**学生参加市区城镇居民基本医疗保险就医结算指南**

城镇居民医疗保险是政府主办的社会保险，劳动保障部门下属的市、区两级医保中心负责居民医保日常管理工作。这项制度覆盖到了市区各类中小学和高等院校，在去年已实行住院医疗统筹的基础上，今年将在全省率先实施学生门诊医疗统筹政策，9月1日起参保学生门诊可以刷卡就医。（未发放社保卡的可先就医，等社保卡发放后备齐单据到医保中心办理报销业务）

一、医疗保险待遇

1、享受医疗待遇范围

参加城镇居民基本医疗保险后，可按规定享受门诊、住院（包括急诊留院观察、家庭病床，下同）和特殊病种治疗医保待遇。

2、门诊医疗待遇

每次门诊就医发生的医疗费累加计算，累计在100元以下部分由个人自负；累计在100元以上部分，根据就诊的不同医院，由医保基金和个人按比例分担；门诊医疗费年度累计发生超过3000元的，超过部分医保基金不再支付。待遇具体见下表：

|  |
| --- |
| 年度内累计发生的门诊医疗费 |
| 起付线（含）以下 | 起付线以上-3000元（含） | 3000元以上 |
| 年度累计在100元以下部分由个人自负（即100元为起付线） | 社区医院就医个人承担40%，基金承担60%；三级医院就医个人承担70%，基金承担30%；其他医院就医个人承担55%，基金承担45% | 个人承担 |

 已纳入宁波市医疗保险定点医疗机构的高等院校医务室，可以接待本校参保学生的门诊就医，待遇结算标准按社区医院享受。

3、住院医疗待遇

参保人员年度内住院累计发生的医疗费，起付线以下部分由个人自负，起付线以上部分由医保基金和个人按比例分担。住院起付线标准：社区医院300元、三级医院900元、其他医院600元。住院医疗费年度内累计发生超过10万元的，超过部分医保基金不再支付，10万元即为封顶线。住院医疗待遇具体见下表：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  年度内累计医疗费 | 就医医院 | 医保基金支付 | 个人负担 |
| 起付线以下部分 | 按医院级别设定 | 0 | 100% |
| 起付线至1万元（含） | 社区医院 | 75% | 25% |
| 三级及其他医院 | 70% | 30% |
| 1万元至2万元（含） | 社区医院 | 80% | 20% |
| 三级及其他医院 | 75% | 25% |
| 2万元至4万元（含） | 社区医院 | 85% | 15% |
| 三级及其他医院 | 80% | 20% |
| 4万元至10万元（含） | 社区医院 | 90% | 10% |
| 三级及其他医院 | 85% | 15% |

年度内多次住院的，其起付线按所住最高等级医院标准计算一次（即年度内起付线自负不超过900元）。年度内首次住院（不包括转院、转外地就医）所发生的医疗费低于2000元（不包括自费、自付费用）的，该次起付线减半计算。参保人员连续住院超过12个月的，应在满12个月时进行一次医疗费结算，超过12个月以上月份按再次住院处理。

4、特殊病种治疗待遇

特殊病种规定治疗项目的治疗，不分门诊或住院诊疗形式，均享受特殊病种治疗待遇，不设起付线，不与门诊、住院医疗费进行累计，年度内发生的医疗费单独累计计算，累计发生在10万元（含）以下部分，学生个人承担20%，医保基金支付80%，年度内累计医疗费超出10万元以上部分医保基金不再支付，10万元即为封顶线。

特殊病种治疗具体项目有以下6类：（1）恶性肿瘤化疗、放疗；（2）重症尿毒症透析治疗；（3）器官和组织移植后抗排异治疗；（4）精神分裂症、抑郁症（中、重度）、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、偏执性精神病专科治疗；（5）系统性红斑狼疮治疗；（6）再生障碍性贫血治疗。患恶性肿瘤参保人员在化疗或放疗结束后的30日内在门诊就医有关用药、检查和治疗费用，可按特殊病种治疗待遇结算。

5、医保药品和医疗服务项目使用规定

医疗保险用药、医疗服务项目使用执行《浙江省基本医疗保险和工伤保险药品目录》、《浙江省基本医疗保险医疗服务项目目录》，分甲、乙两类药品和项目，部分药品和项目根据疾病种类、疗程限定使用。参保人员使用乙类药品、乙类项目需先由个人自付一定比例（乙类药个人自付比例一般为3%，个别药品另有规定，在社区医院使用的61种药品自付比例为1%），再按医保待遇支付。出院时，需带与本次住院治疗相关药品的，不超过15天量，出院后尚需进行相关治疗及使用相关医用材料的，不应在住院医疗费中预先列支。

