沈阳市城乡居民基本医疗保险参保就医指南

参保缴费

按照《关于印发沈阳市整合城乡居民基本医疗保险制度实施方案的通知》(沈政发〔2019〕19号)和《沈阳市城乡居民基本医疗保险实施细则》（沈医保发〔2019〕139号）的文件规定，2020年1月1日起,在全市行政区域内全面实施统一的城乡居民基本医疗保险(以下简称“城乡居民医保”)制度。

按照实施方案要求，各区、县（市）人民政府负责组织本地区城乡居民医疗保险参保工作；市税务局负责城乡居民医疗保险费征缴工作；市教育局、民政局和扶贫办等有关部门要协助做好特定群体的参保组织工作；医保经办机构负责城乡居民医疗保险参保登记工作。街道（乡镇）、社区（村）为成年居民和非在校未成年居民（含重度残疾人）参

保的代办单位，负责为其办理参保缴费。学校（学院）为全日制在校学生参保的代办单位，负责为本校学生办理参保缴费。

参保范围

1 年满18周岁,具有本市户籍的城乡非从业居民；年满18周岁,取得本市居住证的非本市户籍常住居民且未在原籍参加医疗保险的城乡居民；2008年底前，已经认定的国有和集体破产、困难企业的在职职工可以按照有关规定参加城乡居民医保(以下简称“成年居民”)；

2 本市范围内的全日制中等专业学校、技工学校、职业高中、普通高中、初中、小学的在校学生；驻沈各类全日制高校的全日制本专科生、研究生(以下简称“在校学生”)；

3 具有本市户籍的未满18周岁的非在校居民；持有我市居住证的外地户籍来沈务工人员（含现役军人）的非在校未满18周岁子女 (以下简称“非在校未成年人”)；

4 持有我市居住证（或来往通行证）的未就业的港澳台人员；持有中华人民共和国外国人永久居留身份证，并提供境外人员在沈临时住宿证明的外籍人员。

缴费标准

参保对象	参保类型	筹资标准（元）		
		合计	个人缴费	政府补助
在校学生、非在校未成年人	普通在校学生、非在校未成年人	1070	400	670
	低保边缘家庭成员		160	910
成年居民	普通成年居民	1130	460	670
	低保边缘家庭成员		184	946
我市的低保对象、特困供养人员、孤儿、优抚对象、重度残疾（二级及以上）人员、纳入监测范围的贫困人口等特殊人群个人不缴费，由财政全额补助。				

参保登记办理流程

符合条件的参保人员按自然年度参加城乡居民医保。我市城乡居民应在集中参保期内办理下一年度的城乡居民医疗保险。未在集中参保期内办理参保的人员可以在每年1月1日至12月20日办理当年中途参保业务，中途参保人员应当按照年度缴费标准缴费。

成年居民和非在校未成年居民（含重度残疾人）由街道（乡镇）、社区（村） 代办居民医保参保登记。

在校学生由学校统一办理参保登记，并按学校要求进行缴费。建议大学生在今年的集中参保期一次性趸缴剩余学年的全部保费。

民政对象、优抚对象、重残人员、建档立卡人员由相关单位代办居民医保参保登记。

医保待遇期

1 符合参保条件的居民医保连续参保缴费人员在集中参保期缴纳下一年度城乡居民基本医疗保险费用的，待遇享受期为次年1月1日至12月31日。

2 2025年中途参保缴费的普通非在校未成年人、在校学生、成年人，自缴费到账之日起三个月后享受医保待遇，例如：1月20日缴费，4月20日有待遇。

3 本市非在校低保对象、特困人员、孤儿参加城乡居民医保，相关行政部门认定身份后，自参保手续办理完毕之日起享受对应年度的城乡居民医保待遇。本市非在校城乡低保边缘对象参加城乡居民医保，自相关行政部门认定身份后办理参保缴费，缴费成功之日起享受对应年度的城乡居民医保待遇。

