**附件2.**

**校医院关于参保学生报销门诊医疗费的通知**

根据杭州市医保规定，2014年9月1日起参加杭州市大学生医保的我校学生享受普通门诊、住院和规定病种门诊医保待遇。就诊医疗费在杭州市主城区定点医疗机构及省、市“一卡通”定点医疗机构直接结算。以下几种情况需自垫医疗费，并按规定报销。其中，**门诊医疗费**由校医院医保办代报，具体通知如下：

**一、需自垫医疗费的几种情况**：

1、在寒暑假、因病休学、符合高校管理规定的实习期间，在相关居住地、实习地的医保定点医疗机构就医的；

2、临时外出期间在当地医疗机构就医的；

3、经本市三级医疗机构或市、区医保经办机构备案转上海、北京二级及以上定点医疗机构就医的；

4、新生注册报到后未领取市医保《证历本》之前，在定点医疗机构就诊的；

5、杭州市区定点医疗机构因停机、计算机故障等特殊原因造成自垫医疗费的；

6、其他需报销的情况。

**二、校医院医保办代报流程**：

相关学生携带规定的报销资料→交到各校区医院医保办或校医保办→各医保办每月25日把报销材料汇总至玉泉校医院医保办→由玉泉校医院医保办录入市医保结算系统→市医保审核后支付费用到校医院→校医院财务科根据市医保报销费用拨付到账情况打入学生的银行卡。

**三、报销需携带的资料：**

1、填写完整的《参保大学生门诊医疗费用申报单》，附件a.

2、本人身份证、市医保《证历本》、银行卡（入学时学校办理的）原件和复印件；

3、医疗费发票原件、汇总明细清单、就诊时记载的病历本（原件和复印件）等；

4、医保定点医疗机构等级证明、实习证明（院系盖章）、休学证明、已备案的转外就医审批表等相关医疗文书资料；

5、外伤病人需填写《外伤经过说明》（附件c.）。

**四、报销时限：**

每年9月1日至次年8月31日为参保大学生的医保待遇结算年度。因此，学生应在下个结算年度首月即9月30日前，办理上一年度医疗费申请报销手续。

**五、几点说明：**

1、**报销门诊医疗费周期较长**，**要视市医保拨付报销费用到账情况而定，**所以，请参保学生在杭就医尽量直接结算医疗费。已办理杭州市市民卡（即社保卡）的学生，离开杭州后在浙江省内其他地区的省、市一卡通定点医疗机构也可直接刷卡结算。

2、住院和规定病种费用报销按原规定到杭州市、区医保经办机构办理报销（应先到各校区医院医保办或校医保办填写报销申报单）。

3、寒暑假按学校安排，暂停报销。

**六、各校区医院医保办、校医保办地址、联系电话及收取报销材料时间：**

玉泉校医院：门诊楼403室 87952584，每周三上午；

紫金港分院：2号楼305室 88206397，每周二上午；

西溪分院：门诊楼205室 88273552，每周二上午；

华家池分院：门诊楼311室 86971189，按每学期报销安排；

校医保办：紫金港纳米楼一楼学校行政服务办事大厅115室19号窗口。

附件a.浙江大学参保学生门诊医疗费用申报单

 附件b. 外伤经过情况说明

**附件a.**

**浙江大学参保学生门诊医疗费用申报单**

姓名： 身份证号（社会保障号）: 校区：

院系： 学号： 联系电话：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | 医疗机构等级 | 费用发生时间 | 票据张数 | 金额 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |
| 申报理由（此栏由申请报销人员填写,请在相应选项中打√，若选其他，请具体说明原因）：1. □急诊 2. □转外 3. □长住外地 4. □临时外出 5. □生育 6. □寒暑假7. □外地实习 8. □其它\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 备注栏（此栏由工作人员填写，请在相应选项中打√）：1.□外伤已验2.□其它\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

申报人（签名）： 申报时间：

同时携带材料：

1、本人身份证、《证历本》、银行卡（入学时学校办理的）原件和复印件；

2、医疗费发票原件、明细清单、就诊时记载的病历本（原件和复印件）、医保定点医疗机构等级证明、实习证明（院系盖章）、休学证明（院系盖章）、已备案的转外就医审批表等相关医疗文书资料；

3、外伤病人需提供《外伤经过说明》。

**附件b.** 外伤经过情况说明

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号码 |  |
| 参加险种类别 | 职工医保 城乡居民医保 |
| 工作单位 |  |
| 受伤地点、时间 |  |
| 去该地原因 |  | 长期居住地 |  |
| 就诊医疗机构名称 |  |
| 医院诊断 |  |
| 费用类别 | 门诊 住院 | 发票金额 |  |
| 受伤详细经过：**本人承诺以上外伤经过情况属实，无任何第三方赔付，如有隐瞒或违规套取医保基金的情况将负相应的法律责任。** 本人签名： |
| 证明人姓名、身份证号、联系方式、证明单位名称（加盖公章）及出具时间证明人签字：  |

备注：本说明由参保人员填写，证明单位是指110、120以及其他知情的单位。参保人员应如实填写，作证的单位、个人应对参保人的外伤情况如实作证。