6、年度医疗费累计计算办法

居民医保年度为每年9月1日至次年8月31日，期间发生结算的医疗费在本年度内进行累计，因使用乙类药、乙类医疗服务项目及转外就医发生医疗费中先由个人按规定自付的部分，以及基金支付范围之外的自费费用，不计入年度医疗费累计及起付线累计。参保人员享受医疗待遇的标准按办理医疗费结算时所在年度和对应的人员身份确定。

7、不属于医疗保险基金支付范围的医疗费

（1）基本医疗保险药品目录、医疗服务项目目录和支付标准范围以外的医疗费；

（2）未按规定就医发生的医疗费；

（3）因违法犯罪、自残或自杀、斗殴、酗酒、吸毒等行为所发生的医疗费；

（4）因机动车交通事故、医疗事故、大面积食物中毒及有其他赔付责任发生的医疗费；

（5）出国、出境期间所发生的医疗费（在国外及港澳台地区发生的医疗费）；

（6）参保人员被暂停、停止享受医疗保险待遇期间发生的医疗费；

（7）生育医疗费；

（8）按规定不予支付的其他医疗费。

二、就医结算办法

1、门诊、住院及特殊病种治疗

参保人员可随意选择市区140家定点医院进行门诊、住院治疗（高等院校学生还可选择在本校已纳入医保定点的医务室就医），或在特殊病种指定治疗医院进行特殊病种治疗，就医时应主动出示本人《宁波市区城镇居民基本医疗保险证历本》（包括《医保卡》和医保病历，以下简称《医保证历本》），使用《医保卡》划卡结算。急诊住院未及时使用《医保证历本》的，应在24小时内补办。参保人员未按规定就医发生的医疗费，医保基金不予支付。

居民医保参保人员不享受在药店直接购药和外配处方购药的医疗待遇。

2、就医相关核准手续办理

参保人员因病需进行下列治疗的，应事先办理核准手续。未办理相关核准手续的，其发生的医疗费不予支付：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 程序项目 | 医院提出意见 | 办理核准 |
| 特殊病种治疗 | 指定医院副主任及以上职称医师（精神病特病治疗由专科医师）提出诊疗意见，填写《特殊病种治疗审核表》 | 由医院职能部门通过医保接口系统，向医保经办机构代为申报 |
| 设立家庭病床 | 患恶性肿瘤晚期、瘫痪的参保人员因治疗需要可在定点医院申请设立家庭病床；患肺心病、严重肺气肿及下肢骨折恢复期内的参保人员，也可申请在社区卫生服务中心设立家庭病床，由医院家庭病床专职医生填写《家庭病床申请表》。家庭病床核准一次有效期为3个月 |
| 转外地就医 | 指定医院副主任及以上职称医师提出诊疗意见，填写《转院证明》，一般限转往上海、杭州两地指定的医保定点医院，发生的医疗费应由个人先支付15%，再按我市定点医院就医同样待遇结算 |
| 院外检查（治疗） | 住院期间医院无相应设备需到其它定点医院检查、治疗的，由所住医院填写《院外检查（治疗）申请表》。医疗费单独记账，学生、婴幼儿及其他未成年人个人承担20％，老年居民和非从业人员个人承担35%。年度累计医疗费超出10万元的，不再办理院外检查（治疗）核准手续。 |

★外地户籍学生因病需回原籍住院治疗的，代办人应持《宁波市城镇居民基本医疗保险学生异地住院治疗申请表》、本统筹地区内有资格出具《宁波市城镇医疗保险转院证明》的指定医院出具的住院治疗意见、学生本人的《医保证历本》到参保关系所在地医保经办机构办理核准手续。

★外地户籍学生假期内、学生外地实习期内因病需在原籍地、实习地住院治疗的，应在入院后2个工作日内，将住院日期、医院名称、病区床位、疾病诊断报告等材料，通过电话或书面形式报参保关系所在地医保经办机构备案（高等院校、技校学生报市医保中心0574-87319401、83865237，中小学生报参保的各区医保中心），医疗费零星报销时应提供学校证明（说明学生所患疾病及原籍所在地或实习所在地）。

学生因病在原籍地、实习地进行门诊急诊治疗的，申请医疗费零星报销时应提供急诊证明。

因病回原籍及假期内在原籍地住院治疗和急诊治疗的，其医疗费按在本统筹地区相同级别医院就医的待遇结算。

3、医疗费用结算方式

参保人员就医发生的医疗费，属于个人负担的由个人用现金支付；属于医保基金支付的由定点医院按规定记账后与市医保经办机构结算。住院时个人应按规定先预付一定金额，出院结算时多退少补。因医保计算机系统故障造成无法记账结算的，门诊就医医疗费先由个人垫付，再按规定申请零星报销。

