

南宁市在校学生参加城乡居民

基本医疗保险宣传资料

(2019年度)

在校学生参加城乡居民基本医疗保险采取个人缴费和政府补助相结合方式，保障参保学生享受普通门诊、门诊特殊慢性病、急诊留观、住院、生育、学生意外伤害等医保待遇。

一、参保范围

南宁区域内各类全日制高等院校、科研院所、中等技术职业学校、技工学校、中小学校、特殊教育学校在校学生和托幼机构在册儿童。

以学校为单位统一组织在校学生参保登记。

二、缴费标准

2019年度，参加城乡居民基本医疗保险的个人，缴费标准为220元/人·年。个人缴费应在规定的缴费期内按年度一次性缴纳。

参保个人不得重复参保和重复享受待遇。

三、参保程序

在校学生以学校、托幼机构为参保单位，由所

在学校、托幼机构在规定时间内统一办理整体参保缴费手续，做好学生的参保登记和参保信息汇总工作。

在校学生需向学校提供本人身份证号码。学校将整理好的学生参保花名册纸质版以及电子版报送至对应的社保经办机构，确认人数、金额无误后，到指定银行统一缴纳基本医疗保险费。

办理地点：驻邕各高等院校、中专技校、市直属学校在校学生，自治区、南宁市属托幼机构在册儿童参加城乡基本医疗保险业务在南宁市社会保险事业局各管理部办理。各县区（开发区）所属学校参加城乡基本医疗保险业务在各县区（开发区）社保经办机构办理。

四、参保缴费时间及待遇享受期

（一）连续参保缴费。城乡居民应当在每年的9月1日至12月31日缴纳新年度基本医疗保险费，享受新年度的基本医疗保险待遇。

2019年度城乡居民基本医疗保险费集中缴费期：2018年9月1日至2018年12月31日。

（二）初次参保缴费。初次参保的人员，在每

年9月1日至12月31日缴纳新年度基本医疗保险费的，享受新年度的基本医疗保险待遇；在当年1月1日至6月30日缴纳当年基本医疗保险费的，从足额缴纳基本医疗保险费后的次月1日起开始享受新发生的基本医疗保险待遇。

（三）中断参保缴费。中断缴费1年以上续保的人员，从足额缴纳当年基本医疗保险费后，从第3个月1日起开始享受新发生的基本医疗保险待遇。

（四）逾期参保缴费。城乡居民逾期缴费的，足额缴纳当年基本医疗保险费后，从次月1日起开始享受新发生的基本医疗保险待遇。

（五）根据《广西壮族自治区人力资源和社会保障厅关于进一步做好广西城乡居民基本医疗保险有关工作的通知》，除新生儿外，城乡居民在每年7月1日至12月31日参保缴费的，应由个人一次性缴纳当年财政补助标准和个人缴费标准的费用。属于初次和逾期参保缴费的，从次月1日起开始享受新发生的基本医疗保险待遇；属于中断参保缴费的，从第3个月1日起开始享受新发生的基本医疗保险待遇（特殊、困难人群除外）。

五、缴费方式

1. 目前，在校学生以学校、托幼机构为参保单位，由所在学校、托幼机构在规定时间内统一办理整体参保缴费手续。南宁市户籍的特殊、困难在校学生不在学校参保，由户籍所在地的行政主管部门办理参保缴费手续。

2. 今后，已办理参保登记的在校学生，可以通过“南宁智慧社保”、“爱南宁”APP，“南宁人社”微信公众号等方式进行自助缴费，可选择“银联”或“南宁市职工医保个人账户共享”的方式进行缴费。

六、医疗保险年度

城乡居民基本医疗保险参保年度为每年1月1日至12月31日（参保年度为自然年度）。

七、困难、特殊人群参保所需个人缴费的部分是如何规定的？

按照属地管理原则，在校学生中的困难、特殊人群（包括低保对象、重度残疾人、低收入家庭未成年人、建档立卡的贫困人口、农村落实计划生育政策的独生子女户和双女结扎户子女等）

