普通门诊医疗，对少年儿童和大学生适当兼顾意外伤害门诊医疗。

第十二条 城镇居民基本医疗保险的用药范围、诊疗项目、服务设施范围和支付标准按照城镇职工基本医疗保险相关规定执行。适当增加适宜少年儿童诊疗的药品、诊疗项目和服务设施。具体办法由市劳动保障行政部门另行制定。

第十六条 少年儿童、大学生患病需住院治疗的，其住院医疗费纳入基本医疗保险基金支付范围。

住院医疗费起付标准，按照三级医疗机构 500 元、二级及以下医疗机构 300 元标准设立。在一个医疗年度内，第一次住院的，起付标准按照 100% 执行；第二次住院的，起付标准按照 50% 执行；第三次及以上住院的，不再设立起付标准。

起付标准以上的医疗费，按照分档累加计算的办法，由基

本医疗保险基金按以下标准支付：5000 元以下部分，在三级医疗机构支付 70%，在二级及以下医疗机构支付 75%；5000 元至 10000 元部分，在三级医疗机构支付 80%，在二级及以下医疗机构支付 85%；10000 元以上部分，不分医疗机构级别，统一支付 90%。

在一个医疗年度内，基本医疗保险基金最高支付限额为 12 万元。

第十七条 少年儿童、大学生患大病需门诊的，经社会保险经办机构审定，其门诊医疗费纳入基本医疗保险基金支付范围。门诊大病病种及审定标准，按照城镇职工基本医疗保险的规定执行，并由市劳动保障行政部门根据少年儿童医疗特点和管理实际适当调整。

门诊大病一个医疗年度单独设立一次起付标准。起付标准以上的医疗费由基本医疗保险基金按照住院标准支付。

尿毒症透析治疗、器官移植抗排异治疗、白血病、恶性肿瘤放化疗患者的门诊医疗费不单独设立起付标准。

第十八条 少年儿童、大学生因意外伤害发生的门急诊医疗费用，超过 100 元以上的部分，由基本医疗保险基金支付 90%，在一个医疗年度内最高支付限额为 2000 元。

第十九条 享受独生子女待遇的少年儿童，其住院医疗、大病门诊医疗、意外伤害门急诊医疗的费用，基本医疗保险基金在上述支付比例的基础上增加 5 个百分点。

第二十条 参保人因意外伤害事故发生的医疗费，无责任人的，由基本医疗保险基金按照相应标准支付；有责任人的，应当先由责任人给予赔偿，赔偿的医疗费达不到基本医疗保险基金支付标准的，由基本医疗保险基金补足差额。

责任人确无赔偿能力或者无法确定责任人的，其医疗费由基本医疗保险基金按照相应标准支付。

第二十一条 参保人因病情需要转院到外地住院治疗的，

须由本市三级以上定点医院或者市级专科医院出具转诊手续，并报社会保险经办机构批准。在外地发生的基本医疗保险范围内的住院医疗费，由基本医疗保险基金按照本办法第十四条、第十六条的规定并降低 5 个百分点支付。

第二十二条 参保人因探亲、休假等原因在异地发生的急诊住院医疗费，可纳入基本医疗保险基金支付范围。具体管理办法按照城镇职工基本医疗保险的相关规定执行。

第二十三条 城镇居民基本医疗保险实行定点医疗机构管理，参保人应当到定点医疗机构就医。定点医疗机构的范围及管理办法，按照城镇职工基本医疗保险的相关规定执行。

（文件来源：青岛市劳动和社会保障局网站
<http://www.qd12333.gov.cn/news/newsview.aspx?id=4160>）

附件 2:

关于《青岛市城镇居民基本医疗保险暂行办法》 的实施意见（节选）

青劳社（2007）64 号

一、关于城镇居民参保范围问题

（一）《暂行办法》所称“中等以下学校”、“托幼机构”是指经教育、劳动、卫生、民政等部门批准设立的所有小学、初中、高中、中专、特殊学校、技校、职校、托儿所、幼儿园。