4 本市在校低保对象、特困人员、孤儿参加城乡居民医保，相关行政部门认定身份后办理参保的，参保成功后自其身份认定之日起享受对应年度的城乡居民医保待遇（待遇开始时间不早于缴费年度的1月1日）。本市在校城乡低保边缘对象参加城乡居民医保，自相关行政部门认定身份后办理参保缴费，缴费成功后自其身份认定之日起享受对应年度的城乡居民医保待遇（待遇开始时间不早于缴费年度的1月1日）。

5 本市城乡重残人员自缴费到账次月1日起享受对应年度的城乡居民医保待遇。

6 纳入监测范围的脱贫人口参保成功后自参保成功之日起享受居民医保待遇。

7 新生儿出生后3个月内参保缴费的，自出生之日起享受医保待遇。如新生儿参保缴费在出生下一年度的，须按出生年度缴费标准补缴费用，方可享受出生年度的医保待遇。新生儿出生3个月后参保缴费的，缴费成功之日起3个月后有待遇，例如：1月20日缴费，4月20日有待遇。

其他规定

城乡居民医保转换为职工医保：

1 城乡居民医保参保人员转换为灵活就业人员身份参加职工医保的 (符合退休条件的人员除外),应按自然年度进行转换,仅可在本年度12月份开始缴纳职工医保费用，并已连续2年（含2年）以上参加城乡居民基本医疗保险的参保人员，以灵活就业身份接续参加我市职工基本医疗保险，次年1月1日起享受职工医保待遇,确保参保人员待遇无缝衔接。

2 城乡居民医保参保人员，就业后随所在单位参加职工医保的，缴费到账次月起享受职工医保待遇。

3 城乡居民医保参保人员，在缴费年度内转换为职工医疗保险的，没有职工医保待遇期间可享受城乡居民医疗保险待遇。

职工医保转换为城乡居民医保：

1 参保人当前已连续2年(含2年)以上参加职工医保的，因就业等个人状态变化在职工医保和居民医保间切换参保关

系，且中断缴费3个月(含)以内的，办理居民医保，缴费后不设待遇等待期，中断期间的待遇可追溯享受；参保人当前已连续2年(含2年)以上参加职工医保但中断缴费时间超过3个月的或当前职工医保连续参保不足2年的，算作断保人员，办理居民医保，缴费后设置3个月待遇等待期。待遇等待期3个月是整月概念，不是指缴费的第3个月。参保判定标准是缴费到账，不是完成参保登记。

2 城乡居民医保和城镇职工医保在待遇期内转换身份的，连续享受医保待遇。转换身份期间住院治疗的，以办理入院时的身份享受待遇。

3 城乡居民不得重复参加社会基本医疗保险，不得重复享受医保待遇。

统筹基金最高支付限额

符合统筹基金支付范围的门诊及住院等医疗费用，年度最高支付限额为15万元。

医疗保险待遇

参保人员需持本人社会保障卡或医保电子凭证，可自主选择到定点医疗机构就医。如持社保卡办理住院手续后，医院应将社会保障卡返还本人，并按规定缴纳住院预交金，预

交金主要用于支付统筹基金起付标准及个人自付比例部分。出院结算时，应由个人承担部分，由个人账户或现金支付；应由统筹基金支付的部分，由沈阳市医疗保障事务服务中心与定点医疗机构进行结算。

门、急诊待遇

1 **急诊：**因急危重症在医疗机构门（急）诊抢救或在120急救车上实施紧急救治者，抢救期间符合基本医疗保险政策支付范围的医疗费用（须含治疗费收费项目的）由统筹基金按60%比例报销。