参保所需个人缴费的部分，由各级政府按规定给予补助。

八、南宁市城乡居民基本医疗保险包括哪些待遇？

答：南宁市城乡居民基本医疗保险待遇包括：门诊医疗统筹待遇、门诊特殊慢性病医疗待遇、住院医疗待遇（含异地住院就医）、生育医疗待遇及学生意外伤害医疗待遇。同时南宁市城乡居民基本医疗保险与城乡居民大病保险、城乡医疗救助、精准扶贫相衔接，建立了多层次医疗保障。

九、门诊医疗统筹的待遇有哪些？

答：（一）参保人员在定点医疗机构发生符合基本医疗保险支付范围的门诊医疗费用由门诊医疗统筹按下表规定支付。

适用定点医疗机构类别	社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院	村级卫生室
一般诊疗费支付	8.5 元 / 人次	5 元 / 人次
门诊费用报销比例	65%	75%
单次支付限额	单次门诊费用 ≤ 60 元	单次门诊费用 ≤ 30 元
最高支付限额	200 元 / 人 · 年	200 元 / 人 · 年

（注：参加大学生门诊医疗统筹的在校学生门诊医疗统筹待遇适用于校内定点医疗机构，个人自付比例原则上不低于 10%，具体由学校定点医疗机构确定。）

十、门诊医疗统筹筹集标准如何？个人是否需要缴费？

答：门诊医疗统筹按每人每年不高于50元筹集，从当年筹集的基金总额中提取，用于门诊医疗保障，参保个人不缴费。

十一、首次享受门诊医疗统筹待遇前需要办理什么手续，如何办理？有哪些需要注意的事项？

答：（一）选择门诊医疗服务定点并签约

参保人员自主选择一家一级及以下定点医疗机构（包括社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院、一体化管理的村级卫生室）作为门诊医疗服务定点，并在该定点医疗机构办理门诊医疗统筹签约手续。

参保人员不选定医疗机构的，由社会保险经办机构按户籍或学籍所在地代为选择相应的基层定点医疗机构。参保人员在经办机构代为选择的门诊统筹定点就医可以直接享受到门诊统筹待遇，不需再办理系统签约操作。从2018年起，我市代为选择的门诊统筹定点为上一年度参保人员个人对应的门诊统筹定点。

参加大学生门诊医疗统筹的在校学生门诊医疗

服务定点为学校医疗机构，不需再办理门诊统筹签约手续。

(二) 注意事项

在非签约的医疗机构发生的门诊费用不能报销。门诊医疗服务定点一年一定，中途不予变更。

十二、门诊特殊慢性病医疗待遇有哪些？

答：（一）门诊特殊慢性病的起付标准和报销比例

参保人员在定点医疗机构发生符合基本医疗保险支付范围的门诊特殊慢性病医疗费用由统筹基金按下表规定支付。

定点医疗机构级别	基金起付标准	医疗费报销比例	
		特殊病种	其他病种
一级及以下	20 元 / 人 · 月 (从符合基金支付总额中扣除)	85%	85%
二级		75%	70%
市三级		70%	55%
自治区三级		65%	50%

（注：1. 使用基本医疗保险《药品目录》和《医疗服务项目》中的乙、丙类医药的，分别先由个人自付 15%、30%后，再按上表规定支付。2. 特殊病种是指慢性肾功能不全的肾透析、各种恶性肿瘤、器官移植后抗排斥免疫调节剂治疗、重型和中间型地中海贫血、血友病等 5 个病种；其他病种是指除了特殊病种外的门诊特殊慢性病病种。3. 对建档立卡贫困人口参保人员治疗门诊特殊慢性病的，在上表规定的基础上提高报销比例 5%。）

（二）门诊特殊慢性病医疗费基金限额支付

序号	疾病名称	每人每年（元）
1	冠心病	2000
2	高血压病（高危组）	2000
3	糖尿病	2000
4	甲亢	2000
5	慢性肝炎治疗巩固期	2000
6	慢性阻塞性肺疾病	2000
7	银屑病	2000
8	严重精神障碍	3500
9	类风湿性关节炎	2500
10	脑血管疾病后遗症期	2500
11	系统性红斑狼疮	2500
12	帕金森氏综合征	2500
13	慢性充血性心衰	2500
14	肝硬化	2500
15	结核病活动期	2500
16	再生障碍性贫血	12500
17	肾病综合征	3500
18	癫痫	3500
19	脑瘫	4000
20	重症肌无力	3500
21	风湿性心脏病	2500
22	肺心病	2500
23	强直性脊柱炎	2000
24	甲状腺功能减退症	2000

