

黄山学院文件

校后〔2025〕3号

关于印发《黄山学院学生基本医疗保险普通门诊医疗管理办法 (修订)》的通知

各学院、部门：

《黄山学院学生基本医疗保险普通门诊医疗管理办法
(修订)》已经学校研究通过，现印发实施。

特此通知



2025年11月26日

黄山学院学生基本医疗保险普通门诊医疗 管理办法（修订）

第一章 总 则

第一条 为切实做好我校学生的基本医疗保险工作，根据党中央、国务院关于建立覆盖城乡全体居民的医疗保障体系和开展城镇居民基本医疗保险工作的总体要求及《安徽省高等学校在校大学生参加城镇医疗保险实施意见（试行）》（教办〔2008〕6号）、《黄山市人民政府办公室关于印发黄山市统一城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇实施方案（试行）的通知》（黄政办〔2019〕13）、《安徽省人民政府关于2020年实施33项民生工程的通知》（皖政〔2020〕17号）等文件精神，结合我校实际，特制定本办法。

第二条 本办法适用于我校在册且已参加大学生城镇居民基本医疗保险的学生。本办法仅限学生普通门诊医疗，住院及门诊慢特病医疗由黄山市医疗保险中心统筹管理，并按黄山市医保中心的相关规定执行。

第三条 学生自缴纳参保费用后，享受参保年度基本医疗保险待遇；自办理停保手续后基本医疗保险待遇享受至参保年底。

第四条 学生普通门诊医疗统筹基金由黄山市医疗保险中心按政策下拨学校，由学校财务处统一管理，专款专用于参保学生普通门诊医疗费用报支（含意外伤害）。

第五条 学生普通门诊医疗统筹基金实行校内统筹，按自然年度结算，年度基金结余部分转入下一年度累计使用。参保学生每年个人限报金额以内的未报足部分不予结转，仅当年有效。

第六条 校医院每年应总结学生普通门诊医疗统筹基金运行中存在的问题，根据实际情况及时对《管理办法》作出相应修订，确保统筹基金收支平衡。

第二章 参保管理

第七条

1. 校医院负责医疗费审核报销工作。并协助各院部完成学生参保登记、材料收集、档案保管等工作。

2. 大学生凭身份证办理参保登记和缴费手续（由学校财务处统一收取上缴）。

3. 校医院负责与黄山市医保中心沟通、对接，确保在校生全部参保（含在原籍地参保）。依据市医保中心提供的实际参保人员名册，负责缴费、退费的核对工作。

第三章 医疗管理

第八条 定点医疗制度

参保学生实行普通门诊定点医疗管理制度，即非紧急救治等特殊情况下，参保学生普通门诊原则上在校医院就诊，因病情确需转诊的，仅限转医保定点医疗机构就诊，非医保定点医疗机构就诊及药店购药产生的医疗费用一律自理。

第九条 门诊费用管理制度

1. 参保学生在校医院及校外定点医院就诊产生的医疗费用，由学生个人先行垫付，后按规定报销。

2. 门诊实行限额限量管理

(1) 门诊一次就诊购药量（含门诊留观出院带药），急性疾病一般3-5天量，慢性病一般7-10天，最长不得超过30天。

(2) 每年每位参保学生普通门诊累计限报800元（800元封顶，校内外门诊费用合计）。

第十条 医疗费用审核制度

1. 校医院负责参保学生普通门诊医疗费用报销的审核工作。

2. 凡参保学生普通门诊医疗费用，必须先经校医院审核并签署意见后，方可进行后续报销。

3. 医疗费用审核人员，必须严格依据此管理办法，遵循“三公开”原则，实事求是进行审核。

4. 不符合规定的或不合理的医疗费用（包括手续或材料不全的）不予报销。

第四章 用药、诊疗及检查项目范围

第十一条 参保学生普通门诊就医用药范围、诊疗项目和服务设施的管理，按照黄山市医保中心有关规定执行。对基本医疗保险规定不予支付费用的诊疗项目、生活服务项目和服务设施的费用，以及不符合诊疗规范或超出物价部门核定的收费标准的各种费用，一律不予报销。

