

广东外语外贸大学文件

广外校〔2019〕37号

关于印发《广东外语外贸大学公费医疗 管理规定》的通知

学校各单位：

《广东外语外贸大学公费医疗管理规定》已经校长办公会审议通过，现印发给你们，请遵照执行。

特此通知



广东外语外贸大学公费医疗管理规定

第一章 总 则

第一条 根据国家卫生健康委员会、财政部《公费医疗管理办法》，广东省卫生健康委员会、财政厅《省直单位公费医疗管理办法实施细则》（粤卫〔1990〕第187号）、《关于家属统筹医疗管理改革有关规定的通知》（粤卫公医〔1986〕第07号）、卫生部《处方管理办法》（卫生部令第53号）、《关于进一步完善省直公费医疗管理有关问题的通知》（粤人社函〔2012〕5号）、《关于省直公费医疗有关诊查费报销问题的通知》（粤人社函〔2018〕282号，以及国家和广东省其他有关公费医疗的规定，结合学校实际，特制定本规定。

第二条 公费医疗制度是学校为保障教职工、离退休人员身体健康而实行的保障制度。

第三条 公费医疗管理坚持积极防病、保障基本医疗、杜绝浪费的原则。

第四条 享受公费医疗待遇的人员，有权享受学校公费医疗待遇，同时有义务维护、遵守公费医疗管理规定。

第五条 学校公费医疗管理小组和学校门诊部（以下简称：校门诊部）严格按照国家、广东省的相关规定和本规定，对公费医疗费用报销进行审批。

第六条 报销公费医疗费用的“收费收据”，必须是医院使用的、财税部门统一监制的票据，包括“门诊收费收据”和“住

院收费收据”。

第二章 享受公费医疗待遇的范围

第七条 下列人员可享受学校公费医疗：

（一）学校事业编制教职工（以下称“教职工”，不含在编合同制人员）；

（二）学校离退休人员（不含在编合同制退休人员）。

第八条 下列人员可享受学校公费医疗部分补贴性报销：

（一）学校员额制编制人员；

（二）在编合同制人员；

（三）教职工家属（需办理统筹医疗）；

（四）经人事处核准的借调、聘用人员。

第三章 管理机构及职责

第九条 学校成立公费医疗管理小组，履行下列职责：

（一）贯彻执行国家及广东省有关公费医疗相关规定；

（二）讨论决定执行本规定的有关重大事项；

（三）解释本规定。

第十条 校门诊部履行下列职责：

（一）审批在广州市外就诊的医疗费报销申请；

（二）审批住院申请；

（三）审核门诊、住院医药费报销资料及票据；

（四）研究本规定执行过程中遇到的具体重要、复杂问题，并视情况提交学校公费医疗管理小组审议。

第四章 转诊和市外就诊

第十一条 学校享受公费医疗待遇的人员，一般应当在校门诊部就诊。

第十二条 因病情需要转到定点医院就诊或复诊者，必须经校门诊部主诊医生同意，并签署转诊意见（可记录在病历上），紧急情况可先向门诊部医生电话报告。

第十三条 需要由定点医院转到市内外非定点医院就诊者，凭定点医院科主任同意并出具转院证明，向校门诊部书面申请并获得同意后方可转诊。

第十四条 家住校外的享受公费医疗待遇人员，因患急性病，可到就近医院急诊治疗，报销医疗费时需有急诊手续证明和病历，并经校门诊部审批后方可报销。

第十五条 符合下列情况，在广州市外就诊者，提供当地县级以上医院就诊的病历、医药费单据和相关的证明材料，向校门诊部申请并获得批准的，可以报销医疗费：

- （一）因公在市外出差的教职工，在出差期间患病；
- （二）享受公费医疗待遇的人员寒暑假外出期间患急性病；
- （三）因在广州无亲人照顾需回丈夫居住地或夫妻双方任何一方父母居住地的分娩者；
- （四）经学校公费医疗管理小组同意到广州市外医院治疗者。