政策依据：《关于调整沈阳市城乡居民基本医疗保障急危重症门(急)诊抢救病种范围的通知 》（沈医保发〔2023〕26号）。

2 **门诊慢特病：**

政策依据：《关于规范全省门诊慢特病保障制度的通知》（辽医保发〔2022〕17号）、《关于印发<辽宁省门诊慢特病经办服务规程（试行）>的通知》（辽医保〔2022〕79号）、《关于印发沈阳市城乡居民基本医疗保险门诊慢特病管理办法的通知》（沈医保发〔2023〕8号）、《关于完善全省门诊慢特病保障政策的通知》（辽医保发〔2023〕10号）、《关于调整部分门诊慢特病病种认定材料的通知》（辽医保〔2023〕36号）、《关于完善我市居民医保门诊慢特病保障政策的通知》（沈医保发〔2023〕14号）。

1.门诊慢特病病种范围：

Ⅰ类病种：透析、器官移植抗排异治疗、恶性肿瘤（放化疗）、恶性肿瘤（镇痛治疗）、恶性肿瘤（内分泌治疗）、恶性肿瘤（辅助治疗）、乙型肝炎、丙型肝炎（基因1b型）、丙型肝炎（非基因1b型）、血友病重型、血友病中型、血友病轻型、严重精神障碍、精神病（普通型）、癫痫（未成年人）、耐药性结核病、结核病（普通型）、艾滋病、布鲁氏菌病、其他内分泌代谢疾病（未成年人）、儿童生长激素缺乏症（未成年人）、克罗恩病、溃疡性结肠炎、子宫内膜异位症、康复治疗（未成年人）。

Ⅱ类病种：高血压（合并症）、糖尿病（合并症和并发症）、心肌梗死、术后抗栓治疗、重症肌无力、系统性红斑狼疮、银屑病、骨髓增生异常综合征、真性红细胞增多症、白塞氏病、再生障碍性贫血、类风湿性关节炎、慢性肾脏疾病、帕金森病、慢性心力衰竭、慢性阻塞性肺疾病、多发性肌炎/皮肌炎、心房颤动、脑卒中、支气管哮喘、肝硬化失代偿期、系统性硬化症、干燥综合征。

2.统筹基金支付比例：

艾滋病、结核病（普通型）、耐药性结核病、乙型肝炎、丙型肝炎（基因1b型）、丙型肝炎（非基因1b型）、布鲁氏菌病、透析、器官移植抗排异治疗、恶性肿瘤（放化疗）、严重精神障碍、血友病轻型、血友病中型、血友病重型、其他内分泌代谢疾病（未成年人）、癫痫（未成年人）、儿童生长激素缺乏症（未成年人）、康复治疗（未成年人）统筹基金支付比例为80%。

其他门诊慢特病，统筹基金支付比例一级医疗机构（含

基层及未定级医疗机构）80%；二级医疗机构70%；三级及以上医疗机构60%。

3.认定：

患有门诊慢特病种疾病的参保人员可持本人有效身份证件（社会保障卡或身份证）、与申报病种相关的近期完整病历及相关检查资料到指定医院进行申报，经医院认定专家审核合格后，由市医保中心登记备案给予门诊慢特病待遇。

③ 门诊统筹待遇：

参保人员可自愿选择一所社区卫生服务机构、乡镇卫生院为门诊统筹定点医疗机构（在校大学生由所在学校统一办理），在选定的门诊统筹定点医疗机构发生的医疗费用，起付标准为每季40元，最高支付限额为每季150元，符合规定的门诊医疗费用统筹基金支付比例为55%，其中一般诊疗费每次支付比例为80%。

选择乡镇卫生院为门诊统筹定点医疗机构的，其辖区内的村卫生室可同时作为本人门诊统筹定点医疗机构。符合规定的门诊医疗费用统筹基金支付比例为55%，起付标准和最高支付限额标准累计计算，其中村卫生室最高支付限额为每季50元，村卫生室一般诊疗费标准为6元/人次（个人承担0.5元，医保统筹基金支付5.5元，统筹基金最高支付限额每年每人不超过11元），乡镇卫生院一般诊疗费每次支付比例为80%。

