

天津大学 2010 年学生医疗保险告知书

为保证学生身体健康，使学生在学期间得到基本医疗保障，同时减轻其家庭经济负担，我校学生医疗费用报销采取的是天津市城乡居民医疗保险（以下称社保）与商业补充医疗保险（以下称商保）相结合（以下称双险）的方式。保险费用基本由学生个人负担，但天津市政府与学校均对符合条件参加医疗保险的学生给予适当的保险费补贴。依据《天津市城乡居民基本医疗保险规定》和中国平安保险公司（即商业保险公司）相关条款等规定，现将学生参加医疗保险和医疗费用报销和管理的具体办法明确如下：

一、参加学生医疗保险的范围

凡符合天津大学新生注册条件，并按照教育部关于《普通高等学校体检标准》（修订）的通知（教司[1999]24号）规定的标准经复检合格的入学新生，取得学籍后，统一参加学生医疗保险。

二、参加学生医疗保险的程序和保险责任

（一）参加学生医疗保险的程序

1、医疗保险费的缴纳标准：学生加入双险应缴医疗保险费为每生每年 195 元，其中，由政府按照学制年限为正式的普通参保学生每生每年补贴 50 元，贫困学生（含重度残疾、享受低保待遇、享受特困救助的特殊困难家庭和享受国家助学贷款的学生）补贴 100 元，学校为所有正式的参保学生按照学制年限每生每年补贴 10 元，所以，普通学生每人每年应缴纳保费为 135 元，贫困生（经学校按规定审核程序批准认定后）每人每年应缴纳保费为 85 元（认定前先按普通生交费，认定后再办退费），均按照学制年限在入学时一次性缴清。

2、医疗保险费的缴纳手续：为了使学生医保工作管理有序和方便学生缴费，所有新生要在入学时按照学制年限一次性缴纳本人应缴的全部医疗保险费，由学校财务处负责代收，学校学生健康医疗保险办公室负责代缴。凡不参加医保的同学，由本人写出书面申请，经家长同意签字后到所在学院登记盖章，在保险生效后，学保办要按登记情况，再统一通知集中办理退款的时间。学校认定为贫困生的学生，由学工部给出名单后，统一办理政府补贴部分款项的退费。但必须说明的是，凡未参加医保的学生，学校不予承担该生的任何医疗费用，即不参加医保的学生在校期间所发生的任何医疗费用将完全由学生个人负担。

3、医疗保险生效日期的确认：新生身体复检合格后，由学校学生健康医疗保险办公室（以下简称学保办）负责核对和上报参加医疗保险的学生名单、身份证号、缴保险费情况等资料，自保险公司审核并下达保单之日起一个月免责期后保险生效，由保险公司按学生所缴医疗保险费的学制年限承担保险责任。

三、保险公司承担的保险责任

（一）疾病门诊医疗保险金、补充疾病门诊医疗保险金和就医程序

1、参保学生在每个保险期内（一个学年度）因疾病需进行门诊治疗，必须在校医院进行刷卡或提供身份证就医，由社保就其在 800—3000 元之间合理且必要的门诊医疗费用，含药费、治疗费、检查费、化验费、特殊检查治疗费、门诊手术费等，按照 30%的比例给予报销（按规定只限在校医院就医）；同时由商保对学生每学年在 0-800 元之间以及 800-3000 元之间扣除社保已经报销金额后的差额部分，按 55%的比例给付补充医疗保险金最高限额为 1000 元。**假期回家的门（急）诊费用全部由参保学生自负。**

2、具体就医程序是：学生患病必须先到校医院刷卡或提供身份证就医，确因病情需要，接诊医师会给学生开具转诊单【转诊单不可后补，且一张转诊单只限就医一次（包括看同一种病）】，学生持转诊单到学保办盖章后，方可到医师转入的指定定点医院（见第五项）就医，学生突发急症可直接到指定的定点医院就医，但必须确属急症病种且限药三天（有急症病历、门诊专用收据上要盖有急诊章），后续治疗均应回校医院进行。如因病情需要进行特殊检查（急症除外）且检查项目费用在 100 元以上的，须经学保办审批同意后方可进行检查，否则保险公司不予赔付。经转诊在校外指定医院就医的只能在商保报销。

（二）住院医疗保险金、补充住院医疗保险金

1、住院医疗保险金：参保学生在每个保险期内（一个学年度内）发生 18 万元以下的住院医疗费，需在定点医院刷卡就医（就医前一定告知医疗机构是医保患者），根据就医医院级别的不同，按不同的比例（即一级医院 65%，无起付线；二级医院 60%，起付线为 300 元；三级医院 55%，起付线为 500 元）由社保给予报销。

参保学生因肾透析治疗、肾移植术后抗排异治疗、癌症的放疗、化疗、镇痛治疗；糖尿病；肺心病；红斑狼疮；偏瘫；精神病；血友病；肝移植术后抗排异治疗；癫痫；再生障碍性贫血；慢性血小板减少性紫癜等十二种门诊特殊病种发生的门诊医疗费用，按照上述住院的报销比例由社保予以报销。