序号	疾病名称	每人每年（元）
25	重型和中间型地中海贫血	30000
26	血友病	30000
27	慢性肾功能不全 / 肾透析	10000/60000
28	各种恶性肿瘤	30000
29	器官等移植后抗排斥免疫调节剂治疗	30000

十三、如何申请门诊特殊慢性病医疗待遇？有哪些需要注意的事项？

答：（一）办理流程

参保人员到本人的门诊医疗服务定点申请办理《门诊特殊慢性病治疗卡》。

1、填表：领取并填写《南宁市基本医疗保险门诊特殊慢性病申报审核表》。

2、提交材料：（1）疾病诊断证明书；（2）近两年病史资料（门诊病历、出入院记录），既往手术记录；（3）按申请的病种类别提供近两年相关疾病有确诊意义的检查报告。

3、领卡：（1）市本级城镇居民（包括在校学生）：相关材料由定点医疗机构定期报送市社保局，经审批通过后，由定点医疗机构打印并发放《门诊特殊

慢性病治疗卡》。（2）市本级农村居民及各县（含武鸣区）城乡居民（包括在校学生）：相关材料由定点医疗机构定期报送所属城区社保中心或所属县社保局，经审批通过后，由定点医疗机构打印并发放《门诊特殊慢性病治疗卡》。

（二）注意事项

1. 门诊特殊慢性病患者原则上选择一家基层定点医疗机构作为门诊医疗服务定点，定点医疗机构一年一定，中途不予变更。门诊特殊慢性病患者需转诊的，由已选定的基层定点医疗机构办理转诊手续。在非本人门诊医疗服务定点或未经转诊的医疗机构发生的门诊特殊慢性病费用不能报销。

2. 患有多个门诊特殊慢性病病种的参保人员，各个病种年度基金限额支付的额度指标分开单独计算；超过额度指标以上的医疗费用基金不予支付。

十四、急诊留观医疗待遇有哪些？

答：（一）参保人员因病在三、二、一级定点医疗机构急诊留观、不转入住院治疗发生符合基本医疗保险支付范围的医疗费用，每次基金起付标准分别为 300 元、200 元、100 元，从符合基金支付

总额中扣除；其余符合规定的医疗费用，报销比例按住院规定执行。

十五、家庭病床建床条件有哪些？如何申请？ 治疗周期有什么规定？支付标准如何？

答：（一）建床条件：家庭病床收治对象是诊断明确、病情稳定、适合在家庭条件下进行检查、治疗和护理的患者。适用于符合住院条件的晚期恶性肿瘤、心脑血管疾病致瘫、骨折或骨关节损伤不能行动、长期卧床不起或 70 岁以上老人患慢性病需要连续治疗的情形。

（二）建床申请：由患者（或其监护人）提出建床申请，定点医疗机构根据建床条件和患者情况确定予以建床的，填写建床申请表，指定责任医生、护士后，报社保经办机构备案同意。

（三）治疗周期：一次建床周期不超过 90 天，确需继续建床的，需重新办理登记手续，但每一结算年度累计不超过 180 天。一个参保年度内，原则上最多建床 3 次。

（四）支付标准：参保人员在三、二、一级及以下定点医疗机构建立的家庭病床，每次基金起付

标准分别为 300 元、200 元、100 元，从符合基金支付总额中扣除。家庭病床医疗费用实行限额结算，每人每天基金支付控制在 60 元以内，费用在限额指标以内的据实结算，超过部分不予支付。