门诊统筹定点医疗机构一经确认，原则上一个自然年度内不得变更，下一自然年度可重新选择门诊统筹定点医疗机构。在非选定的门诊统筹定点医疗机构门诊就医，不享受门诊统筹待遇。

4 两病用药待遇：

政策依据：《关于进一步做好城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障和健康管理工作的通知》（沈医保发〔2023〕9号）。

经定点医疗机构确诊为高血压、糖尿病，需采取药物治疗并经备案后可自愿在居民门诊统筹定点医疗机构或其他开展基本公共卫生服务的二级及以下定点医疗机构享受“两病”医保待遇，符合规定的“两病”用药无起付标准，统筹基金支付比例为65%，高血压年限额为200元，糖尿病年限额为400元。同时患有两种疾病的，按糖尿病年限额标准执行。

市内住院待遇

1 定点医疗机构住院治疗：

政策依据：《关于印发<沈阳市城乡居民基本医疗保险实施细则>的通知》（沈医保发〔2019〕139号）。

沈阳市城乡居民基本医疗保险住院医疗费用报销比例一览表

费用发生地	定点医疗机构等级	起付标准(元/次)		统筹范围内报销比例	
		在校学生和非在校未成年人	成年居民	在校学生和非在校未成年人	成年居民
	基层卫生医疗机构(一级乡镇卫生院和	50	100	90%	90%

市级统筹范围内	社区卫生服务机构)				
	一级定点医疗机构	100	200	85%	85%
	二级定点医疗机构	150	300	80%	80%
	三级定点医疗机构	300	600	75%	75%
	特三级定点医疗机构	600	1200	70%	70%(1.5万元以上部分)65%(1.5万元及以下部分)

注：1. 统筹基金报销比例不包括乙类药品、乙类诊疗项目和医疗服务设施项目先行自付部分及丙类药品、丙类诊疗项目和医疗服务设施项目自费部分。

2.统筹基金起付标准指住院时在启动统筹基金前，必须由个人支付的住院医疗费用金额（不含自费和乙类药品及特殊检查、特殊治疗的个人先行支付比例的费用）。精神病、急慢性传染性肝炎、浸润性肺结核、慢性纤维空洞性肺结核、艾滋病不设立统筹基金起付标准；恶性肿瘤患者在本市定点医疗机构住院进行肿瘤治疗的，每年只需交纳首次住院的起付标准。

2 因急诊抢救在非定点医疗机构住院治疗：

参保人员因急诊抢救在本市非定点医疗机构住院的，统筹基金起付标准 1200元，支付比例为60%。

异地医疗待遇

政策依据：《关于印发<沈阳市参保人员异地就医管理办法>的通知》（沈医保发〔2019〕133号）、《关于完善沈阳市基本医疗保险异地就医相关工作的通知》（沈医保发〔2021〕22号）、《关于沈阳市参保人员异地就医管理若干问题的通知》（沈医保发〔2020〕55号）、《关于进一步做好基本医疗保险异地就医结算工作的通知》（沈医保联发〔2022〕8号）。

1 **异地长期居住人员：**原异地长期居住人员、常驻异地工作人员,以上人员须满足在备案地居住六个月以上，且本人有异地长期居住要件或未成年人投奔异地监护人，监护人有异地长期居住要件，未成年人投奔异地监护人的另需提供关系说明。异地长期居住要件是指：户口、房产证、居住证，提供其中任意一种备案材料即可。

注：未成年人指我市参保身份类型为“未成年人”及“中小学生”的参保人员。监护人指未成年人的父母，如父母死亡或者无监护能力的，按下列顺序由以下人员担任：祖父母、外祖父母。

2 **临时外出人员：**指除上述情况外，各类临时在异地就医的人员（含原异地转诊、探亲人员）。

沈阳作为参保地，我市参保大学生（包含我市参保各类全日制本专科生、研究生)及临时外出人员在异地住院就医时，无需办理备案，免申即享自动开通直接结算服务。如就医地有备案需要，可通过线上或线下渠道办理。我市参保各类全日制本专科生、研究生纳入异地长期居住人员类别，按居民异地长期居住人员类别报销。