第五章 校外定点医院

第十六条 学校公费医疗实行定点医院医疗费用报销制度。下列医院为校外定点医院：

1. 广东省人民医院（东川路）
2. 广东省中医院（大德路总院、二沙岛分院、大学城医院）
3. 广东省妇幼保健院（限女性、儿童，广园西路、兴南大道）
4. 广州市第一人民医院（人民北路）
5. 广州市传染病医院（东风东路）
6. 广州市胸科医院（结核医院）（麓景路）
7. 广州市惠爱医院（明心路）
8. 广州市妇婴医院（限女性、儿童，人民中路）
9. 广州市儿童医院（限14岁以下，人民中路）
10. 广州医科大学附属第一医院（沿江路）
11. 广州医科大学附属第二医院（昌岗东路、亚运南路）
12. 广州医科大学附属第三医院（多宝路）
13. 广州中医药大学第一附属医院（机场路）
14. 华侨医院（黄埔大道西）
15. 南部战区总医院（流花路）
16. 南方医院（广州大道北）
17. 中山大学附属第一医院（中山二路）
18. 中山大学附属第二医院（长堤路）
19. 中山大学附属第三医院（天河路）
20. 中山大学附属肿瘤医院（东风东路）
21. 中山大学附属口腔医院（东风中路）
22. 中山大学眼科中心（先烈路、金穗路）
23. 正骨医院（东风中路）

24. 大学城内各大学医疗机构

第十七条 享受公费医疗待遇的人员,应当按照以下任一方式确定其定点医院:

(一) 可以选择第十六条所列医院作为其校外定点医院;

(二) 可以在广州市范围内申请选定两家公立的二级及以上医院(包括第十六条中所列的医院)和一家社区卫生服务中心(简称“两大一小”)作为其校外定点医院;

(三) 离休、退休人员定居在国内其他城市一年以上者,由本人提交书面报告,经学校公费医疗管理小组同意后,可以自愿放弃学校规定的定点医院,在定居地选定两家公立医院作为其定点医院。

第六章 医疗费报销

第十八条 根据学校财力情况,享受公费医疗待遇人员报销医疗费的范围如下:

(一) 属于《广东省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》(2019年版)及诊疗项目范围,医疗服务设施范围(简称“医保范围”)以及符合广东省公费医疗报销有关文件规定的范围;

(二) 经申请并由校门诊部审批同意住院的住院费;

(三) 外出就诊发生的门诊当次单项收费300元以上,总金额800元以上的医疗费,须另行申请并由校门诊部审批同意;

(四) 老红军、离休干部、二等乙级以上革命伤残军人,在医保范围以内的费用免自负的部分(不属公费医疗报销范围的费

用除外)。

第十九条 门诊医疗费报销按照以下规定执行：

(一)门诊医疗费报销，必须带齐校门诊部病历、外诊病历、明细清单及票据，经校门诊部负责人审核后，方可报销。

(二)在校门诊部就诊，退休人员自负 5%，教职工自负 10%。经同意在校外定点医院就诊的，退休人员自负 8%，教职工自负 15%。离休人员的门诊费用全额报销。

(三)在校外定点医院就诊，享受公费医疗离休、退休、教职工的门诊诊查费限额分别为：30 元/诊次、20 元/诊次、20 元/诊次，报销比例分别为 100%、90%、80%。实际门诊诊查费不超过限额标准的，按实际结算；超过限额标准的，由个人自负。同一天同一定点医疗机构诊查费不超过 2 个诊次。

(四)统筹医疗人员门诊诊查费限额 20 元/诊次，诊查费报销比例为 50%。实际门诊诊查费不超过限额标准的，按实际结算；超过限额标准的，由个人自负。

第二十条 住院费的报销按照以下规定执行：

(一)住院医疗费报销，必须带齐校门诊部病历、外诊病历、住院结算总清单及票据，经门诊部负责人审核后，方可报销。

(二)享受公费医疗待遇的人员住院床位费报销上限：厅级干部（或正高职称）108 元/天；处级干部（或副高职称）60 元/天；科级及一般干部（或中级及以下职称专业技术人员）、职工 45 元/天；统筹医疗人员 30 元/天。

(三)享受公费医疗待遇的离休人员在各级别住院床位费报

销上限的基础上，可以报销住院空调费 12 元/天。

（四）经同意在校外定点医院住院的，教职工自负 10%，退休人员自负 5%，离休人员免自负。

（五）在非定点医院就诊的医疗费按照以下规定执行：

1. 未经同意在校外非定点医院就诊，费用自理。经同意在校外非定点医院就医或急诊的教职工和退休人员，门诊、住院均自负 40%；离休人员自负 20%。

2. 在合资医院就诊，原则上不予报销。因急诊治疗，超出国内正常收费标准部分的费用自负；其余按非定点医院有关规定执行。

第二十一条 特殊检查、治疗项目按照以下规定执行：

（一）特殊检查是指一些单项费用超过 200 元的检查项目，如电子胃镜和肠镜、24 小时动态心电图、骨扫描、CT、MRI、ECT 等检查；特殊检查项目，教职工和退休人员按 75%比例报销；离休人员 100%报销。