办理转外地就医、原籍地住院就医核准手续后，在外地医院就医的医疗费先由个人垫付，再按规定申请零星报销。

4、个人负担费用解释

医疗费结算时个人负担的医疗费包括个人自费、自付、自负及承担4个部分：

（1）个人自费指不属医保支付范围、全额由个人支付的药品及医疗服务项目等费用，不计入年度医疗费累计；

（2）个人自付指属于医保支付范围但应由个人先支付一定比例的费用，如乙类药、乙类医疗服务项目需要个人先自付一定比例，转外地就医需个人先自付15%，不计入年度医疗费累计；

（3）个人自负指门诊和住院起付线内医疗费，由个人支付，计入年度医疗费累计；

（4）个人承担指超过门诊、住院起付线后及在特殊病种治疗时，个人按比例支付的医疗费，计入年度医疗费累计，包括封顶线以上医保基金不予支付的部分。

5、医疗费零星报销

参保人员因转外地就医、急诊就医、异地住院等发生符合规定的医疗费应在医院结算票据出具之日起3个月内，到参保关系所在地医保经办机构申请医疗费报销，逾期的医疗费由个人负担。申请零星报销时，参保人员应提供以下资料：

（1）完整的病历和出院小结、有效的医疗票据(要求印有财政监制章，盖有收费单位收费章，姓名无误)、医疗费明细清单；

（2）参保人员的《医保证历本》；

（3）参保人员身份证(未成年人应由监护人持本人身份证及与未成年人关系证明代为办理。委托他人代办的，同时提供代理人身份证，以下涉及提供身份证的均按此办理)；

（4）参保人员（或代办人）银行卡或存折；

（5）异地住院的另需提供《学生异地住院治疗申请表》；

（6）转外地就医的另需提供《转院介绍信》；

（7）异地急诊就医、原籍地住院就医的另需提供相关证明。

医保经办机构对需要进一步核实的医疗费或申请报销数额在万元以上的大额医疗费，在受理后的15个工作日内完成审核工作。

零星报销的医疗保险待遇标准按办理报销时所在年度和对应的参保人员身份确定。

三、《医保/社保卡证历本》的使用

《医保/社保卡证历本》应妥善保管，不得转借、伪造、涂改、撕页。《医保卡》不能弯曲、扭折、刻划、磨擦，应远离磁场（如电视机、音响、磁性搭扣等）及手机等辐射源，避免与其它磁卡磁面相贴。

1、《医保卡/社保卡》遗失的，参保人员应及时进行电话预挂失或办理书面挂失。电话预挂失的，应提供姓名、身份证号、医疗保险号或卡号，预挂失后即冻结该《医保卡/社保卡》的结算功能；书面挂失的，应凭本人身份证到就近的医保经办机构办理，并办理补卡手续。参保人员在预挂失至办理书面挂失期间找回《医保卡/社保卡》的，应凭本人身份证、《医保/社保证历本》到就近的医保经办机构办理书面撤销挂失手续，撤销后即恢复该《医保卡/社保卡》的结算功能。挂失补办按物价部门核定的收费标准收费。

2、医保病历遗失的，参保人员应携带本人《医保卡/社保卡》或身份证到就近的医保经办机构（社保卡中心）补办。

3、《医保卡/社保卡》不能正常刷卡或损坏的，参保人员应携带《医保证历本》和本人身份证到就近的医保经办机构（市社保卡中心）进行验卡，经验卡确定损坏的办理换卡手续。

4、医保病历用完的，参保人员携带《医保证历本》到就近的医保经办机构、街道社会保障救助站或学工部更换。已办理特殊病种治疗登记手续的参保人员应到医保经办机构更换。旧病历记录应由个人保管1年以上。

5、个人委托他人领取《医保/社保证历本》或更换、补领《医保卡》的，应同时出示代办人身份证。办理未成年人医保卡的还应同时带上监护人身份证。

四、违规处理和举报奖励

1、经调查核实，参保人员有将本人《医保证历本》供他人使用、冒用他人《医保证历本》等行为，及采取欺骗、虚构事实、伪造证明等手段骗取医保待遇的，由医保经办机构全额追回医保基金损失，并入医保基金；由劳动保障行政部门暂停其3至6个月的医保待遇，并按规定进行处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

参保人员符合出院条件拒绝出院或在《医保/社保证历本》遗失后未及时办理挂失手续造成医保基金损失的，由医保经办机构追回医保基金损失，由劳动保障行政部门处500元以上2000元以下的罚款。

2、对于举报骗取医疗保险待遇或骗取医疗保险医保基金支出行为并署实名的单位或个人，根据《医疗保险医疗违法违规行为举报奖励暂行办法》给予适当的奖励。

市和各区医保经办机构地址及电话、居民医保定点医院名单、特殊病种治疗及出具转外地就医证明的指定定点医院名单、可以转往就医的上海、杭州两地指定定点医院名单详见市劳动保障局网站

医保政策咨询电话：12333（工作时间）、87324377（非工作日8：30至16：30）

市劳动保障局网站网址：[http://www.zjnb.lss.gov.cn](http://www.zjnb.lss.gov.cn/)