

## 附件 1

# 申请门诊特殊慢性病须提供医学证明材料

**1. 恶性肿瘤：**（1）病理报告、细胞学阳性检查或三级医院诊断恶性肿瘤的影像学报告（CT 或 MRI）；（2）近三年内的放疗、化疗、手术治疗等抗肿瘤治疗记录；（3）其他与病种相关材料（CT、核磁共振、同位素、内窥镜）。

审核标准：疾病证明、（1）、（2）

**2. 慢性肾功能衰竭（尿毒症期）：**（1）提供近年来至少两次以上的肾功能检查报告单；（2）近两年的门诊（住院）的腹透或血透治疗；（3）近三年内的诊疗记录；（4）与病种相关的其他检查资料。

审核标准：疾病证明、（1）、（2）

**3. 器官移植后抗排斥治疗：**（1）器官移植手术记录单和出院小结；（2）本年度连续服用抗排斥药物治疗记录；（3）其他与病种相关的检查化验材料；（4）近三年内的诊疗记录。

审核标准：疾病证明、（1）、（2）

**4. 血友病：**（1）凝血因子测定异常：VIII因子浓度、IX因子浓度、X因子浓度；（2）凝血象报告提示凝血时间延长、凝血酶源消耗不良；（3）实验室全套：PT、APTT、TT 报告；（4）脏器或关节出血（畸变）的相关材料；（5）近三年内连续治疗的就诊记录。

审核标准：疾病证明、(1)(2)加(3)(4)(5)中任一项。

**5. 艾滋病：**(1) HIV 检测阳性报告；(2) 近三年内诊疗医疗记录。

审核标准：疾病证明、(1)

**6. 系统性红斑狼疮：**(1) 除皮肤以外的一个或以上脏器受损的相关检查报告单；(2) 一次以上抗核型贫血（白细胞减少、血小板减少、淋巴细胞减少）的血象报告；(3) 一次以上尿蛋白或管型尿阳性报告；(4) 一次以上抗核抗体阳性报告；(5) 近三年内相关免疫学检查报告单；(6) 连续的诊疗记录。

审核标准：疾病证明、(1)加(2)(3)(4)中任意两项

**7. 再生障碍性贫血：**(1) 骨髓细胞学检查报告单；(2) 一次以上全血细胞减少、网织红细胞 $<0.01$ 的检查报告单；(3) 近三年连续治疗的诊疗记录。

审核标准：疾病证明、(1)、(2)

**8. 帕金森氏综合症：**(1) 有服用多巴胺类药物史；(2) 病史两年以上，有相应病历记录；(3) 有一次该病的住院记录；(4) 排除脑外伤、中风等疾病的检查报告。

审核标准：疾病证明、(1)加(2)(3)的任意一项

**9. 精神病：**(1) 一次以上精神病出院小结；(2) 连续一年以上门诊治疗精神病病历；(3) 排除其他器质性、症状性、中毒性及情感性精神障碍。

审核标准：精神专科医院出具的疾病证明、(1)或(2)的任

意一项

**10. 高血压病：**(1) 两次以上在二级以上(含二级)定点医疗机构门诊和住院病历复印件，病历中须有血压测量记录(收缩压 $>160\text{mmHg}$ 、舒张压 $>100\text{mmHg}$ )；(2) 连续治疗高血压的病历记录；(3) 近五年以内显示心脏左室肥厚或心脏扩大或心功能不全的相关检查(多普勒、CT、磁共振、ECT等)；(4) 近五年以内显示脑出血或脑梗塞的相关检查(CT、磁共振等)；(5) 近五年以内显示肾功能不全的相关检查(肾功能、微量尿蛋白、血糖等)；(6) 近五年以内显示眼底病变的相关检查(眼底造影或照相)；(7) 近五年以内显示动脉硬化、增厚或狭窄的相关检查(多普勒、造影等)。

审核标准：疾病证明、(1)、(2)加(3)(4)(5)(6)(7)中任意一项

**11. 糖尿病：**(1) 两次以上血糖化验报告单：空腹血糖 $>7.0\text{mmol/L}$ 、口服糖耐量试验时2h血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ ；(2) 近三年内连续使用降糖药或胰岛素的记录；(3) 提供肾功能报告单或眼底造影或心电图或神经检查阳性报告单；(4) 血糖化验检查报告单；(5) 其他与病种相关材料。

审核标准：疾病证明、(1)、(2)、(3)

