CHS 中国医保信息技术有限公司 中国医保 一生守护

灵活就业

沈阳市灵活就业人员基本医疗保险参保就医指南

参保范围

政策依据：《关于印发〈沈阳市灵活就业人员参加职工基本医疗保险办法〉的通知》（沈医保发〔2022〕2号）。

具有本市户籍或取得本市居住证的非本市户籍人员，具备下列条件之一，可以灵活就业参保参加我市职工基本医疗保险：

1. 灵活就业人员。包括无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工基本医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员。
2. 未达到离退年龄的因病、非因公致残，并经市以上劳动鉴定机构鉴定为完全丧失劳动能力的退职人员。
3. 依据相关规定可以灵活就业人员身份参保的其他人员。

经办流程及相关资料

1 经办流程

全月(法定节假日除外)持相关资料到就近医保中心办理参保及退休业务。也可通过“沈阳智慧医保”掌上渠道、政务服务网个人网厅、辽事通等线上渠道办理。

2 需提供的资料

1.身份证原件、户口簿原件（本市户籍人员提供）

2.身份证原件、居住证原件（非本市户籍人员提供）

3.符合医疗保险退休条件的灵活就业参保人员，需持《退休审核表》原件、《养老保险业计发核定表》原件或《辽宁省企业职工养老保险参保人员退休（职）表》原件、《辽宁省城镇职工基本医疗保险待遇核定表》等原件到窗口办理退休业务；未参加灵活就业医疗保险的参保人员还需提供参保手续。

注：如需代办须提供代办人身份证原件。

缴费基数及费率比例

政策依据：《关于印发〈沈阳市灵活就业人员参加职工基本医疗保险办法〉的通知》（沈医保发〔2022〕2号）、《关于进一步完善沈阳市职工基本医疗保险筹资政策的通知》（沈医保发〔2024〕28号）、《关于进一步规范全省基本医疗保险参保筹资和待遇保障政策的通知》（辽医保发〔2025〕2号）。

灵活就业人员以上年全口径平均工资的6%比例缴费，缴费期间不建立个人账户。

大额医疗保险费用补助保险

政策依据：《关于印发〈沈阳市灵活就业人员参加职工基本医疗保险办法〉的通知》（沈医保发〔2022〕2号）、《关于调整职工大额医疗费用补助保险有关政策的通知》（沈医保发〔2023〕22号）。

灵活就业人员参加职工基本医疗保险，须同时参加职工大额医疗费用补助保险。大额医疗费用补助保险费在每年首次缴纳职工医疗保险费同时缴纳。2016年1月1日起，缴费标准调整为每人每年132元。退休人员2024年1月1日起缴费标准统一调整为24元，按照每月2元的标准从个人账户扣缴。按5.6%比例缴费的灵活就业退休人员2024年、2025年、2026年缴费标准均为24元，于2024年1月、2025年1月、2026年1月通过原渠道(税务缴费渠道)一次性全额缴纳。

大额补助保险年度最高支付限额为50万元。

缴费年限

政策依据：《关于参加医疗保险有关问题的通知》（沈人社发〔2010〕127号）、《关于调整沈阳市城镇职工基本医疗保险最低实际缴费年限的通知》（沈人社发〔2016〕17号）、《关于印发〈沈阳市灵活就业人员参加职工基本医疗保险办法〉的通知》（沈医保发〔2022〕2号）、《关于调整沈阳市城镇职工基本医疗保险最低缴费年限方案的通知》。

2024年1月1日起达到法定退休年龄的男性参保人员，其职工基本医疗保险费的最低缴费年限（包括视同缴费年限和实际缴费年限）由男满25年逐步调整为男满30年。调整方式为每年递增1年的方式，至2028年调整为30年。女性参保人员基本医疗保险最低缴费年限为满25年，自2016年4月起本市最低实际缴费年限每年递增一年。具体执行办法是：2016年3月31日前办理养老保险退休审批的女性参保人，医疗保险最低实际缴费年限调整为6年，2017年1月1日至12月31日办理养老保险退休审批的参保人员，医疗保险最低实际缴费年限调整为7年，以此类推，至2021年1月1日至12月31日办理养老保险退休审批的参保人员，医疗保险的最低实际缴费年限调整为11年。

根据《关于印发辽宁省贯彻落实医疗保障待遇清单制度实施方案的通知》，2022年1月日（含1月1日）以后达到我市职工医保规定退休年龄的职工参保人员，需要缴纳的最低实际缴费年限调整为10年。

2022年12月31日前符合国家规定的连续工龄视同医疗保险缴费年限。

参加沈阳统筹区外职工基本医疗保险的缴费年限计算为我市职工基本医疗保险视同缴费年限，不计入我市职工基本医疗保险实际缴费年限。

灵活就业参保人员达到退休年龄时，累计缴费已达到我市职工基本医疗保险最低缴费年限及实际缴费年限规定，办理医疗保险退休手续后，次月起享受退休人员医保待遇，其中个人账户划入自达到退休年龄次月起计算。

