

沈阳市城乡居民基本医疗保险参保就医指南

参保缴费

按照市政府《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办法》(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收工作;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,负责为在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;
- 2 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;
- 3 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;
- 4 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、小学在校学生;
- 5 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”);
- 6 具有本市户籍的未满18周岁的非在校居民;
- 7 持有我市居住证、且在沈阳辖区内按规定参加医疗保险累计一年以上(不含一年)的外地户籍来沈务工人员(含现役军人)(非在校未满18周岁子女以下简称“非在校未成年人”);
- 8 持有我市居住证(或来往通行证)的未就业的港澳台人员;
- 9 持有中华人民共和国外国人永久居留身份证、护照,并提供境外人员在沈临时住宿证明的外籍人员。

缴费标准

城乡居民医保缴费标准

参保对象	参保类型	城乡居民医保(单位:元)	
		合计	其中 个人缴费 政府补助
在校学生	普通在校学生	230	610
	城乡低保对象、孤儿及重度残疾人(二级及以上)	840	0
	城乡低保边缘对象	92	748
非在校未成年居民	普通非在校未成年人及成年居民	420	610
	城乡低保对象、特困人员、孤儿及重度残疾人(二级及以上)	1030	0
	城乡低保边缘对象	168	862

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。其中集中参保期内办理当年参保业务的,应同时缴纳下一年的城乡居民医疗保险费。

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、民政对象、优抚对象、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 以中小学生(或大学生)身份在本市首次参保的全日制在校学生,待遇期为当年9月1日至次年12月31日。
- 3 中途参保缴费的城乡居民,其中:在校学生和非在校未成年居民自参保缴费到账次月起享受医保待遇;成年居民自缴费到账次月起3个月后享受医保待遇。
- 4 本市城乡低保对象、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参保缴费,到账之日起享受对应年度的城乡居民医保待遇。
- 5 重度残疾人员(二级及以上)从参保缴费次月起享受城乡居民医保待遇。
- 6 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。新生儿出生后3个月后参保缴费的,自参保缴费到账次月起享受医保待遇。
- 7 中途参保缴费并提供转移手续连续参保的,自参保缴费到账次月起享受医保待遇;未连续参保或不能提供转移手续的,自缴费到账次月起3个月后享受医保待遇。

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,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,城乡居民医保待遇自动中止。
- 职工医保转换为城乡居民医保:**
- 1 因个人就业状态发生变化,中断职工医保(含灵活就业人员)转换为城乡居民医保,中断缴费时间不超过3个月的,自缴费到账次月起享受城乡居民医保待遇;中断缴费时间超过3个月,在非集中参保期参保缴费的,自缴费到账次月起3个月后享受城乡居民医保待遇。
 - 2 我市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。
 - 3 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。
 - 4 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。

门诊、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:**《关于印发<沈阳市城乡居民医疗保险门诊规定病种管理办法>的通知》(沈医保发【2019】154号)《关于沈阳市基本医疗保险参保人员急危重症门(急)诊抢救医疗费用统筹基金支付范围的通知》(沈医保发【2021】26号)
- 2 **门诊规定病种:**患有门诊规定病种疾病的参保人员可持本人近期确诊的病历资料、近期免冠1寸彩色照片1张、社会保障卡或身份证复印件1张,到指定医院进行申报,经医院认定专家审核合格后,由医保中心登记备案给予门诊规定病种待遇。(申报及就诊医院可在医保局网站查询)

门诊规定病种统筹基金支付比例一览表

定点医疗机构等级	尿毒症血液透析、腹膜透析统筹基金报销比例	其他病种统筹基金报销比例
基层医疗卫生机构(包括一级乡镇卫生院及社区卫生服务机构)	80%	85%
一级医疗机构	80%	80%
二级医疗机构	80%	70%
三级医疗机构	70%	60%
特三级医疗机构	60%	55%

