中国医保 一生守护

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（或来往通行证和临时住宿证明）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	1100	400	700
	低保边缘家庭成员		160	940
成年居民	普通成年居民	1160	460	700
	低保边缘家庭成员		184	976
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。

符合参保条件的成年居民和非在校未成年居民可通过“沈阳智慧医保”掌上渠道自行办理参保业务，也可由街道（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 自2025年起，除新生儿等特殊群体外，对未在居民医保集中参保期内参保或未连续参保的人员，设置参保后固定待遇等待期3个月；其中，未连续参保的，每多断保1年，原则上在固定待遇等待期基础上增加变动待遇等待期1个月，参保人员可通过缴费修复变动待遇等待期，每多缴纳1年可减少1个月变动待遇等待期，连续断缴4年及以上的，修复后固定待遇等待期和变动待遇等待期之和原则上不少于6个月。

2 本市低保对象、特困人员、低保边缘户、孤儿、重残人员、纳入监测范围的脱贫人口缴费成功后，自相关部门身份认定开始时间的次月1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）。

3 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。

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，缴费后设置待遇等待期。

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

参保人员需持本人医保码或社会保障卡，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

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）、《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）。

1 **急诊：**参保人因急危重症在本市医疗机构门（急）诊抢救或在120急救车上实施紧急救治的医疗费用，符合统筹基金支付规定的（须含治疗费收费项目的），统筹基金比例支付为60%。

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（参保大学生原选定的1家定点医疗机构及18家大学生定点医疗机构），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（参保大学生不设起付标准），最高支付限额为每季150元（参保大学生年度报销限额为600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

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）。

1 定点医疗机构住院治疗：

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
市级统筹范围内	基层卫生医疗机构(一级乡镇卫生院和社区卫生服务机构)	50	100	90%	90%
	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：《国家医保局 财政部关于进一步加强异地就医直接结算管理服务的通知》（医保发〔2024〕21号）、《辽宁省医保局 辽宁省财政厅关于继续做好异地就医直接结算管理服务的通知》（辽医保发〔2025〕8号）、《沈阳市医疗保障局 沈阳市财政局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）、《沈阳市医疗保障局 沈阳市财政局关于调整异地就医医保待遇有关事项的通知》（沈医保发〔2025〕52号）。

异地就医参保人员类别划分：

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；随监护人长期异地居住的未成年居民医保参保人员；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。

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)。

异地就医备案办理：

1 **备案途径：**参保人员可使用“沈阳智慧医保”掌上渠道等，办理跨省及省内异地就医备案；或通过“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；也可在医保中心服务窗口办理。

2 **异地长期居住备案材料及对应有效期：**使用异地户口本或异地房产证备案的，备案长期有效。使用异地居住证备案的，备案终止时间与居住证有效期一致。其中，无终止日期的居住证，备案有效期默认为签发之日起1年，到期需及时提供居住证签注证明，否则自动终止异地长期居住备案。未成年居民医保参保人员随监护人长期异地居住的，需提供监护人身份证、监护关系声明，监护人在当地参加职工医保的证明或已办理常驻异地工作人员异地就医备案。

3 **异地长期居住人员：**在异地就医时需办理异地长期居住备案，备案生效后6个月内不得变更或取消。我市参保各类全日制本专科生、研究生在异地住院就医时，无需办理备案，免申即享自动开通直接结算服务。

4 **临时外出人员：**在异地就医时采取“即申即享”备案。就医地为参保人员办理医保住院登记同时生成备案信息，参保人员无需自行办理备案。

异地就医待遇：

1 **异地医疗机构起付标准和报销比例执行标准：**北京市、天津市、上海市、重庆市等4个直辖市和哈尔滨、长春、济南、青岛、西安、南京、成都、武汉、杭州、宁波、厦门、广州、深圳等13个省外副省级城市的三级甲等及以上定点医疗机构，以及其他地区的三级特等定点医疗机构，执行我市三级特等定点医疗机构的起付标准和报销比例；异地其他三级定点医疗机构、二级及以下定点医疗机构执行我市对应级别定点医疗机构待遇标准。

