**附件3：**

**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（200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、门诊待遇：参保学生可以持社会保障卡（或医保电子凭证）在医院直接结算。一个自然年度内大学生发生门(急)诊医疗费用，起付标准100 元，在社区医疗机构及校医院就诊的，基金支付比例60%，非社区医疗机构就诊的，基金支付比例40%，年度基金支付限额600元。参保大学生患有高血压或糖尿病的，门诊统筹基金支付限额为1100 元，同时患有“两病”的，门诊统筹基金支付限额为1500 元。

2、门诊高费用补偿待遇：待遇享受期内，享受完门诊统筹待遇后，继续发生的门（急）诊医疗费用，个人自付2000元以上部分，在社区医疗机构就诊的，基金支付50%，在非社区医疗机构就诊的，基金支付30%，年度基金支付限额2800元。

3、生育生产待遇：符合计划生育规定，经过市医保中心登记备案，待遇享受期内发生的产前检查费用，基金支付比例40%，基金支付限额800元；发生的生育住院分娩费用，参照住院支付政策执行，其中在三级医疗机构就诊的，基金支付80%。凭社保卡直接结算。

4、门诊特殊病待遇：患有门诊特殊病(恶性肿瘤、慢性肾衰竭门诊透析治疗、器官移植术后（含造血干细胞）抗排异治疗、再生障碍性贫血、系统性红斑狼疮、血友病、颅内良性肿瘤、骨髓纤维化、运动神经元病、慢性肾功能衰竭非透析治疗、肺结核)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。就诊时凭社保卡（或电子医保凭证）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（或电子医保凭证）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住院（含双向转诊）的起付标准按规定住院起付标准的50%计算，第三次及以上住院（含双向转诊）的，免除住院起付标准。2、同一病种，同一家医院15日内（第二次的入院时间-第一次的出院时间≤15日）二次返院的免收第二次住院的起付标准（如第一次住院未满起付标准，则需补差）。3、因门诊特殊病病种住院的，不设住院起付标准。 |

 2、大学生异地住院治疗，可在“南京医保”公众号或“我的南京”APP上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：

每年保险期限为入学次年1月1日至毕业当年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。

校医保办咨询电话025-83594290 南京市医保中心电话：025-12393

苏州校区研究生新生：在南京校区报到的学生参加南京本地的大学生医保。在苏州校区报到的学生可选择参加南京或苏州的大学生医保，其中苏州的大学生医保办理、费用交纳和医疗保障待遇另行通知。