2、补充住院医疗保险金：参保学生在保单生效 30 日后发生的符合社保规定的住院医疗费用在 6.6 万元以下的，经社保报销后的超起付标准自负比例部分及起付线部分，商保根据医院级别的不同按不同的比例（一级医院 80%；二级医院 85%；三级医院 90%）给付补充住院医疗保险金，带病投保的病种不予给付补充住院医疗保险金。

（三）意外伤害保险金

1、意外伤害身故保险金：参保学生在保险期间内因遭受意外伤害事故，并自事故发生之日起 180 日内身故的，由商保一次性给付意外伤害身故保险金 3 万元，对该参保学生的保险责任终止。

2、意外伤害残疾保险金：参保学生在保险期间内因遭受意外伤害事故，并自事故发生之日起 180 日内造成身体残疾，视伤残情况，按照鉴定伤残的等级由商保给予一次性补助，具体标准为：伤残等级为 4 级的，补助 1 万元；伤残等级为 3 级的，补助 1.5 万元；伤残等级为 2 级的，补助 2 万元；伤残等级为 1 级的，补助 2.5 万元，多次伤残的累计赔偿金额之和以该生的意外伤害保险保额 3 万元为限。

同一参保学生的意外伤害身故及意外伤害残疾保险金累计给付以该生的“意外伤害保险金额”为限。

3、意外伤害医疗保险金：参保学生在保险期内因意外伤害事故并在医院进行治疗，就其自事故发生之日起 180 日内支出的合理医疗费用在 3000 元以下的部分，由商保按照 80% 的比例给付意外伤害医疗保险金。因意外伤害住院治疗发生的医疗费用超过 3000 元的部分，由商保按照社保规定的赔付标准先行垫付给予报销，所需资料以社保规定为准。

4、商保对同一意外伤害事故，遵医嘱自施内固定术之日起 1 年内必须进行二次手术而产生的合理医疗费用给付保险金，且累计给付金额以约定保险金额为限。

四、保险公司除外责任

1、对于补充医疗保险金，商保在每一保险年度，对上一年度已经赔付的慢性疾病、未治愈疾病及意外伤害残疾、意外伤害医疗或初次参加医疗保险前已患的先天性疾病、遗传性疾病及其并发症（即带病投保）不承担保险责任。其他按天津市社保标准执行。

2、未告知的既往症；

3、挂号费、咨询费、特护费、陪住费、出诊费、查体费、婚前检查费、气功费、个人防疫费（含注射各类疫苗及为注射疫苗而发生的化验等相关费用）、煎药费、空调费、救护车费、验光费、配镜费、镶牙费，各种美容、矫形手术费、疗养、视力矫正术、非意外事故所致整容手术、一次性材料费等；

4、先天性畸形、变形和染色体异常（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；

5、不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查以及由以上原因引起之并发症；

6、艾滋病或感染艾滋病病毒、性病、精神和行为障碍（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；

- 7、因打架斗殴、酗酒、违法违规驾车肇事、自杀自残、服用、吸食或注射毒品等原因所发生的医疗费用；
- 8、椎间盘突出症（不含社保）；
- 9、出国和在港、澳、台地区探亲、考察、进修、出差期间所发生的医疗费用；
- 10、从事潜水、跳伞、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动；
- 11、投保人故意杀害、伤害被保险人或被保险人故意犯罪或拒捕、故意自伤；
- 12、被保险人因整容或其他手术导致医疗事故和被保险人未遵医嘱而私自服用、涂用、注射药物；
- 13、战争、军事行动、暴乱或武装叛乱及核爆炸、核辐射、核污染；
- 14、不在医疗保险范围内的自费药品和自费项目及在非定点医院就医发生的所有医疗费用；
- 15、不属于城乡居民基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、和医疗服务设施目录支付的医疗费用；
- 16、参保学生如有故意欺诈行为，保险公司将不予承担所有医疗费用并且取消其参保资格，学校和保险公司有权追究参保学生的责任。

五、指定的定点医院

1、综合医院：天津大学医院（首诊医院）、天津市医科大学总医院、天津市第一中心医院（本部）、天津市中医学院一附属医院。

2、专科医院：天津市肿瘤医院（肿瘤）、天津医院（骨科）、天津市环湖医院（脑系科）、天津市胸科医院（心血管）、天津市海河医院、天津市眼科医院（眼科）、天津市第四医院（烧伤科）、天津市传染病医院（传染病）、天津市南开医院、天津市安定医院、天津市中心妇产科医院、天津医科大学口腔医院、天津市结核病控制中心、天津市人民医院、中国医学科学院血液病医院。

3、参保学生发生意外伤害事故，可就近在社保定点的区、县级以上医院门诊就医；因意外伤害事故需住院治疗的，必须经学保办同意并出具证明，方可到指定定点医院住院治疗。

4、在外地发生意外伤害事故需急诊住院救治的参保学生，可在出险当地选择就近医院紧急治疗，但必须在 48 小时内通知商保（电话：95512），否则商保对发生的医疗费用不予赔付；在天津地区因意外伤害事故需紧急救治的参保学生，可在出险当日选择就近医院紧急住院治疗，但自允许转诊的第二日起必须转至指定医院治疗。对于可择期在外地住院或手术治疗的，须事先向商保提出书面申请（交学保办提交或联系 95512），经同意后可到商保认可的医院就诊，否则商保对发生的医疗费用不予赔付。