（二）特殊治疗是指单项费用超过 300 元的治疗项目。

（三）特殊检查、治疗及广东省公费医疗规定需审批的其他项目，必须由副主任医师及以上签名转诊。未经批准，费用自理。

（四）特殊治疗及相关材料报销标准：

1. 因病情需要安装各种人造器官和体内置放材料（如：人工关节、人工喉、人工股骨头、人工心脏瓣膜、血管支架等），经治疗单位出具证明和学校公费医疗管理部门审批，使用国产材料，教职工和退休人员按 90%比例报销，离休人员按 100%报销；使用

非国产材料，教职工和退休人员个人自付 40% 后，按 90% 比例报销；离休人员 100% 报销。其中，血管支架按不超过 3 万元/个、人工晶体按不超过 3000 元/个、心脏起搏器按不超过 5 万元/套的限额，在限额内（低于限额标准的按照实际价格）不分国产材料、进口材料统一按 90% 比例报销；超出限额部分自负。

2. 冠脉造影术、冠脉支架植入术、冠脉搭桥术、冠脉成形术、心脏射频消融术、心导管球囊扩张术、引流术、心脏激光打孔、抗肿瘤细胞免疫疗法和快中子治疗、体外碎石术、介入检查治疗手术费用教职工和退休人员按 90% 比例报销，离休人员 100% 报销。未列入公医报销范围的特殊检查、治疗、材料等项目一律自费。

（五）新项目。新开展的特殊检查、治疗项目，按上述大型医用仪器检查的程序办理审批手续，报销 50%。手续不齐或未经同意，一律不予报销。

第二十二条 进口药品、一次性材料原则上不予报销。

第二十三条 口腔治疗医疗费按照以下规定执行：

（一）光固补牙或纳米树脂补牙的牙体缺损粘接修复术等治疗项目，教职工按 85% 比例报销，退休人员按 92% 比例报销，离休人员按 100% 比例报销；纳米树脂修复加收、自酸蚀加收、使用特殊仪器加收等由个人自负。

（二）牙周病治疗中，龈下刮治（手工）可报销，龈下刮治（超声）自负。

（三）根管治疗中，根管预备、根管充填术可报销，使用特殊仪器加收、进口充糊剂加收、进口麻药等费用自负。

第二十四条 计划生育医疗费按照以下规定执行：

（一）全产程的产前检查费用合计不超过 3200 元；不在公费医疗报销范围，或者超过限额的部分，费用自负；在公医报销范围内的按正常比例报销。

（二）流产：人流，按 85% 报销；药流，按 50% 报销。

（三）计划生育：住院医疗费按 90% 报销。新生儿出生后 5 个月内，按规定办理好统筹医疗证，住院费可以追溯报销；否则，费用自负。

第二十五条 寒暑假外出期间发生的医疗费：教职工和离退休人员报销比例，按照非定点医院报销的有关规定执行。

第二十六条 特殊情况发生的医疗费按照以下规定执行：

（一）特殊病种（即国家规定的甲类传染病，如鼠疫、霍乱等）、工伤、恶性肿瘤、法定职业病的医疗费用项目，属于“医保范围”内的，凭医院证明及发票实报实销；不属于“医保范围”内的，如确属治疗需要的药品，学校按 80% 给予补贴性报销。

（二）尿毒症透析：教职工门诊报销 85%，退休人员门诊部报销 92%，包括普通国产材料费。

（三）对“系统性红斑狼疮、类风湿性脊柱炎”等疑难杂症，使用不属于“医保范围”的药品品种，如确属治疗需要，学校给予 50% 补贴性报销。

（四）门诊理疗限额：每次理疗费限额 300 元；不在公费医疗报销范围，或者总金额超出 300 元以上，费用自负。

（五）激光治疗：二氧化碳、氮、氦-氖激光照射等不予报

销。

（六）离休人员使用不属于“医保范围”内的治疗药品，报经学校门诊部批准的，报销 100%。

（七）特殊时期，因流行性传染病、突发性公共卫生事件等因素，造成大范围急、危、重伤病员抢救或采取强制隔离、治疗措施，其医疗费按 100% 报销。

（八）离、退休人员入住属政府民政部门开设的养老院，其医疗费报销按定点医院报销比例执行；入住属非政府民政部门开设的养老院，其医疗费报销，慢性病用药按定点医院比例报销，其余按非定点医院报销比例执行。