*注:苏家屯区中心医院、新民市人民医院、沈北新区中心医院尿毒症透析治疗统筹基金报销比例80%,利福平耐药结核75%。

- 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),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:**《关于做好沈阳市城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障工作的通知》(沈医保发【2019】135号)经指定的二级及以上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在选定的门诊统筹定点医疗机构享受两病用药报销待遇。起付标准为每季40元,统筹基金支付比例为55%,高血压每季限额提高到180元,糖尿病每季限额提高到210元。同时患有两病的,按糖尿病标准执行。

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	定点医疗机构等级或发生情况	起付标准(元/次)		统筹范围内报销比例	
		在校学生在非在校未成年居民	在校学生在非在校未成年居民	在校学生在非在校未成年居民	成年居民
市内	基层医疗卫生机构(一级乡镇卫生院和社区卫生服务机构)	50	100	90%	90%
	市级一级定点医疗机构	100	200	85%	85%
	市级二级定点医疗机构	150	300	80%	70%
	市级三级定点医疗机构	300	600	75%	75%
	特三级定点医疗机构	600	1200	70%	70%(1.5万元以上)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.统筹基金的起付标准项目在启动统筹基金前,必须由个人支付和假期回原籍地的学生在原籍地支付比例的费用。精神病、急性病毒性肝炎、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,每年只需缴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)。

- 1 异地长期居住人员、常驻异地工作人员:在备案地因病住院治疗、门诊规定病种治疗,按照我市相应参保人员类别、相应医院等级规定执行。
- 2 异地实习和假期回原籍地的学生: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。
- 3 异地转诊人员:经备案后转往外地住院治疗,学生及未成年人统筹基金起付标准1000元/次、统筹基金支付比例75%;成年及老年人统筹基金起付标准2000元/次、统筹基金支付比例60%。
- 4 临时外出人员(含无登记备案人员):外出期间因病住院治疗,学生及未成年人统筹基金起付标准1000元/次、统筹基金支付比例60%;成年及老年人统筹基金起付标准2000元/次、统筹基金支付比例50%。
- 5 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),异地长期居住人员、异地实习和假期回原籍地的学生在原籍地发生的统筹基金支付比例60%,其他情况学生及未成年人统筹基金支付比例60%;成年及老年人统筹基金支付比例50%。
- 6 因急危重症在医疗机构住院者,住院期间符合基本医疗保险政策支付范围的医疗费用,异地长期居住人员、异地实习、假期回原籍地的学生在原籍地发生的急危重症住院医疗费用按照我市相应参保人员类别、相应医院等级规定执行,除上述情况外,基本医疗保险待遇根据参保人员类别,按照我市特三级医院起付标准和保险比例执行。
- 7 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。
- 8 具有糖尿病、高血压、恶性肿瘤门诊放疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排斥治疗5种门诊规定病种待遇的异地长期居住人员,选择备案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。

结算方式:参保人员异地就医须提前在我市办理异地备案。异地就医医疗,应持社会保障卡或医保电子凭证在异地(备案地)定点机构直接结算,按照就医地目录范围、沈阳支付标准结算;特殊情况不能持卡直接结算的,由医保中心按照本地目录范围、支付标准受理报销业务。相应补充医疗保险的补偿款由承办险公司进行支付。

异地备案方式:参保人员可以使用国家医保服务平台APP、国家异地就医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、沈阳政务服务APP、辽事通APP、盛事通APP,线上办理异地备案,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,备案开始时间应早于就诊时间。长期居外备案满六个月后可办理终止或变更。

大病保险

- 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70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的医疗费用,均属于居民大病保险待遇保障范围。具体费用:
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、符合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 **补偿比例:**
1、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,年累计达到我市居民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,不设封顶线。超过起付标准以上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%。
其他超过基本医疗保险统筹基金最高支付限额后发生的基本医疗保险门诊规定病种、中医优势病种等医疗费用,由大病保险基金支付,按照基本医疗保险相关政策执行。
2、在校学生及非在校未成年居民因患白血病(含化疗及干细胞移植)、先天性心脏病(含手术治疗)、再生障碍性贫血、血友病(包含各种常规治疗)、脑瘫(仅限于手术治疗)、先天性耳聋(仅限于人造耳蜗植入)六种疾病就医时,符合基本医疗保险政策规定范围内个人自付的医疗费用,不设立居民大病保险起付标准,居民大病保险支付比例为90%。