**12. 慢性病毒性肝炎(肝功能异常)、肝硬化：**(1) 提供近三年来至少两次以上的肝功能检查报告单；(2) 近三年来连续治疗病历记录；(3) 病毒性肝炎阳性检查报告；(4) 肝硬化影像学检查阳性报告；(5) 与病种相关的其他检查资料。

审核标准：疾病证明、(1)、(2)加(3)或(4)

**13. 慢性阻塞性肺疾病、慢性支气管哮喘、慢性支气管炎：**(1) 近三年内的肺功能报告单；(2) 近三年内的胸片阳性报告单；(3) 近三年内的CT阳性报告单；(4) 两年以上病程和治疗记录；(5) 其他辅助检查：痰检报告、气管激发试验或运动实验阳性，支气管舒张试验阳性。

审核标准：疾病证明、(1)、(2)、(3)

**14. 冠心病（冠脉支架术后）：**(1) 冠脉支架置入手术记录单和出院小结；(2) 冠状动脉造影检查阳性报告；(3) 两次以上心电图ST、T明显缺血性改变，或负荷运动试验阳性；(4) 心肌梗死病历记录，心肌坏死标志物检查(TnI、TnT、CK、CKMB)；(5) 其他辅助检查：核素心肌显像、心脏超声、心肌酶学检查等。

审核依据：疾病证明、(1)加(2)或(3)(4)两项都具备

**15. 脑血管病（脑溢血、脑梗塞、脑血栓形成、脑血管畸形）：**(1) 至少一次脑部CT检查报告单（明确显示以上疾病）；(2) 其他与病种相关材料；(3) 近三年内连续治疗的病历记录。

审核标准：疾病证明、(1)

**16. 肺结核：**(1) 结核菌病原性检测阳性报告；(2) 近一年内服用抗结核药物记录；(3) 近一年内的胸片或CT检查及报告单。

审核标准：疾病证明、(1)、(2)

**17. 肾病综合征：**(1) 尿蛋白阳性，>3.5g/天；(1) 血浆白蛋白低于25g/L；(3) 血脂高于正常标准；(4) 肾功能、双肾超

声等其他辅助检查

审核依据：疾病证明、(1)、(2)

**18. 心脏病合并心功能不全限Ⅱ级以上：**(1) 以下检查结果提示心脏病变：心电图、动态心电图、心电图负荷运动试验、胸部 X 线、冠脉造影、心脏超声检查等；(2) 近三年来心脏彩超提示心脏舒缩异常，心脏泵出血量减少的阳性报告；(3) 一次以上因心功能不全的住院记录；(4) 近三年来连续诊疗记录。

审核标准：疾病证明、(1)、(2)

**19. 老年痴呆症：**(1) 脑电图显示慢波明显增多；(2) 脑部 CT 检查，显示脑室增大及脑沟变宽等异常，或者为全面的脑萎缩；(3) 一年以上老年痴呆病史；(4) 六个月以上的连续治疗病历或出院小结；(5) 通过神经系统检查及脑电图、CT 检查排除脑动脉硬化及其他原因引起的痴呆。

审核依据：疾病证明、(3)、(4)、(1) 或 (2)

**20. 慢性房颤：**(1) 至少两次心电图提示房颤；(2) 24 小时动态心电图提示房颤；(3) 排除甲亢、药物、酒精中毒等因素引起的房颤；(4) 近三年来连续诊疗记录。

审核依据：疾病证明、(1)、(2) 或 (4)

**21. 心肌病（原发性）：**(1) 排除风湿性心脏病、高血压性心脏病、肺源性心脏病、冠心病和相关心包、心脏疾病；(2) 心脏超声检查提示心肌肥厚或心脏扩大；(3) 心电图检测显示心律失常；(4) 出现充血性心力衰竭症状；(5) 心肌酶谱检查显示心肌

受损；(6) 其他影像和实验室检查能提示心肌病的；(7) 近三年来连续诊疗记录。

审核依据：疾病证明、(1)、(7)、(2)(3)(4)(5)(6) 中任意两项

**22. 甲亢性心脏病：**(1) 甲状腺激素测定异常(血清 T3、T4、FT3、FT4 升高)；(2) 连续治疗甲亢药物服用记录；(3) 影像和实验室检查有 1 项或以上的心脏异常(包括心率失常、心脏扩大、心率衰竭、二尖瓣脱垂伴病理性杂音等)；(4) 排除其他病因引起的心脏病

审核依据：疾病证明、(1)、(2)、(3)

**23. 甲状腺功能低下症：**(1) 最少一次甲状腺功能低下临床症状和并发症入院诊疗记录；(2) 血清甲状腺激素测定水平低于正常值；(3) 基础代谢率测定、甲状腺抑制试验、甲状腺免费试验或其他辅助实验室检查能证明甲状腺功能异常的检测报告；(4) 近三年来连续诊疗记录。