3 **异地长期居住人员住院就医待遇：**以信用承诺为前提，

自助办理备案，即时开通双向住院待遇。在备案地因病住院治疗，按照我市相应参保人员类别、相应医院等级规定执行。

（1）异地长期居住人员备案到北京市、上海市时，需提供异地长期居住要件，给予保留我市定点医疗机构住院就医本地医保待遇，否则，将我市定点医疗机构住院就医报销比例（包括基本医疗保险统筹基金、居民大病医疗保险补偿比例）下调10个百分点；可实行要件容缺管理，事后补齐要件即予以认可，原则上补齐要件5个工作日后，恢复我市定点医疗机构住院就医本地医保待遇。

（2）异地长期居住人员（除备案到北京市、上海市外），备案成功后，同时保留我市定点医疗机构住院就医本地医保待遇。

（3）异地住院就医，起付标准不享受减免待遇。我市住院就医享受减免起付标准的，累加异地住院就医次数。

4 **临时外出人员住院就医待遇：**基本医疗保险统筹基金，以我市同级别定点医疗机构待遇标准为基准，起付线上调至2.5倍，报销比例下调10个百分点。居民大病医疗保险补偿比例较本地就医降10个百分点。

5 **异地急危重病就医及待遇：**我市参保人员在异地发生符合省局19号文附件《基本医疗保险急危重病异地就医结算参考病种及关键标准》中所列急危重病且发生治疗费用的，可直接结算相关门（急）诊、住院医疗费用，未能直接结算的可持报销要件回我市经医保经办机构认定后给予手工报销。

（1）异地长期居住人员在备案地发生的急危重病门

（急）诊抢救医疗费用，按照我市急危重症门（急）诊抢救报销比例执行；在备案地发生的急危重病住院费用，基本医疗保险待遇按照我市相应参保人员类别、相应医院等级规定执行。

（2）临时外出人员（含异地长期居住人员在备案地以外）发生的急危重病门（急）诊抢救医疗费用，按照我市急危重症门（急）诊抢救报销比例（包括基本医疗保险统筹基金、居民大病医疗保险补偿比例）下调10个百分点；上述情况发生的急危重病住院费用，基本医疗保险统筹基金以我市同级别定点医疗机构待遇标准为基准，起付线上调2倍，报销比例不变；居民大病医疗保险补偿比例，按照我市标准执行；起付标准不享受减免待遇。

6 **异地门诊统筹联网直接结算待遇：**异地长期居住人员在备案地就医，选择一家备案地二级及以下定点医疗机构享受门诊统筹联网直接结算待遇。异地就医门诊统筹待遇，执行我市相关政策。我市参保大学生，可在异地一级及以上定点医疗机构享受门诊统筹联网直接结算待遇，同时保留我市门诊统筹就医待遇。

7 **异地门诊慢特病结算待遇：**具有高血压、糖尿病、透析、恶性肿瘤门诊治疗、器官移植抗排异治疗、慢性阻塞性肺疾病、类风湿关节炎、冠心病、病毒性肝炎、强直性脊柱炎10种门诊慢特病待遇的参保人员，在跨省异地已开通门诊慢特病异地就医直接结算的定点医院，享受门诊慢特病异地就医联网直接结算待遇。具有我省统一门诊慢特病待遇的参保人员，在省内异地已开通门诊慢特病异地就医直接结算的定点医院，享受门诊慢特病异地就医联网直接结算待遇。

未能联网结算的可持报销要件回我市经医保经办机构认定后给予手工报销。异地就医门诊慢特病待遇，按照我市就医待遇标准执行。其中，透析等定额管理病种，以我市人均月结算定额作为支付限额管理。门诊慢特病定额管理的病种，对参保人在参保地、就医地执行同一限额管理。