（九）入住疗养院和康复医院或康复科应经原治疗单位、接收治疗单位和校门诊部负责人同意，入住时间一般不得超过 3 个月，并按非定点医院比例报销。

第二十七条 公费医疗报销的医疗费发票需在当年结清，跨年度原则上不再给予报销。当年 12 月底的医疗费票据，可延长到下年度 3 月 31 日前结清。

第七章 自费范围

第二十八条 以下项目属于公费医疗人员自费，不予报销：

（一）票据中特需服务、医事服务费、自费药品、进口材料费、膳食费、“其他”等项目；

（二）各种不属于公费医疗报销的自费药品、规定报销范围外的中成药、非药政部门批准生产的药品，批准文号是“饮”“试”“临”“健”字的药品，以及异型包装药品；

(三) 病历工本费、出诊费、伙食费、特别营养费、住院陪护费、陪人床费、特护费、围产期访视费、婴儿费、保温箱费、产妇卫生费、押瓶费、中药煎药费(包括药引子费)、取暖费、空调费(离休人员除外)、风扇费、电话费、电炉费,以及脸盆、口盅、毛巾、水杯等生活用品费;病房内的电视费、电冰箱费等;

(四) 咨询费、中风预测费、健康预测费、医疗保险费(指医疗期间加收的保险费)、优质优价费(指医院开设的特诊和优质优价床位费)、气功费、体操费(功能性训练费)、药物蒸气室治疗费、人体信息诊断仪检查费、非手术非抢救用血费(包括血液制品,如白蛋白)、上门检查和治疗所增收部分的医疗费;

(五) 自行参加的各种体检的费用,注射预防服药、接种费;男性不育、女性不孕的检查和治疗费;

(六) 各种整容、矫形、健美的手术、治疗处置、药品等费用,以及使用矫形、健美器具的一切费用。如脱痣、老人斑、色素沉着、双眼皮、按摩美容、配眼镜(包括验眼)、镶牙、种植牙、装配假眼、假发、假耳、假鼻、假肢费等;治疗腋臭、脱发、白发的费用;皮钢背甲、腰围、胃托、护膝带、拐杖、助听器等费用;

(七) 就医路费、急救车费、会诊费及会诊交通费;

(八) 各种磁疗用品费;

(九) 由于打架、斗殴、酗酒、交通肇事及其他违纪行为、医疗事故等造成伤残所发生的一切费用,以及交通事故、意外事故等明确由他人负责的费用;

(十) 医学研究或教学需要进行的检查、治疗费用;

(十一) 出国或赴香港、澳门、台湾地区探亲、考察、进修、讲学期间在境外发生的医药费用;

(十二) 自购的药品(含进口药品)、自找医疗单位、自请医师诊治(包括到个人诊所就医)、自行去疗养、康复、休养的一切费用;

(十三) 由于性乱和卖淫、嫖娼行为而染上性病,如梅毒、淋病、尖锐湿疣、生殖器疱疹、软下疳、性病性淋巴肉芽肿等的医药费用;

(十四) 与当次疾病无关的药费、检查费、检验费;

(十五) 同一疾病重复检查费;

(十六) 医院自定项目的收费,或新开展的检查、治疗项目的费用,未经物价、卫生主管部门批准的,一律不能报销。

第八章 学校员额制编制人员医疗

第二十九条 学校员额制编制人员必须参加“职工医保”。在享受“职工医保”的基础上,对属于“医保范围”内的费用,学校公费医疗给予补贴性报销,参照本章规定执行。

第三十条 定点医院的选择,根据“职工医保”的有关规定,参保人普通门诊就医须在广州市定点医疗机构中选择一家基层医疗机构(简称“小点”)作为其普通门诊就医的定点医疗机构;选定“小点”后,可以在广州市定点医疗机构中再选择一家其他医疗机构(简称“大点”)作为其普通门诊就医的定点医疗机构。参保人在广州市医保指定的专科医院进行相应专科门诊就医,不

受选点限制。在定点医院就医方可享受相应的职工医保待遇。

学校门诊部属于“小点”定点医疗机构范围。学校员额制编制人员在校门诊部就诊，选定了校门诊部作为“职工医保”的定点医疗机构，方可按广州市职工医保享受待遇；未选定的，在校门诊部需按全额交费就诊。

