

附件3

### 落实门诊慢特病跨省直接结算联调测试工作联系表

报送单位：

统筹区	序号	姓名	单位部门及职务	联系方式	备注
**市医保局	1		**市医疗保障局		
	2		**市医保中心		
	3		**市医保工程师		
	*				