

保险职业学院大学生医疗保险 门诊统筹管理办法

第一章 总则

第一条 为贯彻和落实《长沙市人民政府办公厅关于印发《长沙市城乡居民基本医疗保险实施办法》的通知》（长政办发【2017】23号）、《长沙市人力资源和社会保障局、长沙市财政局关于印发〈长沙市城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹实施细则〉的通知》（长人社发【2018】26号）及学院与长沙市医疗保险管理服务局签订的《长沙市高校大学生医疗保险门诊统筹服务协议》，结合学院实际情况，特制定本办法。

第二条 学院由后勤服务部和财务处共同管理大学生医疗保险。后勤服务部主要职责为：贯彻执行上级文件精神，落实政策，宣传组织动员学生参保，具体组织实施学院大学生的参保经办和医疗管理工作，学生门诊费用的审核与报销，以及学生日常就医的指导工作。财务处主要职责为：医保经费的收缴和统筹管理等。

第二章 门诊医疗首诊单位的确定

第三条 学院医务室经长沙市医保中心审批后，为学院大学生门诊医疗首诊单位，严格按照各部门相关政策规定提供医保及医疗卫生服务，负责实施学院大学生门诊医疗待遇享受。学生在学院医务室之外的其他医疗机构就诊普通门诊（意外门

诊除外），无法享受普通门诊医疗报销待遇。学生有权检举和投诉医务工作人员的违规行为。

第三章 医疗待遇

第四条 参保大学生普通门诊医疗年度为每年的9月1日至次年8月31日。大学生正常缴费的，自入学之日起即可享受普通门诊报销待遇。刚入学时，由于新生的医保缴费数据未导入医保系统，新生在医务室看病需全部自费，待医保系统导入医保系统之后（每年约11月底），退还系统显示的医保统筹报销部分给参保学生。

第五条 参保大学生在学院医务室就诊，一个医疗年度内发生的符合规定的普通门诊医疗费用最高支付限额、报销标准按《长沙市高校大学生医疗保险门诊统筹服务协议》执行。超出最高支付限额的普通门诊医疗费用及规定中不能报销的药品费用，由参保学生个人负担。

第六条 参保大学生在医务室发生的下列门诊医疗费用纳入普通门诊统筹基金支付范围（即可报销）：

（1）一般诊疗费纳入医保基金支付范围的部分（一般诊疗费包括：挂号费、诊查费、注射费、一次性输液器、过滤器、采血管、注射器等医用耗材、药物配置及药事服务费）；

（2）《国家基本药物目录》的药品，湖南省基本医疗保险药品目录的甲、乙类药品；

(3) 《长沙市高校大学生医疗保险门诊统筹服务协议》中规定的诊疗项目，如：吸氧、清创缝合、清创缝合、拆线、耳鼻喉异物取出术等。

第七条 参保大学生在医务室发生的下列门诊医疗费用不纳入普通门诊统筹基金支付范围（即不可报销）：

- (1) 学院医务室以外发生的普通门诊医疗费用；
- (2) 超出普通门诊统筹最高支付限额的门诊医疗费用；
- (3) 享受特殊病种门诊补助期间，因该病种发生的普通门诊医疗费用；
- (4) 已纳入高校大学生基本医疗保险住院统筹基金结算的门诊急诊抢救医疗费用；
- (5) 住院期间发生的普通门诊医疗费用；
- (6) 应当从工伤保险基金中支付的费用；
- (7) 应当由第三人负担的医疗费用（如交通事故、打架斗殴等有第三方责任人赔偿的）
- (8) 应当由公共卫生负担的。

第四章 就医管理

第八条 学生普通门诊就医，须到学院医务室就诊。在学院医务室以外的医疗就诊的，一律不纳入普通门诊统筹报销范围。

第九条 医务室医务人员应严格执行首诊负责制和因病施治的原则，用药品种和数量必须在处方单中详细记录，不得开大处方（口服药种类不超过 4 种，用量慢性病不超过 30 天、

急性病不超过 7 天）、不得开具中药调理处方及预防性用药、滥检查、滥治疗、诱导过度医疗；不得收取一般诊疗费所包含的费用。

第十条 医务人员原则上应使用门诊统筹支付范围内的药品和诊疗项目。确因病情需要，使用基本医疗保险门诊统筹支付范围外药品或诊疗项目时，须征得参保大学生同意，并在处方上签名并留存联系方式确认。

第十一条 就诊程序：学生填门诊日志——医务人员检查、开药、登记处方和门诊日志、打印结算单——学生缴费并在结算单和收费收据上签字——医生交结算单黄联和收费收据红联给学生，交待学生如何用药。

第十二条 门诊日志需登记学生详细信息：就诊时间、姓名、身份证号码、系别班级、联系电话、疾病诊断、治疗方案及用药等。

第十三条 门诊结算单一式三份，学生签字确认后，一份交参保学生（黄联），一份留医务室（白联上粘贴处方），一份交财务（红联）。收费时参保学生只需支付个人自付部分，个人自付部分需开具正规发票或收据。

第十四条 学生就诊记录应清晰、准确、完整。门诊日志、处方、结算单至少保存 2 年。

第十五条 下列情况学院医务室应予以及时建议转诊，转诊需学院医务室签署意见并加盖公章：

1. 如病程在 1 周以上的急、慢性疾病患者，医疗经费金额较大时难以控制的；

- 2、学生病情一时无法确定，需要住院进一步观察、检查 and 治疗的；
3. 涉及到医疗安全和医疗隐患的；
4. 可疑发生传染性流行性疾病的；
5. 自身条件受限需要转往上级医疗机构进一步明确诊断者。

第五章 费用管理

第十六条 学院医务室的收费标准按适当低于国家规定的《城镇职工基本医疗保险药品目录》、《城镇职工基本医疗保险医疗服务项目价格目录》所规定的标准收取费用。医务室要对药品和诊疗服务收费项目进行公示。

第十七条 医务室要对每日所收取的医疗费用建立台帐，填写《门诊日志》，并按月向后勤服务部和财务处报送《大学生门诊医疗费用汇总表》和《明细表》，便于医疗保险部门检查。

第十八条 寒暑假和校外实习期间，所发生的校外普通门诊费用一律不得报销。

第六章 服务管理

第十九条 学院医务室应按照定点医疗机构管理的有关文件要求，因病施治、合理检查、合理用药，为学生提供优质、

廉价的医疗服务，增强服务意识，不断改善服务态度，提高医疗质量，同时，要注重医疗安全，规避医疗风险。

第二十条 后勤服务部负责对学院医务室医疗服务工作的监督和管理，财务处接受学生对医疗保险问题的投诉和反映情况问题的调查和处理。

第七章 附则

第二十一条 本办法从下发之日起执行，以前执行的保院办【2014】3号文《关于印发〈保险职业学院学生医疗保险门诊统筹管理暂行办法〉的通知》同时废止。本办法由后勤服务部负责解释。