8 **结算方式：**异地长期居住人员在异地就医时需办理异地备案。异地就医时持本人开通医保功能的社会保障卡、医保电子凭证等办理入院登记和出院结算。异地就医直接结算，执行就医地支付范围（包括基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围）及有关规定；异地就医手工报销，执行参保地支付范围及有关规定；待遇标准、医保定点等报销政策均执行参保地规定。特殊原因不能直接结算的，由市医保中心按照本地目录范围、支付标准受理报销业务。相应补充医疗保险的补偿款由承办商险公司进行支付。

9 **异地备案方式：**参保人员可通过国家医保服务平台APP、国家异地就医备案微信小程序办理跨省异地就医备案，或使用沈阳智慧医保APP、沈阳智慧医保微信公众号、辽事通APP、盛事通APP、沈阳政务服务网，线上办理跨省及省内异地就医备案，也可在沈阳市医保中心各区服务窗口或自助一体机进行办理。异地长期居住人员备案满六个月后可办理终止或变更。

大病保险

1 **政策依据：**

《关于印发沈阳市城乡居民大病保险管理办法的通知》（沈医保发〔2019〕150号）、《关于调整沈阳市城乡居民大病保险相关政策的通知》（沈医保发〔2024〕13号）、《关于健全基本医疗保险参保长效机制的通知》（辽医保发〔2024〕7号）。

1 保障人群：

凡参加沈阳市城乡居民基本医疗保险的人员，均属于我市城乡居民大病保险的保障人群范围。

2 筹资标准：

大病保险筹资标准每人每年90元，无需个人缴费，由城乡居民基本医疗保险统筹基金划拨。

3 保障范围：

参保人员在参保年度内，单次或多次门（急）诊抢救、住院，累计发生的符合基本医疗保险政策规定范围内个人自付且超过居民大病保险起付标准线的医疗费用，均属于居民大病保险待遇保障范围。具体包括：

1、基本医疗保险统筹基金最高支付限额内个人自付部分（不含乙类超限价部分、规定不计入大病保险起付线累计的乙类药品个人自付部分）。

2、超过基本医疗保险统筹基金最高支付限额以上部分的符合基本医疗保险政策规定支付的医疗费用。

4 支付比例：

在参保年度内，在本市因急危重症抢救、住院发生的符合大病保障范围的医疗费用，年累计达到我市大病保险起付标准以上部分，均按照个人自付医疗费用累计档及相应递增比例进行支付。超过起付标准1.8万元以上5万元（含5万

元）以下的支付比例为60%，5-10万元（含10万元）的支付比例为65%，10万元以上的支付比例为70%。

2 年度最高支付限额：

除享受医疗救助资助参保政策的困难群体外，城乡居民大病保险年度最高支付限额40万元。

生育保险待遇

政策依据：《沈阳市人力资源和社会保障局 沈阳市财政局关于调整城镇居民生育医疗费有关政策的通知》（沈人社发〔2013〕24号）、《关于转发<辽宁省医保局 财政厅关于做好生育医疗保障有关工作的通知>的通知》（沈医保发〔2022〕20号）、《关于进一步做好基本医疗保险异地就医结算工作的通知》（沈医保联发〔2022〕8号）、《关于转发<辽宁省医保局 财政厅关于进一步落实积极生育支持措施切实做好生育医疗保障工作的通知>的通知》（沈医保发〔2024〕25号）、《关于转发<辽宁省医疗保障局 辽宁省人力资源和社会保障厅 辽宁省卫生健康委员会 辽宁省财政厅关于规范辽宁省辅助生殖类医疗服务价格项目和医保支付政策的通知>的通知》（沈医保发〔2024〕29号）。

1 就医流程：

参保人员持本人社会保障卡或医保电子凭证及相关资料到我市生育保险定点医疗机构就医。异地生育（含计划生育）住院医疗费用由参保人员先行垫付，医疗终结后手工报销。参保人员异地生育（含计划生育）住院无需办理任何手