（二）《暂行办法》所称“驻青高校以及高等职业技术学校”是指经教育、劳动等部门批准设立的驻青各类专科以上高等教育及高等职业技术学校。

（三）各类学校、托幼机构的全日制在校学生（含借读生）、在册儿童不受户籍限制，均可参加本市城镇居民基本医疗保险。其他非在校（托幼机构）未满 18 周岁的少年儿童参加本市城镇居民基本医疗保险，必须具有本市城镇户籍。

（四）各类学校、托幼机构的外国籍全日制在校学生、在册儿童，可自愿参加本市居民基本医疗保险，享受本市居民同等待遇。

（五）《暂行办法》所称“重度残疾人员”，是指具有本市城镇户籍、持有《中华人民共和国残疾人证》并且伤残等级达到 1 级和 2 级的残疾人员。

（六）《暂行办法》所称“城镇非从业人员”，是指具有本市城镇户籍、在法定劳动年龄以内未曾参加过社会保险或参加过社会保险但不享受失业保险待遇以及享受失业保险待遇期满的失业人员。

(七) 崂山、黄岛、城阳三区已经参加新型农村合作医疗的中小学校、托幼机构的非城镇户籍的学生儿童，暂不纳入城镇居民基本医疗保险参保范围；其他符合参加城镇居民基本医疗保险条件已参加新型农村合作医疗的人员，应在本周周期新型农村合作医疗结束后参加城镇居民基本医疗保险。

(八) 《暂行办法》所称“本市城镇户籍”，在城镇居民基本医疗保险没有实现全市统筹前，在市本级统筹范围内暂指七区城镇户籍。

四、关于城镇居民医疗保险待遇管理问题

(一) 住院管理

城镇居民的住院结算管理，原则上参照现行城镇职工基本医疗保险的有关规定执行。特殊情况规定如下：

1、少年儿童的住院病种、药品及诊疗项目目录，在现行城镇职工基本医疗保险相关目录的基础上适当补充，具体另行制定。

2、根据卫生部门相关规定及临床管理实际，确定 14 周岁以下少年儿童的住院定点医疗机构。

3、参保人凭本人居民医保卡和身份证即时办理住院手续。其中，没有身份证的少年儿童，可凭学生证或所在学校（所、园）证明、参保登记时的供养（监护）人身份证、居委会证明等办理。证件材料不全的，应在住院 5 日内补办确认手续。

4、医保经办机构对定点医院城镇居民住院医疗费用的结算，纳入现行城镇职工住院结算管理体系。

(二) 老年居民、重度残疾人员和非从业人员门诊大病管理

老年居民、重度残疾人员和非从业人员的门诊大病病种审定、就诊管理及结算方式等参照现行城镇职工基本医疗保险有关规定执行。特殊情况规定如下：

参保人患尿毒症透析治疗、器官移植术后抗排异治疗、恶性肿

瘤及白血病放化疗等 4 种实行计账管理的门诊大病，可在定点医院范围内自主选择一家作为本人门诊大病定点医疗机构；其他实行报销管理的门诊大病病种患者，凡享受普通门诊医疗费报销待遇的人员，其门诊大病定点原则上应与本人普通门诊定点一致，特殊情况不适宜在社区卫生服务机构定点治疗的，经本人申请，社区卫生服务机构出具证明，医疗保险经办机构审核同意后可选择上一级定点医院。门诊大病定点医疗机构确定后，一个医疗年度内原则上不得变更。

实行报销管理的门诊大病病种，在一个医疗年度内的最高支付限额为 2000 元。

（三）学生儿童门诊大病医疗费管理

门诊大病病种范围：限定白血病、尿毒症透析治疗、恶性肿瘤、器官移植术后抗排异治疗、再生障碍性贫血、血友病、儿童糖尿病、精神病等 8 个病种。

结算管理：前四个病种实行记帐管理，不实行病种限额，在一个医疗年度内门诊大病不需单独支付一次起付标准；后四个病种实行限额报销管理，一个医疗年度内门诊大病需单独支付一次起付标准，在一个医疗年度内的最高支付限额为 2000 元。

