

宜春市医疗保障局文件

宜医保字〔2021〕21号

宜春市医疗保障局关于调整门诊特殊慢性病政策 加强规范化管理的通知

各县（市、区）医疗保障局，各有关定点医疗机构：

为切实保障参保人员门诊特殊慢性病（以下简称慢性病）基本用药需求，提升定点医疗机构合理检查、合理治疗、合理用药水平，提高医保基金使用效率，根据《中共江西省委 江西省人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》（赣发〔2021〕2号）、《江西省医疗保障局关于进一步加强全省医疗保障工作规范化管理的通知》（赣医保字〔2019〕39号）、《宜春市人民政府关于印发宜春市城镇职工基本医疗保险实施办法的通知》（宜府发〔2008〕8号）、市政府办《关于印发〈宜春市城乡居民基本医疗保险试行办法〉的通知》（宜府办发〔2016〕56号）等文件精神，结合实际，就调整我市慢性病有关政策和加强规范化管理有关事项通知如下：

一、扩大慢性病病种范围

将我市慢性病病种由目前的 29 种扩大到 32 种，其中 I 类 9 种，II 类 23 种。具体病种及分类（见附件 1）。

二、调整慢性病年度最高支付限额

参保人员慢性病待遇起付标准为 400 元，起付线以下的费用，由参保人自付，超过起付线符合医保政策范围内的医药费用，分别按城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险规定的住院支付比例进行报销，超过大病保险起付标准的，按大病保险规定的支付比例报销。I 类慢性病年度最高支付限额按住院最高报销限额规定执行；II 类慢性病年度最高支付限额按病种分别确定（见附件 2），患多个 II 类慢性病病种的，每增加一种，在最高限额病种的基础上年度内支付限额增加 2000 元。

超过基本医疗保险年度最高支付限额的慢性病门诊医疗费用，医保统筹基金不予支付。

三、优化认定流程

将慢性病病种认定权限下放至指定的符合条件的定点医疗机构（见附件 3），医保经办机构原则上不再受理参保人员慢性病资格申请，由定点医疗机构对参保人员提交的慢性病认定申请实行“一站式”受理。对定点医疗机构无能力审核的病种，按原流程由医保经办机构认定。认定流程如下：

（一）受理申请。参保人员罹患慢性病病种范围的疾病，应携带二级及以上医保定点医疗机构医学证明材料（见附件 4），至定点医疗机构向专科接诊医师（中级职称以上）提出办理慢性

病资格认定申请，经接诊医生审核，符合相应病种准入标准的，由接诊医生填写《江西省门诊特殊慢性病病种待遇认定申请表》（以下简称申请表，见附件 5），提交所在科室复核；不符合相应慢性病病种准入标准的，接诊医生不得填写申请表。

（二）科室复核。接诊医生所在科室的副主任或以上医师对提交的申请表及申请材料进行复核（科室无副主任或以上医师的，可由其上级主管医师复核），经复核符合申请条件的，在申请表上签字，再由科室提交医院医保业务管理部门审核。

（三）审核确认。医院医保业务管理部门应对科室提交的申请表及申请材料进行审核，符合认定条件的，应于 2 个工作日内录入医保信息系统予以确认，并发放慢性病登记证，录入确认时间即为该参保人慢性病种待遇享受有效期的开始时间。审核未通过的，说明理由并退还申请材料。

（四）资料存档。定点医疗机构须将申请表及相关申请资料保存备查。具体保管期限按照社会保险业务档案管理有关规定执行，供医保经办机构监督检查。

四、加强就医管理

1. 参保人在我市统筹区域内慢性病门诊就医实行定点医院管理，限定定点医院数量不超过两家。医保信息系统根据参保人员年度内慢性病就诊记录，按就医时间选定前两家医院作为其当年慢性病定点医院。确因病情需要、居住地迁移、工作地址变更等情形需要变更定点医院的，由参保人员向参保地医保经办机构申请变更定点医院，原则上每年度只能变更 1 次。

