

关于印发《上海市城镇职工基本医疗保险办法实施细则》的通知

沪医保〔2000〕46号

各有关单位：

现将《上海市城镇职工基本医疗保险办法实施细则》印发给你们，请认真遵照执行。

上海市医疗保险局

二〇〇〇年十一月十五日

为了保证本市医疗保险制度的实施，根据《上海市城镇职工基本医疗保险办法》（以下简称《医疗保险办法》），制定本细则。

一、适用范围

（一）《医疗保险办法》所称的用人单位，包括国家和本市规定的中央及外省市在沪单位。

（二）《医疗保险办法》所称的职工包括：

1. 在职职工、按国家和本市规定办理退休、退职手续的人员；
2. 受长期抚恤的在乡二等乙级以上革命伤残军人；荣军院的革命伤残军人；退休后由民政部门发放退休金的人员；在军队工作但是没有军籍的退休人员；军队退休回沪安置人员。
3. 用人单位中的职工不包括征地养老人员、精简回乡人员、外籍人员及港、澳、台人员等。

二、医疗保险的登记

（一）用人单位办理医疗保险登记、变更或者注销登记手续的具体办法，由市医疗保险局根据《医疗保险办法》及医疗保险业务管理的要求，会同市社会保险事业基金结算管理中心予以规定。

（二）用人单位应当向办理基本养老保险手续的区、县社会保险经办机构办理医疗保险的登记、变更、注销手续。在办理医疗保险登记手续时，参加医疗保险的结算户应当与其参加基本养老保险的结算户一致。

（三）区、县社会保险经办机构应当将用人单位进行登记、变更、注销手续的情况，每月告知市医疗保险事务管理中心（以下简称市医保中心）。

（四）《医疗保险办法》实施以前已经参加本市城镇企业职工住院医疗保险、门诊急诊部分项目医疗保险以及退休人员门诊急诊医疗保险和享受公费医疗的用人单位，《医疗保险办法》实施时无需重新办理登记手续，其医疗保险关系自动确立。

三、医疗保险费的缴纳和医疗保险待遇的享受

（一）用人单位应当在每月规定的期限内，到区、县社会保险经办机构缴纳基本医疗保险费和地方附加医疗保险费（以下简称医疗保险费），缴费基数和缴费年度与基本养老保险一致。

（二）从按规定缴纳了医疗保险费的次月起，职工在领取医疗保险凭证后，可享受由基本医疗保险统筹基金（以下简称统筹基金）和地方附加医疗保险基金（以下简称附加基金）支付医疗费等《医疗保险办法》规定的医疗保险待遇（以下统称医疗保险待遇），以及使用个人医疗帐户资金。

（三）应当缴纳医疗保险费的用人单位和职工，未缴费或者未足额缴费的，自次月起职工停止享受医疗保险待遇。用人单位和职工在足额补缴医疗保险费的次月，职工恢复医疗保险待遇，停止待遇期间所发生的医疗费用，由用人单位负担。

四、医疗保险缴费年限的计算

《医疗保险办法》所称的医疗保险缴费年限，包括医疗保险实际缴费年限和视作缴费年限，计算方法如下：

- （一）实际缴费年限为自《医疗保险办法》实施后职工实际缴纳医疗保险费的年限。

（二）视作缴费年限为 1992 年年底以前的连续工龄以及 1993 年 1 月到《医疗保险办法》实施前个人缴纳基本养老保险费的年限。

五、职工医疗保险凭证

（一）职工的医疗保险凭证，由用人单位所在地的区县医疗保险办公室（以下简称区县医保办）通过用人单位向职工发放；无用人单位的退休人员，可由区县医保办直接发放。

（二）职工应当持医疗保险凭证到定点医疗机构就医或者到定点零售药店配药。职工未出示医疗保险凭证所发生的医疗费用，定点医疗机构或者定点零售药店不予划扣或者记帐，基本医疗保险基金和附加基金也不予结算。