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保险有关政策的通知》(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保险有关工作的通知>的通知》(沈医保发【2022】20号)

- 1 **就医流程:**参保人员持本人社会保障卡或医疗保险卡(持医疗保险卡则需同时持有有效身份证件)及相关资料到我市生育保险定点医疗机构就医,出院结算时,应由个人承担部分,由现金支付;应由统筹基金支付的部分,由沈阳市生育保险事务服务中心与定点医疗机构进行结算。异地生育发生的医疗费用先由个人垫付,待医疗终结或分娩后,持办理资料至医保中心办理申领手续。
- 2 **生育待遇:**
1.参加城乡居民医疗保险的人员,在待遇期内符合计划生育政策规定:(1)分娩、妊娠28周及以上引产或死胎的,可享受生育保险补贴和产前检查补贴300元待遇;(2)实施计划生育手术住院的,可享受生育保险补贴待遇。
2.参保人员在我市生育保险定点医院生育或实施计划生育手术住院的,执行基本医疗保险相应等级医疗机构的起付标准和支付比例。参保人员到异地生育保险定点医院生育或实施计划生育手术住院的,已办理“长期居外”登记备案的参保人员按沈阳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报销生育医疗费用;未办理备案或已办理“临时外出”登记备案的参保人员按基本医疗保险“临时外出”的起付标准和支付比例报销生育医疗费用。
3.参保人员在国外、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【2020】61号)报销异地生育医疗费,应于医疗终结或分娩后,持办理资料至医保中心办理申领手续。医保中心对参保人员享受生育保险待遇的条件进行审核。对符合条件的,核定其享受生育保险补贴标准,并将享受的补贴划入个人社会保障卡金融账户内。
(一)报销妊娠分娩医疗费用所需资料
1.《医疗费收据》原件;
2.费用清单;
3.《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);
4.《出生医学证明》;
5.《生育登记单》;
6.社会保障卡。
(二)报销实施计划生育手术住院医疗费用所需资料
1.《医疗费收据》原件;
2.费用清单;
3.《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);
4.《结婚证》;
5.社会保障卡。
注:城乡居民参保人员办理生育保险业务,本人办理的提供本人身份证、他人代办的提供代办人身份证。

业务经办区域划分

沈阳市医疗保障事务服务中心:皇姑区崇山中路103号
沈河分中心:沈河区西顺城街96号

浑南分中心:浑南区全运路109号(浑南区智慧二街与全运路交叉处东南角),沈阳创新天地H座7楼

铁西分中心:铁西区北一西路50号,即中国·沈阳人力资源服务产业园

铁西分中心张士管理部:经济技术开发区流花湖街1号

和平分中心:和平区长白西路51号,即和平区政务服务中心

大东分中心:大东区观泉路102-6号

于洪分中心:沈阳市于洪区沈新路10号网点6门

沈北分中心:沈北新区天乾湖街16号,位于沈北路与天乾湖街交叉点处,沈北新区政务服务中心四楼B区

苏家屯分中心:苏家屯区南京南街1088-3号二楼

康平分中心:康平县滨湖东四街东,顺山一路南

法库分中心:法库县法库镇南外环路38号

辽中分中心:辽中区滨水新区蒲水路28号

新民分中心:新民市南环东路21号

注:上述内容如遇政策调整和地址变更,以新政策和新址为准。

温馨提示:如您想进一步了解我市基本医疗保险的政策规定及办理流程,可登陆沈阳市医疗保障局网站(ybj.shenyang.gov.cn)。

沈阳医保服务电话:024-12345-1-7。

沈阳市医疗保障事务服务中心
二〇二二年九月