2 **异地长期居住人员双向享受医保待遇：**我市参保人员持本人开通医保功能的社会保障卡或电子医保码等办理异地入院登记和出院结算。按照“先备案，后结算”原则，在异地出院前完成异地长期居住备案的，本次住院按异地长期居住待遇执行。备案有效期内办理入院手续的，无论出院日期是否超出备案有效期，均视为有效备案。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。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。

3 **临时外出人员异地住院就医待遇：**基本医疗保险统筹基金，以异地医疗机构起付标准和报销比例执行标准为基准，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。

4 **异地就医结算原则：**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。异地就医费用直接结算后，不得因待遇原因办理退费。特殊原因不能直接结算的，由医保中心按照本地目录范围、支付标准受理报销业务。

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医保经办机构认定后给予手工报销。**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、异地医疗机构起付标准和报销比例执行标准的规定执行。**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、职工大额医疗保险补偿比例）下调10个百分点；发生的急危重病住院费用，基本医疗保险统筹基金以异地医疗机构起付标准和报销比例执行标准为基准，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，按异地医疗机构起付标准和报销比例执行标准执行；起付标准不享受减免待遇。

6 **异地门诊慢特病就医及待遇：**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医保经办机构认定后给予手工报销。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。

大病保险

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）、《关于调整沈阳市城乡居民大病保险起付标准的通知》（沈医保发〔2025〕55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2.48万元以上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%。

困难群众的起付标准按照原起付标准18000元的50%执行，报销比例提高至75%。

5 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。

6 激励额度：

自2025年起，除享受医疗救助资助参保政策的困难群体外，全省统一设立城乡居民大病保险年度最高支付限额40万元。对连续参加居民医保满4年的参保人员，之后每连续参保1年，可提高大病保险年度最高支付限额4000元。对当年基金零报销的居民医保参保人员，次年可提高大

病保险年度最高支付限额4000元。连续参保激励和零报销激励，累计提高总额不超过大病保险年度原封顶线的20%。参保居民发生大病报销并使用奖励额度后，前期积累的零报销激励额度清零。断保之后再次参保的，连续参保年数重新计算。

医疗救助

政策依据：《沈阳市人民政府办公室关于印发<沈阳市健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施办法>的通知》（沈政办发〔2022〕25号）、《关于更好保障我市困难群众医疗保障权益进一步做好就医服务管理工作的通知》（沈医保发〔2025〕19号）。

1 保障人群：

经我市相关部门认定的困难群众，包括特困人员、低保对象、孤儿（含事实无人抚养儿童）、低保边缘家庭成员、脱贫人口、因病致贫重病患者，均属于我市医疗救助的保障人群范围。

2 保障范围：

救助费用主要覆盖救助对象在定点医药机构发生的住院费用、因慢性病需长期服药或患重特大疾病需长期门诊治疗的合规医疗费用。

3 支付比例：

医疗救助包括基本救助、倾斜救助、其他救助和因病返贫重病患者医疗救助。

1.基本救助。困难群众经基本医疗医保、大病保险等补充医疗保险综合保障后，个人负担的合规医疗费用纳入基本救助范围。年度救助限额为20000元。特困人员、孤儿、低保对象、脱贫人口不设起付标准，低保边缘家庭成员起付标准2000元，一个自然年度内，医疗救助起付标准累计计算。特困人员、孤儿、低保对象、脱贫人口救助比例为70%，低保边缘家庭成员救助比例为60%。

2.倾斜救助。困难群众经基本医保、大病保险等补充医疗保险、基本救助综合保障后，个人负担的合规医疗费用纳入倾斜救助范围，倾斜救助不设封顶线。特困人员、孤儿不设起付标准；低保对象、脱贫人口

起付标准为2000元；低保边缘家庭成员起付标准为4000元。特困人员、孤儿、低保对象、脱贫人口救助比例为70%，低保边缘家庭成员救助比例为60%。

低保对象、脱贫人口个人承担的门诊费用，按照80%比例给予救助，每人每年最高救助限额为80元；特困人员、孤儿个人承担的门诊费用，按照80%比例给予救助，其中的残疾人员按照90%比例给予救助，每人每年最高救助限额为120元。

