

宁波市大学生

医疗费用零星报销讲解

2019.9.12

- ▶ 一、保障对象
 - ▶ 二、待遇年度
 - ▶ 三、申请材料
 - ▶ 四、办理时限
 - ▶ 五、相关知识
 - ▶ 六、注意事项
- 

一、保障对象

- ▶ 参加宁波市城乡居民医疗保险的大学生，按规定可零星报销的医疗费用，先由参保人垫付，在票据出具之日起12个月内至就近的医保经办机构申请。

二、待遇年度

- ▶ 个人账户资金扣减、住院起付标准、最高支付限额、门诊自负额度，按**申请零星报销时所在医保年度**的有关标准及身份相对应的待遇执行。
- ▶ 城乡居民医保年度指自当年1月1日至12月31日
- ▶ 新参保大一学生当年9月1日至12月31日按独立年度进行结算。

三、申请材料

- ▶ 1. 有效医疗收费发票（收据）原件（财政监制章及收费章齐全，姓名正确）；

- ▶ 2.报销**门诊**费用时：当时就诊记载的病历、医疗费用清单；报销**住院**费用时：出院记录或出院小结、住院费用汇总明细清单。

特殊情况需出具：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。

外伤需在窗口填报承诺书。

- ▶ 3. 参保人身份证和银行卡一张或开通金融功能的社会保障卡（委托他人办理的需提交本人和被委托人的身份证）。

四、办理时限

- ▶ 自受理申请之日起10个工作日办结

- ▶ 办理人可以选择《宁波市医疗保险医药费报销结算表》和《宁波市医疗保险医疗费报销扣除费用清单》的领取方式：
- ▶ （1）由办理人提供邮寄信息，医保（社保）经办机构邮寄给办理人；（2）办理人到医保（社保）经办机构服务大厅领取或自助打印。
- ▶ 结算信息也会通过短信的方式发送给办理人预留的手机号。

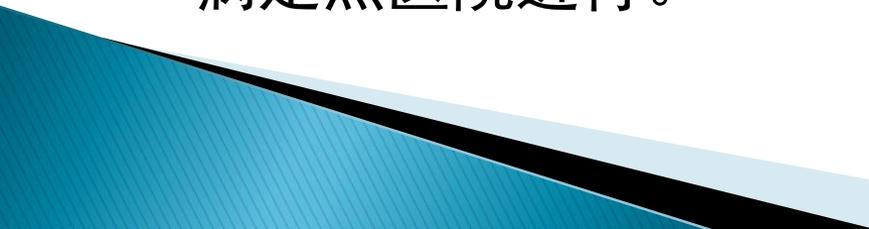
五、相关知识

- ▶ 1. 医疗费主要包括门诊和住院两大类。根据医院级别不同，报销比例也各不相同。

- ▶ 城乡居民基本医疗保险参保人员已办理特殊病种医保核准手续的，下列项目在指定的定点医疗机构进行门诊治疗的，享受特殊病种治疗医保待遇：

- ▶ （1）恶性肿瘤治疗（指门诊就医中发生的化疗、放疗、内分泌特异治疗、细胞免疫治疗、同位素治疗、介入治疗、中医药治疗相关费用，及与恶性肿瘤治疗相关的药品、手术、检查费用）；
- ▶ （2）重症尿毒症透析治疗；
- ▶ （3）器官、组织移植术的符合医保支付范围的术后抗排异治疗；

- ▶ （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、儿童孤独症、双向情感障碍、阿尔兹海默症（中、重度）的专科治疗；
- ▶ （5）系统性红斑狼疮治疗；
- ▶ （6）再生障碍性贫血治疗；
- ▶ （7）血友病治疗；
- ▶ （8）肺结核（包括耐多药肺结核）治疗。

- ▶ 参保人按规定转外地就医进行门诊特殊病种治疗的，就医的医疗机构限当地医保定点三级医疗机构。
 - ▶ 精神病特殊病种治疗可在当地精神病专科医院或三级医院精神病专科进行。
 - ▶ 肺结核（包括耐多药肺结核）特殊病种治疗可在当地结核病定点医院进行。
- 

- ▶ 2. 本地就医常见的报销类型有急诊、社保卡遗失、网络中断、院外检查、城乡居民医保生育补助等。

▶ (1) 急诊范围：

(1)高热（38.5度以上）；(2)急性腹痛、剧烈呕吐、严重腹泻；(3)各种原因的休克；(4)昏迷；(5)癫痫发作；(6)严重喘息、呼吸困难；(7)急性胸痛、急性心力衰竭，严重心力失常；(8)高血压危象，高血压脑病，脑血管意外；(9)各种原因所致急性出血；(10)急性泌尿道出（积）血，尿闭，肾绞痛；