十六、住院医疗待遇有哪些？

答：参保人员在定点医疗机构发生符合基本医疗保险支付范围的住院医疗费用由统筹基金按下表规定支付。

医疗机构 级别	基金起付标准		报销 比例	床位费基金 支付标准
	年内第一次 住院	年内第二次 及以上住院		
一级及以下	100	100	90%	20 元 / 床 · 日
二级	300	200	75%	
三级	600	300	60%	
自治区三级	600	300	55%	

（注：1. 床位费低于标准的按实际发生数支付，高于标准的部分由个人支付；2. 使用基本医疗保险《药品目录》和《医疗服务项目》中的乙、丙类医药的，分别先由个人自付 15%、30% 后，再按上表规定支付。3. 建档立卡贫困人口参保人员住院治疗的，取消住院基金起付标准，在上表规定的基础上提高报销比例 5%。）

十七、住院治疗期限有哪些规定？

答：病人长期住院治疗的，每 90 天计为 1 次

住院，不足 90 天的按 1 次住院次数计算。参保人员在急诊留观治疗后直接住院治疗的，其住院时间从入住留观室之日起计算。

十八、在南宁市定点医疗机构就医如何办理医疗费用结算？

（一）持卡结算

已领取社保卡或医保卡的参保人员持本人社保卡或医保卡在定点医疗机构直接结算医疗费用。

（二）无卡结算

（1）凭有效身份证件结算

未办理社保卡或医保卡的参保学生，持本人身份证或户口簿在南宁市定点医疗机构直接结算医疗费用。

（2）凭人脸识别方式结算

未制卡的农村居民或市本级城乡居民申请社保卡等待制卡期间，持本人身份证或户口簿在南宁市定点医疗机构通过人脸识别技术进行系统认证后直接结算医疗费用；如人脸识别不成功的，凭身份证或户口簿到定点医疗机构医保科进行系统操作认证后结算。

（三）医疗费用零星报销

学生意外伤害门诊费用、参保人员无身份证号码等特殊情况无法按上述方式结算医疗费用的，持相关材料到所属地社保经办机构办理医疗费用零星报销。

十九、异地住院就医报销比例如何？

答：参保人员在异地住院发生符合基本医疗保险支付范围的医疗费用由统筹基金在上表规定基础上按下列情形降低比例支付。

异地住院就医情形		报销比例	
		统筹地区外 自治区内	自治区外
转统筹区外 住院	经社保经办机构同意	降 5%	降 10%
	未经同意	降 15%	降 20%
长期异地居 住人员就医	经社保经办机构办理备案	不降比例	不降比例
	未经备案	降 15%	降 20%
短期外出人 员急病住院	入院治疗 5 个工作日内向 社保经办机构办理备案	不降比例	不降比例
	逾期或未备案	降 15%	降 20%