审核依据：疾病证明、(1)、(2) 或 (3)

**24. 皮质醇增多症(库欣综合征)：**(1) 最少一次因库欣综合征入院诊疗记录；(2) 实验室检测库欣综合征阳性报告(血清皮质醇测定、24hUFC、DST 等)；(3) 近三年来因库欣综合征的连续服药记录或手术记录。

审核依据：疾病证明、(2)、(1) 或 (3)

**25. 原发性慢性肾上腺皮质功能减退症(艾迪生病)：**(1) 最

少一次因艾迪生病入院诊疗记录；(2) 血、尿皮质醇水平测定低于正常值的检查报告；(3) 其他辅助检查报告：血浆促肾上腺皮质激素及其相关肽 N-POMC 的测定异常、促肾上腺皮质激素兴奋试验异常、腹平片及肾上腺 CT 扫描示肾上腺区异常、血中抗肾上腺抗体阳性等；(4) 近三年来因艾迪生病的连续治疗记录。

审核依据：疾病证明、(1)、(2) 或 (3)(4)

**26.1、慢性肾炎：**(1) 两次以上的尿检异常(血尿、蛋白尿、管型尿)；(2) 有水肿及高血压病史；(3) 肾功能受损的检查报告；(4) 肾活检病理检查阳性报告；(5) 近三年来连续治疗记录。

审核依据：疾病证明、(1)、(2)(3)(4) 其中一项

**26.2、紫癜性肾炎：**(1) 最少一次因皮肤紫癜、关节肿痛、腹痛、便血等过敏性紫癜症状并入院诊疗记录；(2) 两次以上的尿检异常(血尿、蛋白尿、管型尿)；(3) 肾功能受损的检查报告；(4) 近三年来连续治疗记录。

审核依据：疾病证明、(1)、(2)

**27.1、牛皮癣：**(1) 最少一次诊疗记录，能反映牛皮癣典型的临床表现；(2) 近三年来连续治疗记录。

审核依据：疾病证明、(1)、(2)

**27.2、系统性硬皮病：**(1) 掌指关节近端的硬皮变化一项(可累及整个肢体、面部、全身及躯干)，手指硬皮病、手指尖有凹陷性瘢痕和指垫消失、双肺基底纤维化其中的两项；(2) 自身免疫性抗体检测阳性报告，血液检查血沉增快，红细胞减少，血小板

减少，呈现轻度贫血、嗜酸性粒细胞增多；(3)尿检蛋白尿阳性，镜下可见红细胞和管型；(4)生化学检查异常：血清白蛋白降低，球蛋白增高，血中纤维蛋白原含量增高；部分患者血中肌酸磷酸激酶、乳酸脱氢酶和谷草转氨酶升高；血清钾、氯、尿素氮与肌酐可有不同程度的异常；(5)近三年来连续治疗记录。

审核依据：疾病证明、(1)、(2)(3)(4)其中一项

**28. 股骨头坏死：**(1)X线等影像学检查提示骨纹理细小或中断，股骨头囊肿、硬化、扁平或塌陷；(2)最少一次因股骨头坏死的入院诊疗记录；(3)近三年来连续治疗记录。

审核依据：疾病证明、(1)

**29. 类风湿性关节炎：**(1)最少一次因对称性的手、脚的小关节疼痛的入院诊疗记录，病程至少6周；(2)实验室检查类风湿因子阳性(滴度 $>1:20$ )；(3)有皮下结节或X片示肿胀关节形态改变；(4)其他辅助实验室检查阳性：抗核周因子，(ADF)，抗黄瓜酸肽抗体CCP，抗角蛋白抗体(AKA)；(5)近三年来连续治疗记录。

审核依据：疾病证明(1)、(3)、(2)或(4)

**30. 强制性脊柱炎：**(1)双侧骶髂关节炎II<sup>-</sup>IV级，或单侧骶髂关节炎III<sup>-</sup>IV级(炎性脊柱痛或非对称性以下肢关节为主的滑膜炎)，骶髂关节影像学检查阳性报告；(2)血液检查血小板升高、贫血、血沉增快或C反应蛋白升高；(3)HLA-B27基因检测阳性；(4)超声检查病变部位阳性报告；(5)近三年来连续治疗记录。