2. 参保人员慢性病病种检查、治疗的门诊医疗费用，须与其申办的慢性病病种相符，与申办的慢性病病种不相符的医疗费用医保统筹基金不予支付。

3. 参保人因慢性病在本市统筹区域内门诊就医时，在非选定的慢性病定点医院发生的慢性病门诊医疗费用，医保统筹基金不予支付。

4. 定点医疗机构按照因病施治、合理用药的原则，全年处方药量不应超过其实际需求量，单次处方原则上用药量不超过一个月，特殊情形（如最低生活保障对象、特困供养人员、因病致贫返贫人员、行动不便残疾人员、市外居住人员等）可根据病情需要将慢性病病种单次处方医保用药量延长到不超过3个月。

5. 参保人员因其选定的慢性病定点医院未采购国家谈判药（含江西省特药），需在其慢性病定点医院以外的医保特药定点药店购药的，由其慢性病定点医院出具处方和相关证明，经参保地医保经办机构审批后，发生的外购药品费用纳入医保基金支付范围。上级文件有新规定的，从其规定。

五、强化管理监督

（一）定点医疗机构应严格执行国家、省和市医保法律、法规和服务协议等规定。不得为参保人员违规办理慢性病病种待遇认定；不得通过串换药品、串通参保人员伪造病历和检查资料等违规、违法行为骗取医保基金；对非本认定医疗机构就诊的参保人员提出的慢性病认定申请，不得无故拒绝、推诿或重复要求做出不必要的检查。违规严重的，撤销慢性病认定和定点医疗机构

资格,构成犯罪的,依法追究刑事责任。

(二)参保人员不得利用虚假资料违规骗取慢性病资格,经查实存在违规行为的,由医疗保险经办机构责令退回骗取的医保基金,取消其违规获取的慢性病待遇资格,并按相关规定进行处罚,构成犯罪的,依法追究刑事责任。

(三)各级医保经办机构应建立工作机制,对定点医疗机构服务行为进行稽核检查。定期或不定期检查、抽查定点医疗机构慢性病病种待遇认定资料以及提供的医疗服务行为,发现定点医疗机构存在为不符合条件的参保人员办理慢性病病种待遇认定等违规、违法行为的,要及时按规定予以处理。

六、本通知自 2021 年 7 月 1 日起实施,此前规定与本通知不一致的,以本通知为准。

- 附件:
1. 宜春市门诊特殊慢性病病种
 2. 宜春市 II 类门诊特殊慢性病统筹基金支付限额
 3. 宜春市开展门诊特殊慢性病病种资格审核定点医疗机构
 4. 申请门诊特殊慢性病须提供的医学证明材料
 5. 江西省门诊特殊慢性病病种待遇认定申请表



附件 1

宜春市门诊特殊慢性病病种

序号	慢性病种类	慢性病病种
1	I 类	恶性肿瘤
2		系统性红斑狼疮
3		再生障碍性贫血
4		帕金森综合症
5		慢性肾功能衰竭（尿毒症期）
6		器官移植后抗排斥治疗
7		地中海贫血（含输血）
8		脑瘫
9		血友病
10	II 类	精神病
11		高血压病
12		糖尿病
13		结核病
14		冠心病（含冠状动脉支架植入术后）
15		心脏病合并心功能不全 II 级以上
16		慢性房颤
17		心肌病（原发性）
18		慢性病毒性肝炎
19		慢性支气管炎
20		慢性阻塞性肺疾病
21		慢性支气管哮喘

序号	慢性病种类	慢性病病种
22		肝硬化
23		慢性肾病
24		脑卒中（脑出血、脑梗塞、脑血管畸形破裂出血）
25		癫痫
26		重症肌无力
27		血吸虫病
28		儿童生长激素缺乏症
29		尘肺病（已享受尘肺病工伤医疗待遇的除外）
30		阿尔茨海默病
31		强直性脊柱炎
32		类风湿关节炎