2025年1月1日起，灵活就业参保人员达到退休年龄时，累计缴费未达到本市职工基本医疗保险最低缴费年限及实际缴费年限规定的参保人员，在办理医疗保险退休手续时，以上年全口径平均工资为缴费基数，按6%比例一次性补缴不足年限，或继续按月缴费待达到基本医疗保险最低缴费年限和实际缴费年限后办理医疗保险退休手续，次月起享受退休人员医保待遇并划拨个人账户。继续按月缴费期间享受在职职工医保待遇。

灵活就业人员在达到办理医疗保险退休手续年龄后，首次参加我市职工基本医疗保险，需按《关于印发〈沈阳市灵活就业人员参加职工基本医疗保险办法〉的通知》（沈医保发〔2022〕2号）第十条第一款方法计算缴费。

待遇起止时间

政策依据：《关于完善医疗保险有关问题的通知》（沈劳社发〔2009〕43号）、《关于调整我市灵活就业人员医疗保险有关政策的通知》（沈人社发〔2011〕153号）、关于印发《沈阳市城镇灵活就业等人员参加基本医疗保险办法》的通知（沈劳社发〔2003〕41号）、《关于印发〈沈阳市灵活就业人员参加职工基本医疗保险办法〉的通知》（沈医保发〔2022〕2号）。

未参加过职工基本医疗保险，首次以灵活就业身份参加我市职工基本医疗保险，设置3个月待遇等待期，即办理参保登记并连续缴费3个月（中断3个月以内补缴后视同连续缴费）后享受医疗保险待遇。

沈医保发〔2022〕2号文出台后参加我市职工基本医疗保险（含我市统筹范围内单位转灵活就业）中断缴费3个月以内（含3个月）的，可补缴中断期间医保费，缴费当月即享受医保待遇，同时中断期间待遇可追溯享受；中断缴费3个月以内未连续补缴或中断缴费3个月以上的（不可补缴），设置3个月待遇等待期。

在外单参加职工基本医疗保险的参保人员，办理转移接续以灵活就业身份参加我市职工基本医疗保险，在转移接续前中断缴费3个月以内（含3个月）的，可按规定补缴医保缴费，缴费当月即享受医保待遇，同时中断期间待遇可追溯享受。中断缴费3个月以内未连续补缴或中断缴费3个月以上的（不可补缴），设置3个月待遇等待期。

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。接续前缴费未中断或中断缴费在3个月以内（含3个月）并补缴中断缴费，缴费当月即享受医保待遇，同时中断期间待遇可追溯享受。中断缴费3个月以内未连续补缴或中断缴费3个月以上的（不可补缴），设置3个月待遇等待期。

退休人员个人账户定额划账

政策依据：《关于印发〈沈阳市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则〉的通知》（沈医保发〔2023〕19号）。

2024年 1 月 1 日起，灵活就业退休人员个人账户由统筹基金按每月80元定额划入。

关于补缴

政策依据：《沈阳市城镇灵活就业等人员参加基本医疗保险办法》（沈劳社发〔2003〕41号）、《关于将沈北新区和苏家屯区城镇职工基本医疗保险和生育保险纳入市统筹范围的通知》（沈社发〔2008〕1号）、《关于康平县、法库县、辽中县、新民市城镇职工基本医疗保险和生育保险纳入市统筹范围的通知》（沈社办发〔2009〕11号）、《关于参加医疗保险有关问题的通知》（沈人社发〔2010〕127号）、《关于印发〈沈阳市灵活就业人员参加职工基本医疗保险办法〉的通知》（沈医保发〔2022〕2号）、沈阳市医疗保障局 沈阳市财政局关于调整共城医医保待遇有关事项的通知》（沈医保发〔2025〕52号）。

共城医医参保人员类别划分：

1 异地长期居住人员：原异地安置退休人员、异地长期居住人员。

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)。

共城医医备案办理：

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：参保人员申请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。

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。

4 临时外出人员：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自动生成备案信息，参保人员无需自行办理备案。

异地就医待遇：

1 沈阳市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个副省级城市的三级甲等及以上医疗机构，以及其他地区的三级特等医疗机构，执行我市三级特等医疗机构的起付标准和报销比例；异地其他三级医疗机构、二级及以下医疗机构执行我市对应级别医疗机构待遇标准。

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门急诊、住院结算。按照“先备案，后结算”原则，在异地出院结算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。异地长期居住人员可在备案地一级及以上已开通异地就医直接结算且支持门诊结算报销的定点医疗机构享受门诊统筹待遇。