第三十一条 个人医疗账户的资金归个人使用。

第三十二条 学校员额制编制人员在享受“职工医保”的基础上，“职工医保”所发生的医药费用的自负部分中属于“医保范围”内的费用，参照学校公费医疗管理的有关规定报销职工医保待遇与公费医疗待遇差额。学校公费医疗对诊查费不给予补贴性报销。

第三十三条 超过“职工医保”最高支付限额部分、属于“医保范围”内的费用，按非定点医院比例给予补贴性报销；患恶性肿瘤、艾滋病、非典及尿毒症等特殊疾病人员进行相应特殊疾病治疗发生的超过“职工医保”最高支付限额部分，且属于“医保范围”内的费用，仍按学校公费医疗规定的比例报销。

第三十四条 产检及生产医疗费用报销：一个产程结束后统一一次性审核补充报销，须在第一次产检起的16个月内办理报销手续。

第三十五条 学校员额制编制人员子女按本规定享受“统筹医疗”待遇。

第三十六条 学校员额制编制人员补贴性医药费报销在当年的10月、12月集中进行报销。

第三十七条 医药费报销所需资料

(一) 门诊：医保卡（或社保卡）、学校病历（须有校门诊部医生同意外诊的签字）、就诊医院的病历、门诊费用明细清单、发票（收据）；

(二) 住院：医保卡（或社保卡）、学校病历、就诊医院的门诊病历、住院结算总清单、发票（收据）。

第九章 在编合同制人员医疗

第三十八条 在编合同制人员必须参加“职工医保”，在享受“职工医保”的基础上，对属于“医保范围”内的费用，学校公费医疗给予补贴性报销，参照本章规定执行。

第三十九条 定点医院的选择，根据“职工医保”的有关规定，参保人须在广州市定点医疗机构中选择“一大一小”作为其普通门诊就医的定点医疗机构。

学校门诊部属于“小点”定点医疗机构范围。

第四十条 个人医疗账户的资金归个人使用。

第四十一条 在编合同制人员在享受“职工医保”的基础上，“职工医保”所发生的医药费用的自负部分中属于“医保范围”内的费用，参照学校公费医疗管理的有关规定报销职工医保待遇与公费医疗待遇差额。学校公费医疗对诊查费不给予补贴性报销。

第四十二条 超过“职工医保”最高支付限额部分、属于“医保范围”内的费用，按非定点医院比例给予补贴性报销；患恶性肿瘤、艾滋病、非典及尿毒症等特殊疾病人员进行相应特殊疾病治疗发生的超过“职工医保”最高支付限额部分，且属于“医保

范围”内的费用，仍按学校公费医疗规定的比例报销。

第四十三条 产检及生产医疗费用报销：一个产程结束后统一一次性审核补充报销，须在第一次产检起的16个月内办理报销手续。

第四十四条 在编合同制人员子女按本规定享受“统筹医疗”待遇。

第四十五条 在编合同制人员补贴性医药费报销在当年的10月、12月集中进行报销。

第四十六条 医药费报销所需资料

(一) 门诊：医保卡（或社保卡）、学校病历（须有校门诊部医生同意外诊的签字）、就诊医院的病历、门诊费用明细清单、发票（收据）；

(二) 住院：医保卡（或社保卡）、学校病历、就诊医院的门诊病历、住院结算总清单、发票（收据）。

第十章 统筹医疗

第四十七条 学校对持有广州市居民户口的教职工家属实行统筹医疗制度。

第四十八条 持有广州市居民户口的教职工家属，已经办理了广州市城乡居民医疗保险，并符合下列条件的可以参加学校统筹医疗作为社会医疗保险的补充：

(一) 户口所在地为广州市，没有工作单位的或因疾病或年龄因素（男性六十周岁以上，女性五十周岁以上）丧失劳动力的教职工的配偶和有以上相关情况的教职工的遗属；

(二) 户口跟随本校教职工的未满十八周岁的子女;

(三) 一直在我校办理统筹医疗的教职工子女, 虽年满十八周岁, 但因患有瘫痪、精神病、脑膜炎后遗症等疾病丧失劳动能力者;

(四) 教职工本人属独生子女, 其年满 70 岁以上, 户口跟随本校教职工, 又无单位及固定收入的父母;

(五) 配偶为现役军人的教职工的子女 (未满十八周岁)。

违反计划生育条例的教职工, 其家属不得参加统筹医疗。

第四十九条 统筹医疗的相关特殊情况按以下规定处理:

(一) 配偶在外单位工作的单职工, 其计划生育政策范围内的子女参加统筹医疗, 父母双方各负担一半, 即每两年一次 (配偶在外省工作, 而子女户口随学校教职工的除外);

(二) 教职工配偶失业无收入 (提供近期失业证明) 或在农村的, 原则上允许其子女保留统筹医疗待遇。

第五十条 学校统筹医疗按照以下规定办理:

(一) 参加学校统筹医疗的教职工家属交费标准为 20 元/人·月;

(二) 教职工年满 70 岁以上、符合统筹医疗规定的父母参加统筹医疗, 交费标准为 30 元/人·月;

(三) 参加统筹医疗的人员的定点医院门诊医疗费报销 50%, 住院医疗费报销 60%;

(四) 参加统筹医疗人员的非定点医院门诊、住院医疗费均报销 30%;

(五)“居民医保”已支付的部分不重复报销;

(六)体检费及自费药品、进口药品一律不予报销。

第五十一条 学校统筹医疗按照以下规定进行管理:

(一)参加统筹医疗的教职工家属患病,应在校门诊部诊治。如需到校外就医应经校门诊部医生同意并到指定的定点医院诊治;未经校门诊部批准,擅自在市内其它医院及市外医院诊治的(急诊除外,须提供急诊证明),费用自负。

(二)在校门诊部就诊挂号时,必须出示统筹医疗证,无证就诊按自费处理。

(三)不得转借或使用他人的统筹医疗证,否则一经发现,没收医疗证,取消当年的统筹医疗待遇。

(四)报销时必须带齐校门诊部病历、统筹医疗证、外诊病历及明细清单;统筹医疗不办理追溯报销(新生儿除外)。

(五)统筹医疗申请、审核时间为每年的一月初,中途不予补办;享受统筹医疗的待遇为当年1月1日至12月31日。第一次办理统筹医疗证人员应带齐:户口簿、出生证、教职工工作证、配偶失业者的失业证、小一寸相片、已参加医保的证明;再次办理统筹医疗证人员应带齐:原来的统筹医疗证、户口簿、教职工工作证、配偶失业者的失业证、已参加医保的证明,到校门诊部办理手续。

(六)新调入本市,居民户口符合统筹医疗规定的教职工家属,应凭户口簿到校门诊部办理统筹医疗的手续;新生婴儿在出生后5个月内,凭户口簿、出生证、教职工工作证、小一寸相片、

已参加医保的证明，办理统筹医疗手续。

(七) 丢失统筹医疗证者，补办应缴 3 元工本费。

第十一章 其他人员医疗

第五十二条 经人事处核准的借调、聘用人员在校内门诊部就诊，享受与学校事业编制教职工同等医疗待遇，在校外就诊一律自费。

第五十三条 非事业编制人员，实行社会医疗保险。

第十二章 附则

第五十四条 享受公费医疗待遇的人员，病历封面须贴小一寸照片并加盖校门诊部印章方有效。

第五十五条 报销医疗费时，须出示校门诊部和就诊医院的病历，或住院结算总清单，以供审批。

学校病历只限本人使用，必须妥善保管，如有遗失，需本人写出书面报告，经所在部门审查核实并加具意见后申请补发（交补证费 3 元）。

病历遗失期间就诊的医药费自理。

第五十六条 不得转借或使用他人的学校病历，否则一经发现，没收病历，并取消当年的公费医疗资格。

医疗费报销由校门诊部负责，财务处协助。

第五十七条 诊察费（挂号、诊查费）：在校门诊部就诊（不分专科）每人每科次 1.00 元，急诊 2.00 元。外来人员挂号费按广州市有关规定执行（现行标准为 7.00 元/次）。

第五十八条 校内出诊费：不分地段，白天 20 元/次，晚上

(18:30-7:00) 40 元/次。

第五十九条 医生处方：一般门诊，用药量不超过 3 天；一般慢性病每次门诊用药量不超过 7 天；需长期连续服药的慢性病，每次门诊用药量不超过 15 天；特殊情况经门诊部负责人审批，用药量可延长至不超过 30 天。

第六十条 本规定自颁布之日起实施，《广东外语外贸大学公费医疗管理规定》(广外大校〔2008〕35 号)同时废止；国家、省、市如实施新的公费医疗、医疗保险等医疗政策，则按新政策执行。

第六十一条 本规定由学校公费医疗管理小组负责解释。