

药机构查询”，选择就医地，输入定点医疗机构名称，查询定点医疗机构门诊慢特病结算开通情况及支持病种；也可以点击“更

多筛选”，在“开通类别”中选择门诊慢特病，查询就医地开通的门诊慢特病费用跨省联网定点医药机构。

## 怎么做才能在医院直接结算？

参保人持医保电子凭证或社会保障卡到已开通门诊慢特病直接结算服务的定点医疗机构就医时，在门诊挂号、就诊、结算等环节，需主动告知跨省就医参保人身份和享受的门诊慢特病病种资格。

定点医疗机构需查询获取门诊慢特病病种资格认定信息，方便医生提供

合理诊疗服务。医生会按照就医地管理要求，专病专治，参保人在结算窗口持医保电子凭证或社会保障卡结算，本次就医属于门诊慢特病相关治疗的医疗费用按照病种单独结算；如果同时发生了与门诊慢特病治疗无关的其他医疗费用，会按普通门诊费用和门诊慢特病相关治疗费用分开结算。

## 哪些门诊费用暂时不能直接结算？怎么办？

考虑到普通门诊和门诊慢特病报销水平不同，为了避免影响参保人待遇水平，减少定点医疗机构反复退费重结的事务性负担，以下两种情况仍然需要参保人回参保地手工报销：

一是如果就医的定点医疗机构没有开通门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算服务，所有门诊慢特病相关治疗费用都不能实现跨省直接结算，注意不要按照普通门诊费用跨省直接结算，需按参保地规定在定点医疗机构全额自费

结算后，回参保地手工报销。

二是如果就医的定点医疗机构开通了门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算，但是参保人的门诊慢特病不属于高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗，发生的医疗费用也不能实现门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算。参保人也不要按照普通门诊费用跨省直接结算，需按参保地规定在定点医疗机构全额自费结算后，回参保地手工报销。🏠

来源：新华社