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，以沈阳市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。职工大额医疗保险按异地医疗机构起付标准和报销比例执行标准执行，补充险按原政策不变。临时外出就医人员不享受异地职工门诊统筹待遇。

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，由医保中心按原本地目录范围、支付标准受理报销业务。

5 异地急重病就医结算：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票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；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，报销比例下调5个百分点；职工大额医疗保险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、慢性阻塞性肺异治疗、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票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。

注：1.参保人签约家庭医生，在签约医疗机构就诊的，职工医保统筹基金支付比例提高10个百分点；

2.已经认定并享受慢性病待遇的参保人，门诊慢性病之外的门诊费用按普通门诊就医、结算，门诊统筹年最高支付限额为 7800 元。

市内住院待遇

政策依据：《沈阳市城镇职工基本医疗保险就医管理暂行办法》（沈劳社发〔2001〕37号）、《关于参加基本医保人员调整个人自付比例的通知》（沈劳社发〔2005〕32号）、《关于调整基本医疗保险住院统筹基金结算标准及增加单病种有关问题的通知》（沈劳社发〔2009〕10号）。

定点医疗机构住院治疗：

沈阳市城镇灵活就业等人员基本医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	统筹基金起付标准(元/次)	统筹基金报销比例		个人自付比例	
			在职	退休	在职	退休
市级统筹范围内	一 级	200	94%	97%	6%	3%
	区属二级	300	93%	96%	7%	4%
	市属二级	300	93%	96%	7%	4%
	三 级	600	88%	91%	12%	9%
	特大型三级	1200	86%	89%	14%	11%

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内装高价、内装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）。1年内多次住院的，起付标准每次递减15%，但最多不得超过2次；精神病、急慢性传染性肝炎、浸润型肺结核、慢性纤维空洞型肺结核、艾滋病不设立统筹基金起付标准；恶性肿瘤患者在一个自然年度内多次住院，每年只需交纳首次住院的统筹基金起付标准。

异地医疗待遇

政策依据：《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）、《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）、《关于印发辽宁省医保异地就医结算管理办法（2022年版）的通知》（辽医保发〔2022〕19号）、《关于印发辽宁省基本医保异地就医结算经办实施细则（试行）的通知》（辽医保发〔2023〕5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：原异地安置退休人员、异地长期居住人员。

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：参保人员申请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。

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。

4 临时外出人员：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自动生成备案信息，参保人员无需自行办理备案。

异地就医待遇：

1 沈阳市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个副省级城市的三级甲等及以上医疗机构，以及其他地区的三级特等医疗机构，执行我市三级特等医疗机构的起付标准和报销比例；异地其他三级医疗机构、二级及以下医疗机构执行我市对应级别医疗机构待遇标准。

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门急诊、住院结算。按照“先备案，后结算”原则，在异地出院结算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。异地长期居住人员可在备案地一级及以上已开通异地就医直接结算且支持门诊统筹报销的定点医疗机构享受门诊统筹待遇。

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，以沈阳市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。职工大额医疗保险按异地医疗机构起付标准和报销比例执行标准执行，补充险按原政策不变。临时外出就医人员不享受异地职工门诊统筹待遇。

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，由医保中心按原本地目录范围、支付标准受理报销业务。

5 异地急重病就医结算：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票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；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，报销比例下调5个百分点；职工大额医疗保险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、慢性阻塞性肺异治疗、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票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。

注：1.参保人签约家庭医生，在签约医疗机构就诊的，职工医保统筹基金支付比例提高10个百分点；

2.已经认定并享受慢性病待遇的参保人，门诊慢性病之外的门诊费用按普通门诊就医、结算，门诊统筹年最高支付限额为 7800 元。

市内住院待遇

政策依据：《沈阳市城镇职工基本医疗保险就医管理暂行办法》（沈劳社发〔2001〕37号）、《关于参加基本医保人员调整个人自付比例的通知》（沈劳社发〔2005〕32号）、《关于调整基本医疗保险住院统筹基金结算标准及增加单病种有关问题的通知》（沈劳社发〔2009〕10号）。

定点医疗机构住院治疗：

沈阳市城镇灵活就业等人员基本医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	统筹基金起付标准(元/次)	统筹基金报销比例		个人自付比例	
			在职	退休	在职	退休
市级统筹范围内	一 级	200	94%	97%	6%	3%
	区属二级	300	93%	96%	7%	4%
	市属二级	300	93%	96%	7%	4%
	三 级	600	88%	91%	12%	9%
	特大型三级	1200	86%	89%	14%	11%

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内装高价、内装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）。1年内多次住院的，起付标准每次递减15%，但最多不得超过2次；精神病、急慢性传染性肝炎、浸润型肺结核、慢性纤维空洞型肺结核、艾滋病不设立统筹基金起付标准；恶性肿瘤患者在一个自然年度内多次住院，每年只需交纳首次住院的统筹基金起付标准。

