

DANH SÁCH BỆNH HIỂM NGHÈO

NHÓM BỆNH	CÁC BỆNH HIỂM NGHÈO THẺ NHẸ	CÁC BỆNH HIỂM NGHÈO NGHIÊM TRỌNG
<p>Bệnh ung thư/ Loạn sản tửy hay xơ hóa tửy xương</p>	<p>1. Bệnh ung thư giai đoạn sớm</p> <p>Khối u ác tính được chẩn đoán dựa trên xác định mô học và đặc trưng bởi sự phát triển không kiểm soát của những tế bào ác tính mà cần phải điều trị (phẫu thuật, xạ trị hoặc hóa trị)</p> <p>Các loại ung thư được chi trả bao gồm:</p> <p>(a) Ung thư biểu mô tại chỗ của tuyến vú;</p> <p>(b) Ung thư biểu mô tại chỗ của cổ tử cung;</p> <p>(c) Ung thư biểu mô tại chỗ của đại tràng;</p> <p>(d) Ung thư biểu mô tại chỗ của bàng quang/ Vi ung thư biểu mô dạng nhú của bàng quang;</p> <p>(e) Ung thư biểu mô tại chỗ của tuyến giáp/ Vi ung thư biểu mô dạng nhú giai đoạn T1N0M0 với đường kính nhỏ hơn 1cm;</p> <p>(f) Ung thư biểu mô tại chỗ ở tuyến tiền liệt/ Ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn T1a hoặc T1b;</p> <p>(g) Khối u buồng trứng với khả năng ác tính thấp giai đoạn FIGO 1a / 1b (nghĩa là vỏ bọc còn nguyên vẹn).</p>	<p>1. Bệnh ung thư nghiêm trọng</p> <p>Khối u ác tính bao gồm những tế bào ác tính phát triển không kiểm soát, xâm lấn và phá hủy mô bình thường. Chẩn đoán này phải có bằng chứng mô học về tính chất ác tính với sự xâm lấn và di căn của tế bào ung thư và được bác sĩ chuyên khoa ung bướu hoặc bác sĩ chuyên khoa bệnh học xác nhận.</p> <p>Các bệnh sau đây bị loại trừ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Các khối u là ung thư tại chỗ và các khối u có kết quả mô học là tiền ung thư hoặc không xâm lấn, bao gồm nhưng không giới hạn ung thư vú tại chỗ, loạn sản cổ tử cung CIN-1, CIN-2, CIN-3. • Tăng sừng hóa, các ung thư da tế bào vảy và tế bào đáy, và ung thư hắc tố nhỏ hơn 1,5mm theo độ dày Breslow, hoặc nhỏ hơn Clark mức độ 3, trừ phi có bằng chứng của di căn. • Ung thư tuyến tiền liệt có kết quả mô học phân loại theo TNM là T1a hoặc T1b, hay là ung thư tuyến tiền liệt có phân loại tương đương hoặc thấp hơn, ung thư vi thể dạng nhú của tuyến giáp giai đoạn T1N0M0 có đường kính
	<p>2. Hội chứng loạn sản tửy hay xơ</p>	