续，不区分基本医疗保险异地就医备案类别，均按我市生育保险本地就医待遇报销生育（含计划生育）住院医疗费。

2 生育待遇：

1.2025年1月1日起，参加城乡居民医疗保险的人员在我市或异地生育保险定点医疗机构产前检查待遇标准为一个孕期内限额1500元，不设起付标准，报销比例60%，不区分基本医疗保险异地就医备案类别。

2.参加城乡居民医疗保险的人员，产前检查待遇仅限于支付产前检查费用，不能用于支付流引产、计划生育手术、产后检查费用。

3.参加城乡居民医疗保险的人员，在待遇期内分娩、流产、引产、实施计划生育手术住院可享受生育医疗费待遇。

4.参加城乡居民医疗保险的人员在我市或异地生育保险定点医疗机构计划生育住院的，执行我市基本医疗保险相应等级医疗机构的起付标准和支付比例。

5.2025年1月1日起，参加城乡居民医疗保险的人员在我市或异地生育保险定点医疗机构住院分娩的，包括生育住院，含怀孕满28周及以上引产、死胎，免除基本医疗保险相应等级医疗机构的起付标准，执行我市基本医疗保险相应等级医疗机构的支付比例。

6.2025年1月1日起，将“取卵术”等8个辅助生殖类医疗服务项目纳入我市基本医疗保险基金支付范围，参加城乡居民医疗保险的人员在省内“辅助生殖门诊”就诊，不设起付标准，报销比例为50%，最多享受2次。

7.参加城乡居民医疗保险的人员在国外、港澳台发生的医疗费，生育保险基金不予支付。

③ 申领流程：

政策依据：《关于印发辽宁省医疗保障经办政务服务事项清单的通知》（辽医保〔2024〕4号）。

报销异地生育（含计划生育）住院及产前检查、辅助生殖门诊医疗费的，应于医疗终结后，持办理资料至医保中心窗口办理报销手续。参保人员本人也可以通过沈阳市医保局网站个人网厅、沈阳政务服务网医保网上服务、国家医保服务平台APP、沈阳智慧医保APP线上申请异地生育（含计划生育）医疗费报销。

（一）报销妊娠分娩医疗费所需资料

1.有效身份证件（社会保障卡需开通金融功能）；

2.《医疗费收据》；

3.费用清单；

4.《病历首页》、《入院记录》、《医嘱单》、《手术记录单》或《分娩记录单》、《出院小结》复印件（加盖病历复印专用章）。

（二）报销流产、引产、计划生育手术住院医疗费所需资料

1.有效身份证件（社会保障卡需开通金融功能）；

2.《医疗费收据》；

3.费用清单；

4.《病历首页》、《入院记录》、《医嘱单》、《手术记录单》或《分娩记录单》、《出院小结》复印件（加盖病历复印专用章）。

（三）报销产前检查医疗费所需资料

1.有效身份证件（社会保障卡需开通金融功能）；

2.《医疗费收据》；

3.费用清单；

4.门诊病历资料。

（四）报销辅助生殖门诊医疗费所需资料（限辽宁省内就诊）

1.有效身份证件（社会保障卡需开通金融功能）；

2.《医疗费收据》；

3.费用清单；

4.门诊病历资料。

注：城乡居民参保人员办理生育保险业务，参保人本人办理的需提供本人有效身份证件、他人代办的提供代办人有效身份证件。

沈阳市医疗保障事务服务中心及分中心地址和联系电话

沈阳市医疗保障事务服务中心	
皇姑区崇山中路103号，社保大厦二楼。 乘坐116路、205路、299路、地铁十号线“百鸟公园”站下车可到达。 024-12345-1-7 （医保咨询热线）	
沈阳市医疗保障事务服务中心和平分中心 和平区政务服务中心，和平区长白西路51号。 乘坐128路、165路、247路、137路到“万科城西”站下车，或	**沈阳市医疗保障事务服务中心沈河分中心** 沈河区政务服务中心，沈河区先农坛路13号。 乘坐105路、223路、246路、266路、274路、297路“翠园小