二十、如何办理异地就医备案申报条件？

答：（一）异地安置退休：退休后在异地定居并且户籍转入定居地；

（二）异地居住：异地居住时间在3个月以上；

（三）异地工作：常驻异地工作、学习等，时间在3个月以上；

（四）异地急诊：异地居住、探亲、旅游等时间不超过3个月，因急诊住院；

（五）异地转院：限于技术等原因难以确诊和治疗，需转往统筹地区外就医。

（离休人员备案参照此流程备案）

二十一、如何办理异地就医备案申报材料？

（一）《南宁市异地就医备案登记表》，原件1份；

此表可到社保经办机构申领或南宁市人社局官方网站（www.nn12333.gov.cn）下载。

（二）按不同情形提供相应材料：

1. 异地安置退休：本人户籍证明或居民身份证，原件或网上申报材料；

2. 异地居住：异地居住证明（如本人或亲属的异地户籍证明、居住证、房产证明、租房合同等），原件或网上申报材料；

3. 异地工作：单位（学校）外派工作（学习）

证明或村（居）委会出具的外出务工证明，原件或网上申报材料；

4. 异地急诊：在入院治疗 5 个工作日内提供急诊住院材料（如入院记录、住院证、门诊病历等），原件或网上申报材料；

5. 异地转院：由南宁市三级定点医疗机构出具《南宁市基本医疗保险转诊转院备案表》，并由转出医院直接办理（不需提交《南宁市异地就医备案登记表》）；

（三）委托他人办理的， 还需提供代办人身份证，验原件；

（四）参保单位集中办理 5 人以上（不含 5 人）异地居住（工作）备案的，提供《南宁市异地就医备案登记表（单位）》（加盖单位公章），原件和电子文档各 1 份；

（五）已办理异地备案人员变更就医地门诊特殊慢性病定点医疗机构的，不需另提供申请材料。

二十二、如何异地就医备案办结时限？

（一）个人办理的（除异地急诊备案外），即时办结；

（二）异地急诊备案或单位集中办理的，5个工作日。

二十三、办理了异地备案的参保人员可以在全国哪些医院进行住院费用直接结算？

各地的全国联网异地定点医疗机构名单随时更新，具体以人社部公布为准。参保人员可以通过登陆 <http://si.12333.gov.cn> 查询已经开通的统筹区、全国联网异地定点医疗机构、参保人员本人备案情况等。

二十四、异地就医其他注意事项

（一）区内异地就医医疗费用直接结算，执行参保地政策和参保地目录，直接结算待遇与本统筹区待遇基本相同。

（二）跨省异地就医直接结算的住院医疗费，原则上执行就医地规定的支付范围及有关规定（基本医保药品、服务设施和诊疗项目范围）。医保基金起付标准、支付比例、最高支付限额等执行参保地政策。因各地医保目录差异，直接结算与回参保地报销可能存在待遇差，属于正常现象。

（三）异地医疗费用已在就医地直接结算的，

视同同意按异地就医直接结算相关规定享受基本医疗保险待遇；选择垫付费用由经办机构办理审核结算的，视同同意按参保地政策享受基本医疗保险待遇。一经结算的费用不予退费再另行选择其他结算方式。

（四）参保人员异地居住异地居住\工作期已满，已返回参保地居住\工作的，应到备案社保经办机构办理取消异地就医备案手续。

二十五、医疗待遇审批及医疗费用零星报销去哪里办理？

答：根据参保人员所属区及人员类别，医疗待遇审批（包括门诊特殊慢性病医疗待遇审批、转统筹区外住院审批、长期异地居住人员就医备案、短期外出人员急病住院备案等）及医疗费用零星报销按下表方式办理。

所属区	人员类别	办理事项及办理地址	
		医疗待遇审批	医疗费用零星报销
市本级	城镇居民（包括在校学生）	市社保局医疗保险待遇科	市社保局青秀管理部、兴宁管理部、西乡塘管理部、良庆管理部、东盟管理部
	农村居民	所属城区社保中心	
各县（含武鸣区）	城乡居民（包括在校学生）	所属县（含武鸣区）社保局	

二十六、医疗费用零星报销所需材料有哪些？

答：参保人员报销需提供以下材料：

1. 门诊病历，验原件；2. 门诊（住院）收费收据（发票），原件 1 份；3. 门诊（住院）费用清单，原件 1 份；4. 居民身份证，验原件；5. 特殊原因未能直接在南宁市定点医院结算的，提供定点医疗机构出具的未直接结算情况说明，原件 1 份；6. 属于异地医疗费并于 2014 年以前办理异地就医备案未进行系统录入的，需提供《南宁市异地就医备案登记表》，验原件；7. 本人社会保障卡（或银行卡），验原件；如无法提供参保人员本人银行账户的，可提供参保人员直系亲属的银行卡及双方亲属关系证明材料，验原件。提供银行卡的，须注明该账户开户名、开户行名称及联系电话。

根据医疗费用类别还需提供以下材料：

1. 住院前急诊留观费用报销：疾病证明书原件。
2. 门诊特殊慢性病费用报销：《门诊特殊慢性病治疗卡》，验原件。

3. 学生意外伤害门诊费用报销：（1）疾病证明书，验原件；（2）学校出具的意外受伤情况说明

明（内容包括意外伤害发生的时间、地点、经过、就诊时间及医院），原件 1 份。

4. 住院费用报销：（1）疾病证明书，原件 1 份；（2）出院记录（出院小结），原件 1 份；（3）属于转统筹地区外就诊的，提供《南宁市基本医疗保险转诊转院备案表》，验原件。