第十二条 按有关规定不予报销的费用

1. 基本医疗药品目录、诊疗项目和服务设施标准以外的费用（急救除外）。

2. 健康体检、计划免疫、预防保健（狂犬疫苗除外）卫生服务的费用及自行要求检查等检查治疗费。

3. 各种生理缺陷的矫形、整形、美容、酗酒、吸毒、打架斗殴、自杀自残、自焚、交通肇事等所发生的医疗费用。

4. 挂号费、门诊病历费、特别营养费、特护费、护工费、空调费等。

5. 非“用药报销范围”的药品、异形包装药品。

6. 医疗咨询费、医疗保险费、特殊医疗服务费、气功费。

7. 未办理转诊转院手续，自行外出就医的医疗费用（急救除外）。

8. 未办理参保手续且未缴纳医保费的学生，其就诊发生的医疗费用。

9. 国家政策规定的其他不予报销的费用。

第五章 医疗费用报销

第十三条 报销比例及额度

1. 校内普通门诊就诊，每次发生的合理医疗费用统筹基金支付90%，个人自付10%。

2. 校外普通门诊（除社区卫生服务中心、乡镇卫生院等一级及以下定点基层医疗机构）就诊，发生的合理医疗费用，每年累计不足50元（含50元）费用自理，超过50元部分由统筹基金支付60%，个人自付40%。

3. 意外伤害补偿。因发生无责任人的意外伤害事故所产生的合理门诊医疗费用，按80%比例予以补偿，补偿限额为每生每年2000元，从学生门诊统筹基金中支付。已参加商业意外保险的在校学生，因发生无责任人的意外伤害事故所产生的合理门诊医疗费用，商业保险公司报销后的剩余部分，按80%比例予以补偿，补偿限额为每生每学年2000元。

4. 学生在校期间因实习、实训等特殊原因产生的合理医疗费用，经审核同意并报学校批准后，从统筹基金中支出。

第十四条 报销时间和地点

1. 校内、外普通门诊医疗费用报销时间为所有法定工作日的正常上班时间（寒暑假除外），地点为两校区医院挂号窗口。

2. 普通门诊医疗费用，原则上应在本年内完成报销，跨年报销截止次年第三个月底。

第十五条 报销所需材料

1. 校内就诊时须携带有效一卡通或身份证。
2. 校外普通门诊医疗费用报销时，应提供（包括但不限于）门诊病历、有效医疗专用机打发票（含用药明细）等，提供的所有材料日期必须相符，否则不予报销。
3. 发生无责任人的意外伤害补偿报销时，提供（包括但不限于）门诊病历、有效医保定点医院机打发票（含用药明细）等；已参加商业意外保险的在校学生，发生无责任人的意外伤害补偿报销时，除正常报销材料外，另需提供商业意外保险报销结算单一份。

第六章 其 他

第十六条 参保学生要自觉遵守各项医疗管理规定，若有下列情况发生，除追回违规医疗费外，视情节轻重予以点名通报，直至按有关法规或校纪、校规进行处理。

1. 以己之名为他人检查、治疗疾病及开具药品报销的。
2. 开具与所患疾病治疗无关的药品。
3. 医疗收据弄虚作假或虚开发票。
4. 其他违法违纪行为。

第十七条 参保学生应自觉遵照执行此管理办法的有关规定，严禁弄虚作假，不应要求做与所患疾病无关的检查和治疗，不应要求医务人员做出不符合诊疗规范、有违职业道德的医疗行为，否则，产生的医疗费用一律不予报销。

第十八条 校医院应坚持以人为本，完善服务设施，改善服务态度，不断提高医疗服务质量和水平；校医院医生诊疗疾病时，要自觉在就诊者病历上认真记录诊疗、检查和处理建议等情况，严禁开大处方。

第七章 附 则

第十九条 本办法从2026年1月1日起实施。原学生医疗费用报销规定同时废止。

第二十条 本办法将根据国家、省和市等有关政策变化而进行适时调整。

第二十一条 本办法由后勤服务集团负责解释。