（四）意外伤害事故医疗费管理

《暂行办法》中所称“意外伤害事故”，是指排除打架斗殴、酗酒滋事、吸毒、自杀自残等行为，参保人发生的意外伤害事故。意外伤害事故医疗费纳入基本医疗保险支付范围的具体条件、审批程序和医疗费结算管理办法另行制定。

（五）在一个医疗年度内，老年居民、重度残疾人、非从业人员的最高支付限额 10 万元，包括基本医疗保险基金支付的住院、门诊大病等各项医疗费；学生儿童的最高支付限额 12 万元，包括基本医疗保险基金支付的住院、门诊大病、意外伤害门急诊等各项医疗费。

附件 3:

中国海洋大学学生医疗管理办法（试行）

海大财字 [2007] 26 号

第一章 总则

第一条 根据青岛市人民政府令 [2007] 191 号《青岛市城镇居民基本医疗保险暂行办法》、青岛市劳动和社会保障局 [2007] 64 号《关于〈青岛市城镇居民基本医疗保险暂行办法〉的实施意见》的相关规定，结合我校具体情况，特制订本办法（以下简称《办法》）。

第二条 适用对象

1、取得中国海洋大学学籍的在校全日制普通高等学历教育本科生、高职学生以及非在职研究生（以下简称“大学生”）适用本《办法》。

2、新生在取得学籍、经学校采集参保信息并缴费后，方可享受本《办法》所规定的医疗保障。

3、大学生自办理离校手续，并按学籍管理规定注销学籍之日起停止享受大学生医疗保障待遇。

第二章 医疗管理

第三条 管理机构

1、学校成立由分管校领导任组长，由教务处、学生工作处、研究生教育中心、财务处、后勤集团及校医院等部门主要负责人组成的学生医疗管理领导小组，负责研究解决学生医疗管理中的有关问题。学生医疗管理领导小组下设办公室，办公室设在校医院。

2、后勤集团财务科负责学生医疗费报销的结算，每半年同财务处结算一次。

3、校医院落实专人负责日常医疗管理和医疗费报销审核；如遇特殊情况应报请校医疗管理领导小组讨论决定。

第四条 医疗补贴凭证

1、在校医院就诊、转诊及报销医药费时，均须出示本人学生证，否则按自费处理。

2、大学生不得借用他人学生证看病，一旦发现，取消双方当事人医疗保障待遇半年。

第五条 登记和注册

1、各学籍管理部门应于每年新学年开学后三周内，将本专科生、研究生新生中符合医疗保障制度的适用对象的名单按院、系、专业同时交财务处和校医院。

2、学生工作处、高职院、研究生教育中心应于每年 9 月 30 日前，将符合医疗保障制度的适用对象，按照青岛市劳动和社会保障局的规定组织制作学生基本信息表，并交到财务处和校医院。

3、校医院应在青岛市劳动和社会保障局规定的时间内，为本校符合规定的学生集中办理登记手续。

4、学生在集中登记以后，办理入学、转学或退学、复学的，由教务处、研究生教育中心提供相关的书面证明材料，校医院在每月的月初到青岛市有关部门办理补登记手续或者注销登记。

第三章 投保及待遇

第六条 投保

大学生按照每人每年 40 元标准交纳基本医疗保险费，其中青岛市财政补助 20 元，学校从学生医疗经费拨款中支付

20 元。

第七条 待遇

根据国家有关规定，城镇居民基本医疗保险重点解决住院和门诊大病医疗费用支出，不建立个人帐户；对在校学生适当兼顾意外伤害门诊医疗。按《青岛市城镇居民基本医疗保险暂行办法》规定：

大学生患病需住院治疗的，其住院医疗费纳入基本医疗保险基金支付范围。

大学生患大病需门诊治疗的，经社会保险经办机构审定，其门诊医疗费纳入基本医疗保险基金支付范围。

住院医疗费力的起付标准，按照三级医疗机构 500 元，二级及以下医疗机构 300 元标准设立。在一个医疗年度内，第一次住院全额负担，第二次减半负担，第三次及以上住院不再负担。