5. 居民生育医疗费用报销：（1）疾病证明书（分娩证明），原件 1 份；（2）出院记录（出院小结），原件 1 份；（3）新生儿出生医学证明，验原件；（4）《计划生育服务手册》或《再生育证》，验原件。

二十七、南宁市城乡居民基本医疗保险年度基金最高支付限额是多少？

答：参保人员在参保年度内，基金最高支付限额为每年 1 月 1 日前统计部门最新公布的上年度广西城镇居民人均可支配收入的 6 倍。年度基金最高支付限额按自然年度一年一定，年中不予调整。2018 年度基金最高支付限额为 169944 元。

二十八、有关生育及产科并发症医疗待遇有哪些？

答：参保人员符合国家、自治区计划生育政策

规定，在统筹地区门诊发生相关生育的医疗费按门诊医疗统筹规定支付；在住院发生生育、产科并发症等的医疗费按住院有关规定及比例报销。

二十九、学生意外伤害医疗待遇有哪些？

答：在校学生在本校校园内或学校组织的活动中以及上下学途中发生意外伤害事故的，年度内发生符合规定的门诊医疗费 5000 元以下（含 5000 元），由基金支付 80%；需住院治疗的，按住院规定比例支付。

三十、南宁市城乡居民基本医疗保险基金支付范围包括哪些？

答：（一）符合《广西壮族自治区基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》（以下简称《药品目录》）的范围。

（二）符合《广西壮族自治区基本医疗保险和工伤保险医疗服务项目》（以下简称《医疗服务项目》）的范围。

（三）符合国家、自治区规定由基本医疗保险支付的范围。

三十一、南宁市城乡居民基本医疗保险基金不

予支付范围包括哪些？

答：（一）超出《药品目录》、《医疗服务项目》规定范围的医疗费用。

（二）《广西壮族自治区劳动和社会保障厅、财政厅、卫生厅、物价局、药品监督管理局关于印发〈广西壮族自治区城镇职工基本医疗保险诊疗项目管理办法〉、〈广西壮族自治区城镇职工基本医疗保险医疗服务设施范围和支付标准管理办法〉的通知》（桂劳社字〔2001〕24号）、《关于印发广西壮族自治区基本医疗保险和工伤保险医疗服务项目的通知》（桂劳社发〔2005〕155号）等规定基本医疗保险基金不予支付的项目。

（三）应当从工伤保险基金和生育保险基金中支付的医疗费用。

（四）应当由第三人负担的医疗费用。

（五）应当由公共卫生负担的医疗费用。

（六）在境外就医的医疗费用，包括港澳台就医的医疗费用。

（七）法律、法规规定基本医疗保险不予支付的医疗费用。

市社保局地址：南宁市青秀区东悦巷 6 号（区工商局宿舍旁边）

网址：<http://www.nn12333.gov.cn>

社保咨询热线：12333

市本级社会保险经办机构咨询热线：

城乡居民社会保险科：5850195、5854059

医疗保险待遇科：5846935、5851821

社保定点管理科：5873081

异地就医结算科：5841383

市本级医疗费用报销部门：

①市社保局青秀管理部：民族大道 45 号金融大厦 A 座 2 楼（国贸大厦旁），电话：2811663；

②市社保局兴宁管理部：民主路 14-8 号工商银行 2 楼（展览馆附近），电话：5610560。

③市社保局良庆管理部：南宁市玉洞大道 33 号市民中心 2 楼，电话：4724819

④市社保局西乡塘管理部：科园东五路南宁市政务服务中心 2 楼，电话：3169352。

⑤市社保局东盟管理部：东盟经济开发区武华大道 35 号人才市场 3 楼，电话：6396026。

各县（区）社会保险经办机构咨询热线

武鸣区：6229673、6238307

横 县：7219990、7200486

宾阳县：8228009、8234869、8234616

上林县：5215375、5258915

马山县：6819007、6821160、6803799

隆安县：6525407、6525192、6522627

兴宁区：3290563

青秀区：5566318、5566100

江南区：4810757、4950162

西乡塘区：2236308

良庆区：4511693

邕宁区：4711736