

南京航空航天大学文件

校医字〔2023〕2号

南京航空航天大学 关于印发《补充医疗保险管理办法（试行）》 的通知

各单位：

根据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）《江苏省医疗保障局 江苏省财政厅 江苏省教育厅关于推进在宁未参保部省属高校属地参加职工基本医疗保险的通知》（苏医保发〔2022〕39号）、《南京市医疗保障局关于推进在宁部省属高校参加南京市职工医保实施方案的通知》（宁医发〔2022〕58号）等上级文件精神，为进一步做好教职工医疗保障工作，提高教职工医疗保障水平，结合我校实际，特制订《南京航空航天大学补充医疗保险管理办法（试行）》。现予

以印发，请遵照执行。2023年1月1日至本办法发布期间的相关事项参照本办法执行。

附件：南京航空航天大学补充医疗保险管理办法（试行）

南京航空航天大学

2023年10月25日

附件

南京航空航天大学补充医疗保险 管理办法（试行）

为贯彻落实《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）《江苏省医疗保障局 江苏省财政厅 江苏省教育厅关于推进在宁未参保部省属高校属地参加职工基本医疗保险的通知》（苏医保发〔2022〕39号）、《南京市医疗保障局关于推进在宁部省属高校参加南京市职工医保实施方案的通知》（宁医发〔2022〕58号）等上级文件精神，进一步做好教职工医疗保障工作，提高教职工医疗保障水平，结合我校实际，制订本办法。

第一条 本办法适用于我校已参保的事业编制、非事业编制人事代理的在职教职工、退休人员以及经学校核定的其他人员（以下统称参保人员）。

第二条 参保人员在医保定点机构（在公立医院、二级及以上民营医院和具有医保定点资质的养老机构）发生的符合基本医疗保险范围内的门诊和住院医疗费用，在完成南京市职工基本医疗保险报销和商业保险报销基础上，个人自付费用可享受学校补充医疗保险报销待遇（以下简称二次报销）。其中办理了门诊特殊病种的，在门诊特殊病种定点零售药店发生的针对性药物治疗药品费用（“凭特药外配专用处方笺”）可享受二次报销。

计算公式：二次报销费用=（ $\Sigma X-A-B$ ）*K

ΣX 为医保范围内费用=总医疗费用-个人自费部分；

A 为门诊起付线，在职职工为 1200 元，退休人员为 1000 元；住院起付线 A 为“0”；

B 为医保统筹基金和商业保险已支付的费用；

K 为报销比例，在职职工为 95%，退休人员为 97.5%。

第三条 二次报销原则上一年一次，时间在次年年初。离校人员和去世人员根据实际情况凭医疗有效票据办理。

第四条 二次报销由学校医保办从南京市医保中心调取参保人医疗费用数据，并核算具体报销金额，核算后由学校财务处转入参保人员个人银行账户。

第五条 个人自投商业医疗保险的，原则上先报自投商业保险、普惠商业保险，再二次报销。

第六条 参保人员如出现将医保卡转借他人或其他违反医保规定的行为，一经查实追回二次报销费用，同时上报南京市医保局追究责任。

第七条 参保人员未成年子女（18 周岁以下）须参加南京市城乡居民基本医疗保险后，在城镇居民基本医疗保险和/或商业保险报销基础上，方可享受我校二次报销，其待遇参照在职参保人员。

二次报销费用按照“男单女双”原则，年份逢单时由男方单位支付，年份逢双时由女方单位支付，丧偶的由一方单位负担。

子女户口在外地的，须购买当地的居民医疗保险，在享受参保地医保相关待遇的基础上，凭医保有效票据回学校按规定办理二次报销。

参保人员为子女成功办理城镇居民基本医疗保险后，须携带医疗保险卡、有效身份及关系证明，到学校医保办办理本年度教职工子女医疗保险核准、登记手续。

第八条 天目湖校区事业编制教职工及其未成年子女享受当地医保相关政策，补充医疗保障制度参照本方案执行。

第九条 以下情况不予二次报销

- 1.未经南京市城镇职工医保（含异地就医）报销的医疗费用。
- 2.参保人员在二级以下民营医院（不含二级）产生的医疗费。
- 3.除办理了门诊特殊病种的门特人员在门诊特殊病种定点零售药店购买的针对性治疗药物费用外，其他在药店发生的费用。
- 4.南京市医疗保险基金不予支付的医疗相关费用，详情见附件。
- 5.出国人员在出国期间以及回国但未办理返岗工作手续期间产生的医药费。

第十条 本办法自发布之日起实施。

第十一条 本办法由校医保办负责解释。

附：医疗保险基金不予支付的医疗相关费用

附

医疗保险基金不予支付的医疗相关费用

一、医疗保险基金不予支付的诊疗项目

1.未纳入《江苏省医疗服务项目价格》和《江苏省特殊医用材料价格管理办法》范围的，或未经省、市医保部门核定收费标准的新增诊疗项目和特殊医用材料费用，未经市医保部门批准许可开展的医疗设备或诊疗项目费用，未经市医保部门准入的或不符合分级、定点管理要求的诊疗项目和特殊医用材料费用。

2.国家、省、市规定的其他不属于基本医疗保险支付范围的诊疗项目、医疗服务设施和特殊医用材料费用。

3.自费治疗项目使用的医用材料。

4.分级管理范围外的诊疗项目。

5.定点诊疗项目在非定点医疗机构使用的。

二、医疗保险基金不予支付的医疗服务设施项目

（一）服务项目

1.挂号费、院外会诊费、病历工本费等；

2.出诊费、检查治疗加急费、点名手术附加费、优质优价费、自请特别护士等特需医疗服务。

（二）医疗服务设施

1.就（转）诊交通费、急救车费。

2.空调费、电视费、电话费、婴儿保温箱费、食品保温箱费、电炉费、电冰箱费及损坏公物赔偿费。

3.陪护费、护工费、洗理费、门诊煎药费。

4.膳食费（含营养费、药膳）。

5.文娱活动费以及其他特需生活服务费用。

6.产妇卫生费、单独炮制膏、丸剂的加工费。

7.其他不可单独收费的一次性医用材料费用（按省医保等部门现行规定执行）。

三、医疗保险基金不予支付的其他医疗费用

1.应当从工伤保险基金中支付的。

2.应当由第三人负担的。

3.应当由公共卫生负担的。

4.在境外就医的。