起付标准以上的医疗费，按照分档累加计算的办法，由基本医疗保险基金按以下标准支付：5000 元以下部分，在三级医疗机构支付 70%；在二级及以下医疗机构支付 75%；5000 元至 10000 元部分，在三级医疗机构支付 80%，在二级及以下医疗机构支付 85%；10000 元以上部分，不分医疗机构级别，统一支付 90%。在一个医疗年度内，基本医疗保险基金最高支付限额为 12 万。

大学生因意外伤害发生的门急诊医疗费用，超过 100 元以上的部分，由基本医疗保险基金支付 90%，在一个医疗年度内最高支付限额为 2000 元。

第四章 住院及门诊大病医疗管理

第八条 大学生医疗保障的用药、诊疗项目和服务设施等的支付范围以及保障资金不予支付的情形，参照青岛市《城镇居民基本医疗保险暂行办法》的有关规定执行。

第九条 就医管理

1、大学生在本市住院和门诊大病实行定点医疗，擅自到其他医疗机构就诊的费用不予报销。

住院和门诊大病治疗，需先到校医院由接诊医生根据病情需要开具转诊单，转至定点医院，学生凭本人的医保卡和身份证到定点医疗机构，联网确认参保身份及交费情况，办理住院手续。学生出院时，只需与医院结清应由个人负担部分的医疗费即可。

因各种原因不能在医院联网结算的，出院时携带住院病历、费用发票、费用明细以及其他相关证件和材料交至校医院，由校医院集中到医疗保险经办机构办理报销。如果住院时需要个人先垫付，学生本人又没有经济能力，可由院系分管负责人到校医院办公室办理借款手续。办理借款时，学生本人需按借款数额的 20% 交纳借款押金。

确因病情需要到非指定医保定点医疗机构住院或门诊大病治疗的，应通过学校学生医疗管理领导小组同意。

2、大学生在本市发生急诊住院治疗的，无需办理转诊手续。

3、大学生在规定假期以及教学计划安排的教育实习、课题研究、社会调查等期间在外地发生的急诊、住院医疗费，可纳入基本医疗保险基金支付范围，具体管理办法按照青岛市城镇职工基本医疗保险的相关规定执行。符合规定的急诊、住院医疗费，由本人现金垫付，在出院或治疗后 6 个月内，由校医院凭出院小结、病史资料、医疗费原始收据及明细帐单等，集中到医保中心申请报销。医保中心审核后将相关费用拨付至我校后勤集团财务科，由后勤集团财务科将收到的费用分别存入学生本人智能卡。

4、大学生因病情需要转院到外地住院治疗的，须由本市三级以上定点医院或者市级专科医院出具转诊手续，由校医院

报社会保险经办机构批准。经批准后在外地发生的基本医疗保险范围内的住院医疗费，先由个人垫付，治疗结束后将住院病历、发票、费用明细清单等交到校医院，集中到市医保中心办理报销，报销比例比在本市治疗降低 5 个百分点。

5、毕业前因病住院的规定。学生毕业前因病住院，学校派遣终止日之后仍未出院发生的住院费用，其费用累计到毕业后按一次住院累计计算，报销按本政策中相关规定办理，但以学校派遣终止日为界，之后不再受理借款。

第五章 门急诊医疗管理

第十条 享受医疗保障的大学生应该首先在校医院各校区门诊部就医，学校每年发给学生门诊医疗费补助 20 元。

第十一条 校医院各校区门诊部就医

1、大学生凭本人学生证及病历在校医院各门诊部实行“一卡通”挂号就诊，无病历或病历丢失，需买病历就诊。

2、在校医院就医，收取 1.00 元挂号费，挂一个号，看一个科，开一张处方，并按市医保中心统一规定，实行对症限量开药。

3、在校医院门急诊就医的药费自费，各种检查费、治疗费按半价收费。

第十二条 校外医院门诊就医

1、经转诊到指定医院就医发生的符合医保范围的医疗费用，凭病历及附有收费清单的急诊收据回校医院办公室办理报销手续。凡患疑难病症在指定医院不能诊治者，必须由指定医院提出转诊建议后，方可转往其他医院，可按指定医院标准报销。对无转诊单或无指定医院开出的转往其他医院转诊单的医疗费，学校不予报销。