- ▶ (11)各种急性中毒，各种意外（触电、溺水）；(12)脑外伤，骨折，脱位，撕裂伤，灼伤或其他急性外伤；(13)各种有毒动物、昆虫咬伤，急性过敏性疾病；(14)五官及呼吸道路、食道异物、急性眼痛、红肿、突然视力障碍者以及眼外伤。

- ▶ (2) 社保卡遗失的，参保人员应及时向医保经办机构挂失，并在挂失后的5个工作日内办理补办手续，挂失期间（限5个工作日）发生的医疗费可按规定申请零星报销。
- ▶ 新参保大学生，在拿到社保卡之前产生的医疗费用也可按规定申请零星报销。

- ▶ (3) 医保经办机构或定点医疗机构的医疗保险计算机系统因故障或维护需要暂停医保结算服务时，参保人员普通门诊就医时选择医疗费个人现金垫付的和特殊病种治疗的，定点医疗机构在结算票据上加盖网络中断证明章，可按网络中断零星报销。

- ▶ （4）参保人员住院期间因所住定点医疗机构无相应设备需到院外检查、治疗的，或在精神病、肝病、肺结核专科医院住院的参保人员因非专科疾病需到其他定点医疗机构配药的，或在定点医疗机构住院的精神病、肝病、肺结核的参保人员需到相关专科医院配药的，因故未能刷卡结算的，可以按院外检查政策报销。

- ▶ (5) 城乡居民医保参保人员在城乡居民医保待遇享受期内发生的，符合国家计划生育政策的生育医疗费，纳入医保基金支付范围。生育医疗费（含住院分娩医疗费及妊娠期间产前检查费）按定额标准一次性补助，补助标准包含原政策中对农村孕产妇的住院分娩补助等其他各类补助。市区参保人员补助标准为：正常分娩1200元、助产术分娩1500元、剖宫产术分娩2000元。已享受职工配偶生育保险生育补助金的，医保基金不再补助。

- ▶ 3. 外地就医常见类型有急诊、经核准转外地、未经核准转外地、异地居住、回原籍地或实习地就医等。
- ▶ 城乡居民医保人员转外地就医的**普通门诊医疗费**由个人承担。

- ▶ (1) 经备案转往外地医保定点三级医疗机构就医的，基金支付比例下浮10个百分点；转往二级定点医疗机构的，基金支付比例下浮20个百分点；转往当地医保定点其他医疗机构的，基金支付比例下浮30个百分点。未办理备案手续转诊的，在上述基础上再下浮10个百分点。异地就医的医疗机构等级按国家异地就医结算平台上的机构等级执行，未纳入国家结算平台的，按当地人社部门确定的医保结算等级执行。

- ▶ (2) 转外地就医区域范围指当地地级市的区域范围，上海、北京、天津、重庆、海南、西藏为直辖市的区域范围或省域范围。

- ▶ (3) 学生实习期在实习地就医可以零星报销，其中外地实习期包含实习、见习、短学期、社会实践、交换生、学校临时组织活动等。
- ▶ 在原籍地或实习地就医发生的医疗费，不需要提供学校证明等材料。

- ▶ (4) 外地就医申请零星报销的，用药范围可选择使用浙江省或医疗发生地省级医保药品目录，两者选择其一。医疗服务项目按《浙江省基本医疗保险医疗服务项目目录》和《浙江省医疗服务价格手册》执行。

六、注意事项

- ▶ 1. 参保人员异地就医实时刷卡结算的，医疗服务纳入就医地管理，执行就医地医保目录范围和支付规定；住院医疗费起付标准、支付比例和最高支付限额执行参保地政策。
- ▶ 办理异地居住或经核准转外地手续的才可以在当地部分医院实时刷卡。长期异地居住（6个月以上）可按规定办理异地居住。

休学

- ▶ 2. 下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围：
 - （一）应当从工伤保险基金中支付的；
 - （二）应当由第三人负担的；
 - （三）应当由公共卫生负担的；
 - （四）在境外就医的。

医疗费用依法应当由第三人负担，第三人不支付或者无法确定第三人的，由基本医疗保险基金先行支付。基本医疗保险基金先行支付后，有权向第三人追偿。

- ▶ 3. 外地参加基本医疗保险的并已结算的医疗费用，不再重复报销。

报销发票必须为**自费结算**的发票，发票上如注明农保、医保的，这种结算过的发票都不能重复报销。

- ▶ 4. 参加其他商业保险的，除交通事故外，必须先报销基本医疗保险费用，凭结算单及其他要求的材料再至保险公司申请商业保险。

谢 谢