附件 2

宜春市 II 类门诊特殊慢性病统筹基金支付限额

编号	病种名称	最高支付限额（元）	
		职工	居民
1	精神病	8000/年	5000/年
2	高血压病	8000/年	5000/年
3	糖尿病	10000/年	6000/年
4	结核病	5000/年	3000/年
5	冠心病（含冠状动脉支架植入术后）	8000/年	5000/年
6	心脏病合并心功能不全Ⅱ级以上	8000/年	5000/年
7	慢性房颤	8000/年	5000/年
8	心肌病（原发性）	8000/年	5000/年
9	慢性病毒性肝炎	10000/年	6000/年
10	慢性支气管炎	8000/年	5000/年
11	慢性阻塞性肺疾病	8000/年	5000/年
12	慢性支气管哮喘	8000/年	5000/年
13	肝硬化	10000/年	6000/年
14	慢性肾病	10000/年	6000/年
15	脑卒中（脑出血、脑梗塞、脑血管畸形破裂出血）	8000/年	5000/年
16	癫痫	8000/年	5000/年
17	重症肌无力	8000/年	5000/年
18	血吸虫病	5000/年	3000/年
19	儿童生长激素缺乏症		5000/年
20	尘肺病（已享受尘肺病工伤医疗待遇的除外）	5000/年	3000/年
21	阿尔茨海默病	8000/年	5000/年
22	强直性脊柱炎	8000/年	5000/年
23	类风湿关节炎	8000/年	5000/年

附件 3

宜春市开展门诊特殊慢性病病种审核定点医疗机构

序号	定点医疗机构	备注
1	宜春市人民医院	
2	宜春市中医院	
3	宜春市妇幼保健院	
4	宜春市第三人民医院	仅限精神病病种认定
5	宜春市第二人民医院	
6	丰城市人民医院	
7	丰城市中医院	
8	丰城市精神病（第四人民）医院	仅限精神病病种认定
9	樟树市人民医院	
10	樟树市中医医院	
11	江西省康宁医院樟树医院	仅限精神病病种认定
12	高安市人民医院	
13	高安市中医院	
14	上高县人民医院	
15	上高县中医院	
16	宜丰县人民医院	
17	宜丰县中医院	
18	铜鼓县人民医院	
19	万载县人民医院	
20	万载县中医院	
21	奉新县人民医院	
22	奉新县中医医院	
23	靖安县人民医院	
24	靖安县中医医院	

附件 4

申请门诊特殊慢性病须提供的医学证明材料

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)。

认定依据 1: 疾病证明、(1)、(2)

认定依据 2: 疾病证明、近三年出院记录、相关检查结果

2. 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) 两次以上 (含两次) 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) 两次以上 (含两次) 尿蛋白或管型尿阳性报告; (4) 两次以上 (含两次) 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。

认定依据 1: 疾病证明、(1) 加 (2)(3)(4) 中任意两项

认定依据 2: 疾病证明、近三年出院记录、相关检查结果

3. 再生障碍性贫血:

(1) 骨髓细胞学检查报告单; (2) 两次以上 (含两次) 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。

认定依据 1: 疾病证明、(1)、(2)

认定依据 2: 疾病证明、近三年出院记录、相关检查结果

4. 帕金森综合症:

(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。

认定依据 1: 疾病证明、(1) 加 (2) (3) 中任意一项

认定依据 2: 疾病证明、近三年出院记录、相关检查结果

5. 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。

认定依据 1: 疾病证明、(1)、(2)

认定依据 2: 疾病证明、近三年出院记录、相关检查结果

6. 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。

认定依据 1: 疾病证明、(1)、(2)

认定依据 2: 疾病证明、近三年出院记录、相关检查结果

7. 地中海贫血 (含输血):

(1) 血常规提示小细胞贫血; (2) 血红蛋白电泳异常; (3) 彩超提示脾大; (4) 地中海贫血基因检测; (5) 定期输血治疗; (6) 有家族遗传史

认定依据 1: 疾病证明、(1)、(2)、(3)、(4)

认定依据 2: 疾病证明、近三年出院记录、相关检查结果

8. 脑瘫:

(1) 近一年来因生长发育异常而入院检查的入院诊疗记录;

(2) 神经系统发育评估报告单;

认定依据 1: 疾病证明、(1)、(2)

认定依据 2: 疾病证明、近三年出院记录、相关检查结果

9. 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。

认定依据 1: 疾病证明、(1)、(2) 加 (3)(4)(5) 中任意一项。

认定依据 2: 疾病证明、近三年出院记录、相关检查结果

10. 精神病:

(1) 两次以上(含两次)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。

认定依据 1: 精神专科医院出具的疾病证明加 (1)(2) 中任意一项

认定依据 2: 疾病证明、近三年出院记录、相关检查结果

11. 高血压病:

(1) 两次以上在二级以上 (含二级) 定点医疗机构门诊或住院病历复印件, 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)。

认定依据 1: 疾病证明、(1) 加 (2)(3)(4)(5)(6)(7) 中任意一项

认定依据 2: 疾病证明、近三年出院记录、相关检查结果

12. 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) 其他与病种相关材料。

认定依据 1: 疾病证明、(1)、(2)、(3)

认定依据 2: 疾病证明、近三年出院记录、相关检查结果

13. 结核病:

(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。

认定依据 1: 疾病证明、(1)、(2)

认定依据 2: 疾病证明、近三年出院记录、相关检查结果

14. 冠心病 (含冠状动脉支架植入术后):

(1) 冠脉支架植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。

认定依据 1: 疾病证明、(1)(2)(3)(4) 中任意一项

认定依据 2: 疾病证明、近三年出院记录、相关检查结果

15. 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) 两次以上 (含两次) 因心功能不全的住院记录;
(4) 近三年来连续诊疗记录。

认定依据 1: 疾病证明、(1)、(2)

认定依据 2: 疾病证明、近三年出院记录、相关检查结果

16. 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。

认定依据 1: 疾病证明、(1) 加 (2) (4) 中任意一项

认定依据 2: 疾病证明、近三年出院记录、相关检查结果

17. 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。

认定依据 1: 疾病证明、(1)、(7) 加 (2) (3) (4) (5) (6) 中任意两项

认定依据 2: 疾病证明、近三年出院记录、相关检查结果

18. 慢性病毒性肝炎:

(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) 与病种相关的其他检查资料。

认定依据 1: 疾病证明、(1)、(2)、(3)

认定依据 2: 疾病证明、近三年出院记录、相关检查结果

19. 慢性支气管炎:

(1) 近三年内的肺功能异常报告单; (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。

认定依据 1: 疾病证明、(1)、(2)、(3)

认定依据 2: 疾病证明、近三年出院记录、相关检查结果

20. 慢性阻塞性肺疾病:

(1) 近三年内的肺功能异常报告单; (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。

认定依据 1: 疾病证明、(1)、(2)、(3)

认定依据 2: 疾病证明、近三年出院记录、相关检查结果

21. 慢性支气管哮喘:

(1) 近三年内的肺功能异常报告单; (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。

认定依据 1: 疾病证明、(1)、(2)、(3)

认定依据 2: 疾病证明、近三年出院记录、相关检查结果

22. 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)肝硬化影像学检查阳性报告;(4)与病种相关的其他检查资料。

认定依据 1: 疾病证明、(1)、(2)、(3)

认定依据 2: 疾病证明、近三年出院记录、相关检查结果

23. 慢性肾病:

(1)尿液成分异常,如尿检出现红细胞、蛋白尿等超过3个月;(2)化验检查肾功能异常超过3个月;(3)肾活检病理检查阳性报告;(5)肾小球滤过率小于60ml/min超过3个月。

认定依据 1: 疾病证明、(1)(2)(3)(4)中任意一项

认定依据 2: 疾病证明、近三年出院记录、相关检查结果

24. 脑卒中(脑出血、脑梗塞、脑血管畸形破裂出血):

(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。

认定依据 1: 疾病证明、(1)