审核依据：疾病证明、(1)、(2)(3)(4)中任意两项。

**31.1、运动神经元病：**(1)最少一次因肌无力、肌萎缩入院诊疗记录；(2)肌电图显示下运动单位病变，而外周神经传导速度正常；(3)近三年来连续治疗记录。

审核依据：疾病证明、(1)。

**31.2、多发性硬化病：**(1)最少一次入院诊疗记录；(2)影像学检查中枢神经系统多发性病灶；(3)脑脊液检查存在自身免疫性炎症反应；(4)电生理检查存在脱髓鞘病变异常；(5)近三年来连续治疗记录。

审核依据：疾病证明、(1)、(2)(3)(4)中任意一项

**32.重症肌无力：**(1)最少一次因肌无力入院诊疗记录；(2)肌电图异常报告；(3)病理诊断提示肌纤维改变、神经肌肉接头处改变、胸腺病变；(4)血清自身抗体阳性报告；(5)其他辅助实验阳性报告：肌疲劳实验、腾喜龙试验和新斯的明试验等；(6)近三年来连续治疗记录。

审核依据：疾病证明、(1)、(2)、(3)(4)(5)中任意一项

**33.痛风：**(1)血尿酸测定男性 $>416\ \mu\text{mol/L}$ ( $7\text{mg/dl}$ )，女性 $>357\ \mu\text{mol/L}$ ( $6\text{mg/dl}$ )；(2)血、尿常规及血沉提示异常；(3)痛风关节X线等影像学检查阳性；(4)痛风关节穿刺积液、结石实验室检测阳性；(5)近三年来连续治疗记录。

审核依据：疾病证明、(1)、(2)(3)(4)中任意一项

**34.慢性骨髓炎：**(1)提供急性骨髓炎或开发性骨折病史记

录；（2）X线及其他影像学检测阳性报告；（3）病变部位病历及实验室检查阳性报告；（4）近三年来连续治疗记录。

审核依据：疾病证明、（1）、（2）或（3）

**35. 慢性消化性溃疡：**（1）内镜检查阳性报告；（2）X线钡餐检查阳性报告；（3）近三年来连续治疗记录。

审核依据：疾病证明、（1）或（2）

**36. 癫痫：**（1）因癫痫发作的入院诊疗记录；（2）近三年来连续治疗记录。

审核依据：疾病证明、（1）、（2）

**37. 慢性肺源性心脏病：**（1）有慢性支气管炎、肺气肿及其他引起肺的结构或功能损害而导致肺动脉高压、右心肥大的疾病记录；（2）胸部X线提示肺动脉扩展、右心室增大等阳性报告；（3）心脏超声提示室间隔增厚、右心室增厚等阳性报告；（4）心电图阳性报告；（5）肺功能障碍报告；（6）其实肺源性心脏改变的其他检查报告；（7）近三年来连续治疗记录。

审核依据：疾病证明、（1）、（2）、（3）

**38. 骨髓增生异常综合征：**（1）至少三次以上血象提示持续（ $\geq 6$ 月）一系或多系血细胞减少；（2）骨髓实验室检测提示异常：骨髓涂片红细胞系、中性粒细胞系、巨核细胞系中任一系至少达10%、环状铁粒幼细胞占有核红细胞比例 $\geq 15\%$ 、原始细胞中达5~19%、染色体异常；（3）其他辅助检查：流式细胞术显示骨髓细胞表型异常、单克隆细胞群存在明确的分子学标志、