	<p>hóa tủy xương</p> <p>Hội chứng loạn sản tủy hay xơ hóa tủy xương cần được truyền máu liên tục và suốt đời do thiếu máu nặng, tái diễn. Chẩn đoán Hội chứng loạn sản tủy (MDS) hay xơ hóa tủy xương phải do bác sĩ chuyên khoa Huyết học xác nhận dựa vào kết quả sinh thiết tủy xương. Hội chứng này không thể điều trị khỏi hẳn và cần phải được truyền máu lâu dài.</p>	<p>nhỏ hơn 1cm, ung thư vi thể dạng nhú của bàng quang và bệnh bạch cầu mãn dòng lympho giai đoạn RAI dưới 3; và</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tất cả các loại khối u đi kèm với sự hiện diện của nhiễm HIV.
<p>Bệnh của động mạch vành/ Điều trị can thiệp mạch vành/ Đặt máy điều trị rối loạn nhịp tim</p>	<p>3. Thủ thuật nong mạch vành hoặc can thiệp mạch vành qua da (PCI) để điều trị bệnh lý hai động mạch vành</p> <p>Lần đầu tiên thực hiện thủ thuật can thiệp mạch vành qua da (PCI) để điều trị hẹp hoặc tắc nghẽn của ít nhất hai (2) động mạch vành lớn (không tính các nhánh của nó), khi tình trạng trên xảy ra cùng một lúc với mức độ hẹp tối thiểu là 60% trở lên, được xác định thông qua chụp động mạch vành (loại trừ các thủ thuật chẩn đoán không xâm lấn). Động mạch vành được đề cập đến ở đây bao gồm: động mạch mũ, động mạch vành phải (RCA), động mạch liên thất trước (LAD) và thân chung động mạch vành trái (LMS). Mức độ hẹp từ 60% trở lên của thân chung động mạch vành trái được</p>	<p>2. Nhồi máu cơ tim cấp</p> <p>Chết một phần cơ tim do thiếu máu nuôi vùng tim đó. Chẩn đoán phải thỏa ít nhất ba (3) trong năm (5) tiêu chuẩn phù hợp với một cơn đau tim mới:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiền sử đau ngực điển hình phải nhập viện; • Những thay đổi mới trên Điện tâm đồ (ECG) của nhồi máu; • Chẩn đoán tăng men tim CK-MB; • Chẩn đoán tăng Troponin T > 1mcg/L (1ng/ml) hoặc AccuTnI > 0,5ng/ml hoặc ngưỡng tương đương với các phương pháp Troponin I khác; • Phân suất tống máu thất trái (EF) thấp hơn 50% được đo sau đó ít nhất 3 tháng.

	<p>xem tương đương với hẹp của hai (2) động mạch vành lớn.</p> <p>Loại trừ trường hợp can thiệp mạch vành để thăm dò.</p>	<p>Loại trừ các hội chứng mạch vành cấp tính, bao gồm nhưng không giới hạn đau thắt ngực không ổn định, tổn thương cơ tim vi thể và nhỏ.</p>
	<p>4. Đặt máy khử rung tim</p> <p>Đã thực sự được đặt máy khử rung tim để điều trị đối với rối loạn nhịp tim nặng mà không thể điều trị bằng các phương pháp khác. Quy trình phẫu thuật đặt máy khử rung tim phải do Bác sĩ chuyên khoa tim mạch xác nhận là tuyệt đối cần thiết.</p>	<p>3. Bệnh động mạch vành nặng</p> <p>Hẹp tối thiểu 60% của cùng lúc ba (3) động mạch vành chính bao gồm: động mạch vành phải (RCA), động mạch liên thất trước (LAD) và động mạch mũ (không bao gồm các nhánh của nó). Chẩn đoán căn cứ trên kết quả chụp động mạch vành (loại trừ các kỹ thuật chẩn đoán không xâm lấn khác). Hẹp bằng hoặc hơn 60% của thân chung động mạch vành trái được xem như hẹp động mạch liên thất trước và động mạch mũ. Quyền lợi bảo hiểm được chi trả cho bệnh này ngay cả khi chưa có bất cứ can thiệp phẫu thuật nào.</p>
	<p>5. Đặt máy tạo nhịp tim</p> <p>Đã thực sự được đặt máy tạo nhịp để điều trị rối loạn nhịp tim nặng mà không thể điều trị bằng các phương pháp khác. Việc đặt máy tạo nhịp tim phải do Bác sĩ chuyên khoa tim mạch xác nhận là tuyệt</p>	<p>4. Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành</p> <p>Đã thực sự được phẫu thuật mở lồng ngực để chỉnh sửa chỗ hẹp hoặc xử trí chỗ tắc nghẽn của một hay nhiều động mạch vành bằng mảnh ghép bắc cầu. Phải có bằng chứng về chụp</p>