乘坐173路到“长白苑”站下车可到达。
电话：024-31912673

区”站下车可到达。
电话：024-62421719

沈阳市医疗保障事务服务中心皇姑分中心

皇姑区政务服务中心，皇姑区金山北路21-8号城建地产大厦。
乘坐205路、162路“皇姑区政务服务中心”站下车可到达。
电话：024-22511960

沈阳市医疗保障事务服务中心大东分中心

大东区政务服务中心，大东区观泉路102-6号。
乘坐163路、179路、219路“大东区政务服务中心”站下车，或乘坐151路、151路支线“观泉路沈铁路”站下车可到达。
电话：024-24323380

沈阳市医疗保障事务服务中心铁西分中心

铁西区五险合一（人社社保医保）综合服务大厅，铁西区北一西路50号（中国.沈阳人力资源服务产业园）。
乘坐277路、278路、303路、396路到“东药宿舍”站下车；v116路到“北一西路北二路48巷”站下车；267路支线到“沈阳金谷”站下车；235路、241路、241路支线到“重工街北一路”站下车可到达。
电话：024-22511767

沈阳市医疗保障事务服务中心铁西分中心 张士办理部

铁西区经济技术开发区人力资源和社会保障大厅，经济技术开发区流花湖街1号。
乘坐171路公交、铁西一线“张士灯具城”站下车，167路公交“开发区管委会”下车。地铁一号线“张士”站C口出站可到达。
电话：024-64689587

沈阳市医疗保障事务服务中心 浑南分中心 浑南区全运路109号，沈阳创新天地H座7楼。 地铁2号线到“省博物馆”站B出口、154或128路到“智慧三街全运二路”站、305或V113路到“全运路智慧三街”站下车可到达。 电话：024-23770026	**沈阳市医疗保障事务服务中心 于洪分中心** 于洪区沈新路10号网点6门。 乘坐111路、167路、187路、189路、铁西1线“洪湖小区”站下车。 地铁1号线开发大道站C出口可到达。 电话：024-22513850
沈阳市医疗保障事务服务中心 沈北分中心 沈北新区政务服务中心，沈北新区天乾湖街16号（二楼B区）。 乘坐180到“光电产业园”站，乘坐K706路公交车（新城子—虎石台—沈北新政务服务中心）到“沈北新区政务服务中心”站下车可到达。 电话：024-89605939	**沈阳市医疗保障事务服务中心 苏家屯分中心** 苏家屯区政务服务中心，苏家屯区南京南街1088-3号。 乘坐327路、139路到“苏家屯区政务服务中心”站可到达。 电话：024-29829907
沈阳市医疗保障事务服务中心 辽中分中心 辽中区政务服务中心，辽中区滨水新区蒲水路28号。 乘坐751路公交车至“政务服务中心”站下车可到达。 电话：024-87820081	**沈阳市医疗保障事务服务中心 新民分中心** 新民市政务服务中心，新民市南环东路21号。 乘坐703路、704路公交车“人社局”站下车可到达。 电话：024-27615258

沈阳市医疗保障事务服务中心 法库分中心	沈阳市医疗保障事务服务中心 康平分中心
法库县政务服务中心，法库县吉祥街道兴法路22-2号。 乘坐四路公交车至“政务服务中心”站下车可到达。 电话：024-87102015	康平县政务服务中心，康平县胜利街道迎宾路99C。 乘坐5号线至“康懿西门”站下车东行100米可到达。 电话：024-87322456

注：上述内容如遇政策调整和地址变更，以新政策和新地址为准。

温馨提示：

如果您想进一步了解我市基本医疗保险的政策规定及经办流程，可登录沈阳市医疗保障局网站：https://ybj.shenyang.gov.cn

沈阳市医疗保障事务服务中心

二〇二五年一月