2、自购药品及滋补类药品、挂号费、出诊费、救护车费、

中药代煎费、心理咨询费、属病态但不影响身体健康的矫形手术与生理缺陷的治疗（如：美容、镶牙、洁齿、治疗脱发、植发等）、打架斗殴、酗酒、自杀、交通事故等意外伤害及在医保范围之外的其他医疗费用不予报销。

第十三条 急诊范围内的疾病就医

大学生发生急诊范围内的疾病，可直接到就近（本市或外地）的医保定点医疗机构就诊，发生的符合医保范围的医疗费用，凭病历及附有收费清单的急诊收据回校医院，集中到市医保中心办理报销手续。急诊治疗用药限 3 天用量。

第六章 学校医疗补助

第十四条 学校设立学生医疗补助基金，对《办法》确定的适用对象所发生的符合本《办法》规定的住院和门诊大病医疗费用给予适当补助。

1、经学校批准住院的学生，住院费用分别由市医保中心、学校和学生个人三方承担。学生在定点医院住院治疗，基本医疗保险范围内的实际支出与保险赔偿的差额部分，学校承担 80%，学生负担 20%；学生在非定点医院住院治疗，基本医疗保险范围内的实际支出与保险赔偿的差额部分，学校承担 70%，学生负担 30%。

2、学校医疗补助须经学生本人提出书面申请，学生所在院系审核同意后，校医院按规定审查报销。其中学校补贴额超过 1 万元的，须报医疗管理领导小组批准后方可报销。

第十五条 学校不承担学生先天性疾病、胚胎性疾病、生理缺陷与入学前疾病的医疗费用。入学体检时或入学后发现此类情况，在学校录取的前提下，先与学校（由校医院代办）签订医疗“协议书”，明确责权。有特异性体质的学生应告知学校及校医院，按以上规定办理。入学前就患有慢性病，在新生

体检时隐瞒既往史者，原有慢性病的医疗费用原则上不予报销。

第七章 附则

第十六条 我校大学生住院定点医疗机构有：青岛大学医学院附属医院及东院、青岛市立医疗集团、青岛市中心医院、传染病医院、401 医院及东部院区。

第十七条 本办法由学校医疗管理领导小组办公室负责解释，未尽事宜由学校医疗管理领导小组研究决定。

第十八条 本办法于 2007 年 10 月 1 日起施行。

★特别说明

青岛市城镇居民医疗保险自 2010 年 10 月 1 日起实行大学生门诊统筹制度，我校大学生持医保卡到校医院进行普通门诊治疗可享受医保报销待遇。（详见本手册第一章第 7 条）

附件 4:

普通外伤情况说明

个人编号:	姓 名:
性 别:	出生年月:
外伤发生时间:	
外伤发生地点:	
外伤发生原因及经过:	
<p>书写人签名:</p> <p>(书写人与伤者关系:)</p> <p>年 月 日</p>	

附件 5:

青岛市基本医疗保险大学生原籍住院治疗审批表

姓名		性别	男	女	出生年月	
学校名称					休学时间	至
社保编号		身份证号码			申请日期	
原籍地址			现户籍所在地			
原籍定点医院			是否医保定点医院			是 否
病情介绍及原籍治疗理由:						
学校意见						
负责人			(盖章)		年	月
日						
市医保中心意见						
审批人			(盖章)		年	月
日						

注: 1、携带学校休学证明到市医保中心审批。自审批之日起,在审批有效期内原籍核准的定点医院发生的住院医疗费可纳入报销,报销时携带本表。

2、报销时须提供定点医院的住院病历、医嘱、麻醉及手术记录单、相关检验检查报告单复印件、出院记录、明细清单、有效报销单据等。

3、本表一式三份,市医保中心、学校、申请人各一份。