补充医疗保险待遇

政策依据：《关于建立城镇职工补充医疗保险的通知》（沈人社发〔2011〕144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）。

1 保障人群：参加我市城镇职工基本医疗保险和城镇职工大额医疗费用补助保险，并足额缴纳城镇职工基本保险和大额医疗费用补助保险费的在职职工、灵活就业人员及退休人员。

2 承办单位：中国人民健康保险股份有限公司沈阳中心支公司具体承办沈阳市城镇职工补充医疗保险。

3 补偿范围：参保人员发生的符合基本医疗保险规定的住院费用、门（急）诊抢救费用，在城镇职工基本医疗保险统筹基金年最高支付限额前段内，符合基本医疗保险统筹基金支付范围的个人按规定比例自付部分（不含起付标准），超过600元以上（不含600元）的医疗费用。

超过基本医疗保险统筹基金年最高支付限额后享受职工大额医疗费用补助保险待遇的个人自付部分，不在补充医疗保险的报销范围内。

4 补充医疗保险补偿比例：

本市就医人员

自付金额（扣除起付标准）	补偿比例
600元（不含600元）—800元	40%
800元（不含800元）—1000元	50%
1000元（不含1000元）—3000元	60%
3000元以上（不含3000元）	70%

临时外出人员

自付金额（扣除起付标准）	补偿比例
600元（不含600元）—800元	10%
800元（不含800元）—1000元	15%
1000元（不含1000元）—3000元	20%
3000元以上（不含3000元）	25%

5 结算方式：参保人员在本市定点医疗机构发生的符合补充医疗保险支付的医疗费用，直接在定点医疗机构享受补偿待遇。

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、医保码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执行参保地规定。

注：根据市医保局文件《关于完善全省门诊慢特病保障政策的通知》，职工大额医疗费用报销比例执行标准执行。

6 门诊慢特病：

政策依据：沈阳市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则（沈医保发〔2023〕19号）。

参保人在职工门诊统筹定点医疗机构发生的政策范围内的门诊医疗费在起付标准以上、支付标准限额以内的部分由基本医保按比例支付。

沈阳市城镇职工基本医疗保险门诊统筹医疗费用报销比例一览表

费用发生地	定点医疗机构等级	统筹基金起付标准	统筹基金报销比例		最高支付限额(封顶线)
			在职	退休	
市级统筹范围内	特三级	600元/年	50%	55%	12000元/人/年
	三级	400元/年	55%	60%	
	二级、三级传染病和精神疾病专科医院	200元/年	65%	70%	
	一级及以下	200元/年	70%	75%	

注：1.参保人签约家庭医生，在签约医疗机构就诊的，职工医保统筹基金支付比例提高10个百分点；

2.已经认定并享受慢性病待遇的参保人，门诊慢性病之外的门诊费用按普通门诊就医、结算，门诊统筹年最高支付限额为 7800 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职工生育保险有关政策的通知》（沈人社发〔2013〕22号）、《沈阳市人力资源和社会保障局等四部门关于生育保险和职工基本医疗保险合并实施试点有关问题的通知》（沈人社发〔2017〕63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 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〕25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）、《关于印发<辽宁省医保局 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）、《关于提高沈阳市参保人员住院分娩医疗费用保障水平的通知》（沈医保发〔2026〕30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）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)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)医疗费。

2 生育待遇

1.参加灵活就业医疗保险的人员，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。

2.参加灵活就业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。

3.2025年1月1日起，参加灵活就业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。

4.2026年10月1日（含）之后办理出院的省内住院分娩费用，生育服务包内费用区分甲、乙类，报销比例为100%。如果参保人的配偶已参加我市生育保险，则服务包内费用参照生育保险职工待遇标准执行，待遇差额部分，可由男方通过线上渠道或线下窗口申请补差。服务包外费用执行我市基本医疗保险相应等级医疗机构的支付比例。

跨省在院分娩费用，不享受生育服务包待遇。

5.2024年1月1日起，参加灵活就业医疗保险的人员在我市或异地生育保险定点医疗机构生育（含计划生育）门诊费用纳入门诊统筹支付范围，按照门诊统筹待遇标准报销，不区分基本医疗保险异地就医备案类别。

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，参加灵活就业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60%，最多享受2次。

7.参加灵活就业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）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）门诊就医患者提供《手术记录单》或《药流记录单》；自然流产门诊就医患者提供完整门诊病历资料及相关辅助检查报告单；住院患者提供《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、产后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：灵活就业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“西乌公园”站下车可到达。
电话：024-12345-1（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（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，和平区长白路51号。
乘坐128路、165路、247路、137路到“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

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“观泉路沈饮路”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
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