六、保险赔付

（一）申报医疗费用手续及所需资料

1、参保学生申报疾病门（急）诊医疗费用，首先按规定必须在校医院刷卡或持身份证挂号就医，交医疗费用时，800 元以内先全额自负，800-3000 元部分由社保报销 30%，学生只交个人自负比例部分和自费部分费用；再按规定的报销时间持学生证，校园龙卡，门诊病历，门诊收据（红联），药品处方底联，检查费、化验费的报告和清单，治疗费、手术费的明细清单（每份就医单据均按此顺序排列），在校外就医的还必须有校医院医师开具的转诊单，到校医院四楼医疗保险报销室交报销单据及相关资料，由商保对 0-800 元及 800-3000 元扣除社保报销费用后的差额部分，按 55% 的比例给付医疗保险金。

2、参保学生发生住院费用，须先在社保定点医院刷卡或持身份证就医，交医疗费用时，只交起付线和超过起付线自负部分以及自费部分费用。出院后再备齐以下材料到校医院二楼学保办办理补充住院医疗保险金的申报：本人写一份生病经过（加盖学院办公室盖章）、诊断证明书（加盖诊断证明章）、身份证（正反面）和学生证的复印件、住院病历的复印件（含首页、入院记录、手术记录、病理报告、出院记录）、住院收据红联、社保支字 2 号表（加盖医保章）。

3、参保学生申报意外伤害保险费用需备齐以下材料后到校医院二楼学保办办理：

- (1) 身份证（正反面）和学生证的复印件（A4 纸）。
- (2) 参保学生本人写出发生意外的经过，由所在学院办公室盖章（必须是学院章，A4 纸）。
- (3) 由证明人写出证明发生意外的事实，由学院办公室盖章（A4 纸）。
- (4) 由首诊医院开具的诊断证明书（加盖诊断证明章）。
- (5) 放射、CT、核磁报告单原件（本人需要可留复印件），检查、治疗费用的明细清单。
- (6) 意外伤害每次的就诊病历和所有门诊收据（红、蓝联）及处方。

4、参保学生自发生意外伤害事故之日起半年内不向商保提出理赔要求的，视为自动放弃本次应理赔待遇。

特别说明：意外伤害发生后，须在 48 小时内报商保（95512）或学保办 27406762（以口头、电话、电报、传真、特快专递等均可），说明发生意外的原因、地点、疾病或伤害的程度、所住医院等情况。

(二) 申报的地点：门（急）诊在校医院四楼医疗保险报销室；住院和意外在校医院二楼学保办。

(三) 申报的时间：

- 1、申报商保门（急）诊医疗费用为每周二和周四的下午 2：00—5：30（如有调整另行通知）；
- 2、住院发生的医疗费用在出院后、意外伤害治愈后 180 天内，随时到校医院二楼学保办办理理赔申请。
- 3、每年度寒、暑假的报销时间由学保办根据情况另行通知。

(四) 理赔款给付方式：学校学保办每周向商保公司上缴一次申报资料，由商保公司审核后于 10 日内将赔付款返回学校学保办，再由学保办将赔付款划入每名申报医疗费用学生的校园龙卡中。

七、其他注意事项

1、参保学生寒、暑假期间在校医院或指定定点医院（有转诊单）就医发生的门急诊医疗费用按规定报销；根据学校教学计划安排，学生在寒、暑假期间在外地实习时，因急症发生的医疗费用，需提供学校教务处教学计划安排表后，按规定手续给予报销；学生因病择期回家（外地）实施手术发生住院费用，必须先经商保备案后，方可按规定经社保报核后由商保给予补充报销。

2、参保学生因特殊原因（如退学、休学、被开除）离校，办理离校手续后，保险责任自离校之日起终止。

3、参保学生每学年的保险期为当年的 9 月份至下一年的 8 月底，所以参保学生必须在每学年末（8 月 31 日前）将本学年度发生的医疗费用报销完毕，过期将不能再报销。非毕业生在 8 月底发生的医药费用可顺延一周办理报销，毕业生的医疗费用必须在学校派遣日之前报销完毕。

延期派遣的学生保险期限与正常派遣的学生的保险期限相同，如延期派遣的学生继续投保，必须持学院开具延期派遣证明并在医疗保险到期日前按年补交保险费，方可继续享受医疗保险。

八、本告知书由学生健康医疗保险办公室负责解释，

九、本告知书内容将在天外天求实 BBS 公布，相关内容如有变更，请参保学生随时登录查看变更通知。

联系人：肖婷 联系电话：27406762

联系人：李令祥 联系电话：27409517

学号：

学院：

收据号：

专业：

身份证号：

联系电话：

被保险人签字：

天津大学学生健康医疗
保险办公室

2010 年 9 月 日

2010 年 9 月 日