3.其他救助。困难群众因患严重精神障碍疾病住院所发生的合规医疗费用给予全额救助，个人不再负担合规医疗费用。

4.因病致贫重病患者医疗救助。因病致贫重病患者医疗救助自申请之日前12个月内患者本人发生的个人负担的合规医疗费用，给予一次性医疗救助。基本救助起付标准为5000元，救助比例为50%，限额20000元；倾斜救助起付标准为10000元，救助比例为50%，限额20000元。

4 就医流程：

自2025年11月1日起，我市实行医疗救助对象住院就医定点管理。

1.本市就医。医疗救助对象需要住院治疗的，应到医疗救助住院定点医院就医，涉及的医疗救助费用可实现“一站式”结算（即在定点医院办理出院结算时，医疗救助费用直接报销）。未经转诊到非救助定点医院住院的，医疗救助费用不能直接“一站式”结算，需要由本人先行垫付，再申请手工报销。

2.异地就医。非长期居住人员异地就医时，应选择就医地三级医保定点医院并进行“一站式”结算。在三级以下医保定点医院住院的，医疗救助费用不能直接“一站式”结算，需要由本人先行垫付，再申请手工报销。

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：

参保人员持本人医保码或社会保障卡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”掌上渠道线上申请异地生育（含计划生育）医疗费报销。

1.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）。

2.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）。

3.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。

4.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。 乘坐116路、205路、299路、地铁十号线“百鸟公园”站下车可到达。 电话：024-12345-1-7 （咨询）、024-22520166 （咨询）	**沈阳市政务服务中心医疗保险经办服务窗口** 受理参保单位、医药机构涉企的医保业务 沈河区市府大路260号。 乘坐115路、209路、214路、215路、244路、247路、265路、293路、295路、地铁2号线至“人民广场”站下车可到达。 电话：024-12345-1-7（咨询）
沈阳市医疗保障事务服务中心和平分中心 受理参保单位、参保个人基本医疗保险、生育保险及长期护理保险相关经办业务 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	**沈阳市医疗保障事务服务中心沈河分中心** 受理参保单位、参保个人基本医疗保险、生育保险及长期护理保险相关经办业务 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

到“万科城西”站下车，或乘坐173路到“长白苑”站下车可到达。 电话：024-31912673	路、274路、297路“翠园小区”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 受理参保单位、参保个人基本医疗保险、生育保险及长期护理保险相关经办业务 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** 受理参保单位、参保个人基本医疗保险、生育保险及长期护理保险相关经办业务 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，也可乘坐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 受理参保单位、参保个人基本医疗保险、生育保险及长期护理保险相关经办业务 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** 受理参保单位、参保个人基本医疗保险、生育保险及长期护理保险相关经办业务 沈阳经济技术开发区政务服务中心，沈阳经济技术开发区开发十九号路21号中关村创新大厦A座二楼。 乘坐V135路公交“创新大厦A座”站下车，地铁三号线“宁官”站A2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 受理参保单位、参保个人基本医疗保险、生育保险及长期护理保险相关经办业务 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** 受理参保单位、参保个人基本医疗保险、生育保险及长期护理保险相关经办业务 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 受理参保单位、参保个人基本医疗保险、生育保险及长期护理保险相关经办业务 沈北新区政务服务中心，沈北新区天乾湖街16号。 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** 受理参保单位、参保个人基本医疗保险、生育保险及长期护理保险相关经办业务 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 受理参保单位、参保个人基本医疗保险、生育保险及长期护理保险相关经办业务 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	**沈阳市医疗保障事务服务中心 新民分中心** 受理参保单位、参保个人基本医疗保险、生育保险及长期护理保险相关经办业务 新民市政务服务中心，新民市东营北二路60号。 乘坐721路（开发区专线）公交车“新

下车可到达。 电话：024-87820081	民市政务服务大厅”站下车即可到达。 电话：024-27615258
沈阳市医疗保障事务服务中心 法库分中心 受理参保单位、参保个人基本医疗保险、生育保险及长期护理保险相关经办业务 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	**沈阳市医疗保障事务服务中心 康平分中心** 受理参保单位、参保个人基本医疗保险、生育保险及长期护理保险相关经办业务 康平镇胜利街道迎宾路99C（康平县新政务服务中心二楼）。 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：1.个人医保相关业务全市通办，可就近前往各区、县（市）医保分中心办理。

2.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，可登陆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

二〇二六年八月