认定依据 2: 疾病证明、近三年出院记录、相关检查结果

25. 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。

认定依据 1: 疾病证明、(1)、(2)

认定依据 2: 疾病证明、近三年出院记录、相关检查结果

26. 重症肌无力:

(1) 近三年内的低频重复神经电刺激(RNS)或单纤维肌电图(SFEMG);(2) 近三年内的血清抗体检查结果:如乙酰胆碱受体抗体(ACHRAB)、抗骨骼肌特异性受体酪氨酸激酶(MUSK)抗体、抗横纹肌抗体:包括抗TITIN抗体、抗RYR抗体等;(3) 胸腺影像学检查;(4) 其他辅助检查:新斯的明试验;(5) 有一次该病的住院记录,排外其他肌无力疾病。

认定依据 1: 疾病证明、(1)

认定依据 2: 疾病证明、近三年出院记录、相关检查结果

27. 血吸虫病:

(1) 有血吸虫疫水接触史;(2) 有慢性血吸虫病或晚期血吸虫病诊疗记录(出院记录或门诊病历);(3) 有慢性血吸虫病或晚期血吸虫病诊断证据(影像学或病理学或其他诊断证据);(4) 免疫学证据。

认定依据 1: 疾病证明、(4) 加(2)(3)中任意一项

认定依据 2: 疾病证明、近三年出院记录、相关检查结果

28. 儿童生长激素缺乏症:

(1) 垂体磁共振;(2) 两种药物激素激发试验结果提示 $\leq 10\text{NG/MI}$ (3) 骨龄检查落后

认定依据 1: 疾病证明书、(1)、(2)

认定依据 2: 疾病证明、近三年出院记录、相关检查结果

29. 尘肺病(已享受尘肺病工伤医疗待遇的除外):

(1) 近三年内典型的X光前后胸片;(2) 结合临床表现和

胸部 X 光检查,排除其他类似肺部疾病;(3)两次以上(含两次)的尘肺病出院小结;(4)连续一年以上的门诊治疗尘肺病的资料

认定依据 1: 疾病证明书、(1)、(2)加(3)(4)中任意一项

认定依据 2: 疾病证明、近三年出院记录、相关检查结果

30. 阿尔茨海默病:

(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。

认定依据 1: 疾病证明、(1)、(2)加(3)(4)中任意一项

认定依据 2: 疾病证明、近三年出院记录、相关检查结果

31. 强直性脊柱炎:

(1) 骶髂关节影像学改变(X 线、CT 或者核磁);(2) HLA-B27 阳性;(3) CRP 升高;(4) 指/趾炎;(5) 附着点炎;(6) 脊柱关节炎家族史;(7) 服用非甾体药物有效;(8) 虹膜睫状体炎;(9) 炎症性肠病;(10) 关节炎

认定依据 1: 疾病证明加(1)加(2、3)或(4)

认定依据 2: (2)加(3)至(10)中任意两项

认定依据 3: 疾病证明、近三年出院记录、相关检查结果

32. 类风湿关节炎:

(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。

认定依据 1: 疾病证明 (1)、(3) 加 (2)(4) 中任意一项

认定依据 2: 疾病证明、近三年出院记录、相关检查结果

注: 以上 32 种慢性病认定符合认定依据之一即可

附件 5

江西省门诊特殊慢性病种待遇认定申请表

☐ 企业 ☐ 机关事业单位 ☐ 其他 ()

姓名		性别		年龄		☐ 职工医保 ☐ 城乡居民医保
身份证号码				工作单位		
联系电话				申报病种名称		
选择定点医院						
申请人承诺	本人保证所提供材料为本人看病就医资料，内容属实，真实合法有效，如有弄虚作假行为，本人愿承担由此产生的后果及应承担的法律责任。 申请人签名： 年 月 日					
以下审批意见根据各地政策选填						
审批意见	定点医疗机构意见			医保经办机构意见		
	医师签名 医院医保管理部门（盖章） 年 月 日			审核人签名 医保经办机构部门（盖章） 年 月 日		
备注						