（三）职工医疗保险凭证损坏的，应持本人有效身份证明、损坏的医疗保险凭证，到区县医保办办理换证手续。

（四）职工医疗保险凭证损坏、遗失的，应当凭本人有效身份证明，向市医保中心或者邻近的区县医保办办理书面报损、报失手续，也可先进行电话报失，并在 48 小时内再办理书面报失手续。市医保中心在职工报失后 1 小时内，即停止该医疗保险凭证此后的使用。电话报失后未在规定时间内办理书面报失手续的，由市医保中心恢复原医疗保险凭证的使用。

六、职工就医

（一）职工需门诊大病医疗的，应当先凭市医疗保险局规定的定点医疗机构开具的有关医疗证明，到医疗机构所在地的区县医保办办理登记手续。每次登记的有效期为 6 个月，超过 6 个月后需要继续医疗或在 6 个月内需要变更医疗机构的，应当到原办理登记手续的区县医保办重新办理登记或者变更登记手续。

（二）居住地或就业地在外省市的职工，经区县医保办确认后，应当到当地医疗保险定点医疗机构就医；当地未实施医疗保险的，可以到当地卫生行政部门批准成立的乡卫生院以上的医疗机构就医。本市职工在外省市发生急诊的，依照上述规定执行。

（三）职工因工伤、职业病到定点医疗机构就医的，应当出示有关证明。

七、医疗保险年度

（一）本市实行医疗保险年度（以下简称医保年度），医保年度为每年的 1 月 1 日至 12 月 31 日。个人医疗帐户的资金计入数额、统筹基金的起付标准和最高支付限额（以下简称起付标准和最高支付限额）、附加基金的支付以及由附加基金支付前个人自负费用段标准（以下简称门急诊自负段标准）等，均按一个医保年度计算。

（二）在同一医保年度中，职工新参加或者恢复参加医疗保险的，其起付标准、最高支付限额以及门急诊自负段标准不变。

（三）在同一医保年度中，职工住院或者急诊观察室留院观察时由在职转为退休的，在实际结算时按退休人员的起付标准执行。

（四）职工住院或者急诊观察室留院观察跨医保年度的，按实际结算时医保年度的起付标准和最高支付限额执行。

（五）在同一医保年度中，职工由在职转为退休的，其门急诊医疗费用中的自负额，在职时按在职职工的自负段标准执行，退休时按退休人员的自负段标准执行。职工在退休前自负的门急诊医疗费用未达到退休人员门急诊自负段标准的，应继续自负到退休人员门急诊自负段标准。

八、医疗费用的零星报销

（一）职工在外省市医疗机构就医，以及在本市因院前急救或者医疗保险凭证报损、报失期间急诊的医疗费用先由职工个人支付，事后可凭有关资料向邻近的区县医保办申请报销符合基本医疗保险规定的医疗费用。

（二）医疗费用零星报销时，个人医疗帐户资金的扣减、起付标准和最高支付限额以及门急诊自负段标准，按照职工申请零星报销时医保年度的有关标准执行。

（三）职工按规定在外省市就医所发生的医疗费用的零星报销，应当按本市基本医疗保险诊疗项目、医疗服务设施和用药范围以及支付标准的规定执行。职工能够提供当地医疗保险有关规定的，可以参照执行当地的有关规定，但申请零星报销时不得同时依照两个地区的规定。

（四）职工应当在就医医疗机构开具收据之日起的3个月内，提出零星报销医疗费用的申请。

九、其他

（一）本市老红军、离休干部、二等乙级以上革命伤残军人，不建立个人医疗帐户，不实行个人自负医疗费，不设起付标准和最高支付限额，其发生的医疗费用单独结算、单独管理。

（二）《医疗保险办法》规定的个人医疗帐户资金计入标准、起付标准和最高支付限额以及门急诊自负段标准，由市医疗保险局在每一医保年度开始前按照有关规定确定并公布。

（三）本市城镇职工基本医疗保险管理中所需的名册、目录、表格、协议等，由市医疗保险局统一制作。

（四）个人医疗帐户管理、医疗保险结算以及定点零售药店管理办法，由市医疗保险局会同有关部门另行制定。

（五）本实施细则由市医疗保险局负责解释。

（六）本实施细则与《医疗保险办法》同时施行。