	<p>đôi cần thiết.</p>	<p>mạch máu cho thấy có tắc nghẽn động mạch vành trên 50% và do chuyên gia tim mạch chỉ định.</p> <p>Loại trừ chỉnh hình mạch máu bằng phương pháp đưa ống stent vào mạch máu và tất cả các kỹ thuật khác có đưa catheter vào bên trong động mạch, hoặc các kỹ thuật dùng laser.</p>
<p>Phẫu thuật động mạch cảnh/ động mạch não/ Đặt ống thông não bộ/ Đột quỵ</p>	<p>6. Phẫu thuật động mạch cảnh</p> <p>Đã thực sự được phẫu thuật bóc tách lớp nội mạc động mạch cảnh, được chỉ định khi động mạch cảnh hẹp tối thiểu 80%, được chẩn đoán dựa trên kết quả chụp động mạch hoặc các kỹ thuật chẩn đoán tương đương.</p> <p>Loại trừ trường hợp phẫu thuật bóc tách các động mạch khác không phải động mạch cảnh.</p>	<p>5. Tai biến mạch máu não (Đột quỵ)</p> <p>Tai biến mạch máu não bao gồm nhồi máu mô não, xuất huyết não và dưới màng nhện, thuyên tắc não và huyết khối não. Chẩn đoán này phải thỏa tất cả các điều kiện sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bằng chứng của tổn thương não vĩnh viễn gây ra một trong những di chứng sau: <ul style="list-style-type: none"> - Mất chức năng vận động hoàn toàn và vĩnh viễn của ít nhất một chi. - Mất khả năng nói vĩnh viễn do tổn thương trung khu ngôn ngữ trong não. - Vĩnh viễn không có khả năng tự thực hiện ít nhất 3 trong 6 động tác sinh hoạt hàng ngày. - Bằng chứng phải được bác sĩ chuyên khoa thần kinh xác nhận sau sự kiện ít nhất 6 tuần; và
	<p>7. Phẫu thuật dị dạng mạch máu não (AVM)/ phình mạch máu não</p> <p>Đã thực sự được thực hiện:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Can thiệp xâm lấn tối thiểu/ khoan lỗ hộp sọ được tiến hành bởi bác sĩ chuyên khoa Ngoại thần kinh để điều trị dị dạng mạch máu não hoặc phình mạch máu não; hoặc * Can thiệp nội mạch do bác sĩ chuyên khoa thực hiện bằng cách sử dụng những vòng xoắn (coil) tạo tắc nghẽn ở ngay chỗ dị dạng mạch não hoặc ở ngay túi phình. 	

	<p>Can thiệp này phải được bác sĩ chuyên khoa trong lĩnh vực này chỉ định và xác nhận là hoàn toàn cần thiết.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Phù hợp với kết quả chẩn đoán của tai biến mạch máu não mới trên hình ảnh chụp cộng hưởng từ (MRI), chụp cắt lớp điện toán (CT), hoặc các kỹ thuật chẩn đoán đáng tin cậy khác. <p>Loại trừ các trường hợp sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Con thiếu máu não thoáng qua và các tổn thương thần kinh do thiếu máu có thể phục hồi khác; - Tổn thương não do tai nạn, chấn thương từ bên ngoài, nhiễm trùng, viêm mạch, các bệnh viêm nhiễm và đau nửa đầu; - Bệnh mạch máu làm ảnh hưởng mắt hoặc thần kinh thị; và - Các rối loạn do thiếu máu của hệ thống tiền đình.
<p>Phẫu thuật van tim</p>	<p>9. Phẫu thuật van tim qua da</p> <p>Đã thực sự được phẫu thuật tạo hình, rạch hoặc thay thế van tim bằng thủ thuật xâm lấn tối thiểu hoặc can thiệp nội mạch. Các phương pháp trên được các bác sĩ chuyên khoa tim mạch xác nhận là cần thiết để giải quyết những tổn thương van tim, chẩn đoán dựa trên kết quả siêu âm tim hoặc những xét nghiệm thích hợp khác.</p>	<p>6. Phẫu thuật van tim hở</p> <p>Đã thực sự trải qua phẫu thuật tim hở để thay van hoặc sửa chữa chỗ bất thường của van tim do hậu quả của bệnh lý mà không thể điều trị bằng kỹ thuật dùng catheter nội mạch.</p> <p>Việc chẩn đoán van tim bất thường phải do các chuyên gia tim mạch ghi nhận và dựa trên kết quả thông tim hoặc siêu âm tim.</p>