HUMARA（人类雄激素受体）分析，基因芯片谱型或点突变、3 骨髓或/和循环中祖细胞的 CFU 集落（± 集簇）形成显著和持久减少；（4）近三年来连续治疗记录。

审核依据：疾病证明、（1）、（2）或（3）

**39. 原发性慢性血小板减少性紫癜：**（1）至少三次以上检查血小板低于正常值；（2）脾脏不增大或仅轻度增大；（3）骨髓检查巨核细胞正常增多，有成熟障碍；（4）排除继发性血小板减少症；（5）近三年来连续治疗记录。

审核依据：疾病证明、（1）、（2）、（3）、（4）

# 江西省本级医疗保险门诊特殊慢性病待遇申请表

单位名称 (公章) \_\_\_\_\_ 年 月 日

<input type="checkbox"/> 省本级职工医保	<input type="checkbox"/> 省本级机关医保 (单位户号: _____)	<input type="checkbox"/> 中央驻赣机关事业单位医保 (单位户号: _____)			
申请人姓名	申请人身份证号	申请人医保卡号	申请人联系电话		
申请人联系电话	单位联系人姓名	单位联系人电话	固定电话	手机	
申请慢性病种(每张表限选一种慢性病,省本级职工医保和合同制工人选择前19种)	<input type="checkbox"/> 1. 恶性肿瘤 <input type="checkbox"/> 2. 慢性肾功能衰竭(尿毒症期) <input type="checkbox"/> 3. 器官移植后抗排斥治疗 <input type="checkbox"/> 4. 血友病 <input type="checkbox"/> 5. 艾滋病 <input type="checkbox"/> 6. 系统性红斑狼疮 <input type="checkbox"/> 7. 再生障碍性贫血 <input type="checkbox"/> 8. 帕金森氏综合症 <input type="checkbox"/> 9. 精神病 <input type="checkbox"/> 10. 高血压病 <input type="checkbox"/> 11. 糖尿病 <input type="checkbox"/> 12. 慢性病毒性肝炎(肝功能异常)、肝硬化 <input type="checkbox"/> 13. 慢性阻塞性肺疾病、慢性支气管炎哮喘、慢性支气管炎 <input type="checkbox"/> 14. 冠心病(冠状动脉粥样硬化) <input type="checkbox"/> 15. 脑血管病(脑溢血、脑梗塞、脑血栓形成、脑血管畸形) <input type="checkbox"/> 16. 肺结核 <input type="checkbox"/> 17. 肾病综合症 <input type="checkbox"/> 18. 心脏病合并心功能不全 <input type="checkbox"/> 19. 老年痴呆症 <input type="checkbox"/> 20. 慢性房颤 <input type="checkbox"/> 21. 心脏病(原发性) <input type="checkbox"/> 22. 甲亢性心脏病 <input type="checkbox"/> 23. 甲状腺功能低下症 <input type="checkbox"/> 24. 皮质醇增多症(库欣综合症) <input type="checkbox"/> 25. 原发性慢性肾上腺皮质功能减退症(艾迪生病) <input type="checkbox"/> 26. 1慢性肾炎 <input type="checkbox"/> 26. 2紫癜性肾炎 <input type="checkbox"/> 27. 1牛皮癣 <input type="checkbox"/> 27. 2系统性硬皮病 <input type="checkbox"/> 28. 股骨头坏死 <input type="checkbox"/> 29. 类风湿性关节炎 <input type="checkbox"/> 30. 强制性脊柱炎 <input type="checkbox"/> 31. 1运动神经元病 <input type="checkbox"/> 31. 2多发性硬化病 <input type="checkbox"/> 32. 重症肌无力 <input type="checkbox"/> 33. 痛风 <input type="checkbox"/> 34. 慢性骨髓炎 <input type="checkbox"/> 35. 慢性消化性溃疡 <input type="checkbox"/> 36. 癫痫 <input type="checkbox"/> 37. 慢性肺源性心脏病 <input type="checkbox"/> 38. 骨髓增生异常综合症 <input type="checkbox"/> 39. 原发性慢性血小板减少性紫癜				
	申报材料及数量	疾病诊断证明书 份; 门诊病历 份; 出院小结 份; 检查报告单 份; 影像学资料 份; 其他 份	拟选择定点医院(限一所(含多个病种申请时), 异地安置须在异地选定机构内选择)	拟选择定点治疗科室	
医疗保险经办机构核定结果	核定意见: <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 材料不全, 需补充材料为: _____ <input type="checkbox"/> 申请材料与条件不符 <input type="checkbox"/> 其他 复审意见: _____ 日期: _____ 负责人意见: _____ 日期: _____ 签名: _____ 日期: _____				

注: 申请人填写此表(每个病种一张)后, 与疾病(诊断)证明书原件、病历原件(病历本人复印一份留存)、身份证复印件及其他证明材料复印件, 交单位汇总后上报。

# 江西省本级门诊特殊慢性病待遇申请汇总表

省本级企业职工医保

省直机关事业单位医保

中央驻赣机关事业单位医保

填报单位（盖章）：

年 月 日

序号	姓名	公民身份号	医保卡号	人员类别	性别	年龄	病种名称	申报资料及数量						
								门诊病历	诊断证明	出院小结	检验单据数	影像资料数		
合 计														

负责人：

审核人：

填表人：

注：本表用于按省本级企业职工医保、省直机关事业单位医保、中央驻赣机关事业单位医保分列汇总表门诊特殊慢性病申请，于每月20日前报省社保中心。

附件 4

## 江西省本级医疗保险门诊特殊慢性病 定点医疗机构变更表

省直机关事业单位医保

中央驻赣机关事业单位医保

姓名		性别		身份证号	
单位				联系电话	
申请病种					
原申请诊疗医院				申请诊疗医院	
身份证复印件					
申请人签字:					
医保经办部门意见:					
经办人: 年 月 日					

---

抄送：江西省人力资源和社会保障厅。

---

江西省社会保险管理中心办公室

2016年12月22日印发

---