**附件4：**

参保大学生医疗保障待遇告知

入学后按学制年限一次性参保，交纳医疗保险费（180元\*N年）参加南京市大学生居民医保，参保期间享受以下医疗保障待遇：

（一）门诊

 1、参保学生凭校园《一卡通》在校医院挂号就诊，符合报销范围的医疗费自付30%。

 2、急性病急诊或因校医院条件限制，由校医院转诊到校外挂钩医院就诊的门诊医疗费用（同一种病转诊有效期为一个月），符合学校公费医疗报销范围的报销50％（每年最高报销限额2000元）。未经校医院转诊或在其他非挂钩医院的门急诊医疗费用不予报销。

 3、意外伤害（外伤、骨折等）门诊医疗费（需递交相关的就诊病历资料），符合学校公费医疗报销范围的，在校医院就诊自付30%，校外挂钩医院报销50%，非挂钩医院报销30%，最高报销限额2000元。

 4、生育生产：符合计划生育规定，产前检查按50%报销，最高报销限额为300元；住院分娩前需前往分娩医院办理生育登记，按市医保中心的相关政策执行，凭社保卡直接结算。

 5、患有门诊大病（包括恶性肿瘤、重症尿毒症的血液透析（含腹膜透析）治疗、器官移植手术后抗排异治疗、血友病、再生贫血性障碍、系统性红斑狼疮）和门诊精神病（精神分裂症、分裂情感性障碍、偏执性精神病、双相情感障碍、癫痫性精神病、精神发育迟缓伴发精神障碍、抑郁发作（中、重度）、强迫症）的参保学生，在本市具有病种认定资质的三级定点医疗机构或专科医院提出认定申请，并在该院医保办进行病种认定审核。门诊大病还需在审核后就近至区社保经办机构打印《门诊大病人员专用病历》。就诊时需凭社保卡和《门诊大病证》到定点一所医疗机构就诊，医保范围内的医疗费用，医保基金支付85%。

 (二）住院

 1、参保学生需凭社保卡直接到南京市医保定点医院刷卡办理住院，否则住院费用自理。具体保障标准见下表：

大学生医保住院待遇一览表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医院等级 | 起付标准 | 起付标准以上至统筹基金最高支付限额以下基金支付比例 |
| 一级 | 300元 | 95% |
| 二级 | 500元 | 90% |
| 三级 | 1000元 | 80% |
| 备注 |  1、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。2、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。 |

 2、大学生异地住院治疗，可按医保政策提前办理异地就医备案手续，在备案地区联网医院使用支持异地就医的医保卡结算住院费用。未办理住院异地就医备案的，需提供相应证明材料（如居住地、户籍地、实习地、工作地等）或当地最高等级医院书面转院证明，所发生的住院费用先由个人垫付，出院后将出院记录（小结）、住院收据（发票）、费用汇总清单明细、相关证明等材料交校医保办，由校医保办统一送市医保中心办理审核报销手续。

 3、参保学生发生转学、退学、因病办理休学的或其他终止学籍情形的，所缴纳的当年医疗保险费不予退还。但可继续享受医疗保险待遇直到保障期结束。

附注：

（1）每年保险期限为入学次年1月1日至12月31日。在原籍地已参加医保的新生，入学当年9月1日至12月31日的医疗费用，原则上按原参保地规定享受医保待遇（入学前在原籍医保部门办理异地就医备案）。入学当年发生的门诊大病、 住院等重大疾病医疗费用， 可参照南京市居民医保中大学生保障待遇予以保障。

（2）我校挂钩医院为江苏省人民医院、江苏省中医院、江苏省肿瘤医院、江苏省口腔医院、东部战区总医院（含秦淮医疗区）、南京鼓楼医院、中大医院、南京市胸科医院、南京市脑科医院、南京市第二医院、南京市第一医院、南京市中医院、南京市口腔医院、南京市妇幼保健院、泰康仙林鼓楼医院、中国医学科学院皮肤病医院。

校医保办咨询电话025-83594290 南京市医保中心电话：025-12333