	Loại trừ tất cả những phương pháp phẫu thuật van tim khác không thuộc định nghĩa trên.	
Phình động mạch chủ/ Phẫu thuật động mạch chủ	<p>10. Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu động mạch chủ</p> <p>Đã thực sự được phẫu thuật bằng cách sử dụng kỹ thuật xâm lấn tối thiểu hoặc kỹ thuật nội mạch để sửa chữa hoặc phục hồi một đoạn phình, tắc nghẽn hoặc bóc tách của động mạch chủ, được chẩn đoán xác định bởi bác sĩ chuyên khoa tim mạch, dựa trên kết quả chẩn đoán cận lâm sàng thích hợp.</p> <p>Trong định nghĩa này, động mạch chủ bao gồm động mạch chủ ngực và động mạch chủ bụng, không bao gồm các nhánh của nó.</p>	<p>7. Phẫu thuật động mạch chủ hở</p> <p>Đã thực sự được phẫu thuật mở lồng ngực hoặc bụng để điều trị các chỗ phình, hẹp, tắc nghẽn hoặc bóc tách của động mạch chủ. Trong định nghĩa này, động mạch chủ bao gồm động mạch chủ ngực và động mạch chủ bụng, không bao gồm các nhánh của nó.</p> <p>Loại trừ các phẫu thuật để điều trị chấn thương hoặc các thủ thuật chỉ xâm lấn tối thiểu hoặc nội soi động mạch.</p>
	<p>11. Phình Động mạch chủ không triệu chứng</p> <p>Phình động mạch chủ bụng hoặc phình động mạch chủ ngực không triệu chứng phải được xác định bằng chẩn đoán hình ảnh. Động mạch chủ bị phình to và có đường kính lớn hơn 55mm.</p> <p>Chẩn đoán phải được xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Tim mạch.</p> <p>Trong định nghĩa này, Động mạch chủ được xác định là động mạch chủ ngực và động mạch chủ bụng, không bao gồm các nhánh của nó.</p>	

Điếc/ Phẫu thuật cấy ghép ốc tai/ phẫu thuật điều trị huyết khối xoang hang	12. Mất một phần thính lực Mất thính lực vĩnh viễn hai tai với cường độ ít nhất là sáu mươi (60) decibel ở tất cả các tần số do bệnh lý hoặc tai nạn. Mất thính lực phải được xác định bởi bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng và dựa trên xét nghiệm chẩn đoán khách quan về mức độ giảm thính lực.	8. Điếc hoàn toàn (Mất thính lực hoàn toàn) Mất khả năng nghe hoàn toàn và không thể phục hồi xảy ra ở cả hai tai do bệnh lý hoặc do tai nạn. Chẩn đoán phải dựa vào kết quả thính lực đồ và các nghiệm pháp đo ngưỡng cảm nhận âm thanh do chuyên gia tai mũi họng thực hiện và xác nhận. Mất khả năng nghe hoàn toàn được hiểu là “mất khả năng nghe ở cường độ âm thanh ít nhất tám mươi (80) decibel ở mọi tần số” (có hoặc không có dụng cụ hỗ trợ).
	13. Phẫu thuật điều trị huyết khối xoang hang Đã thực sự được phẫu thuật dẫn lưu huyết khối xoang hang. Chẩn đoán xác định cũng như chỉ định can thiệp phẫu thuật phải được thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa. Báo cáo chẩn đoán cần phải được cung cấp.	
	14. Phẫu thuật cấy ghép ốc tai Đã thực sự được phẫu thuật cấy ghép ốc tai do tổn thương vĩnh viễn ốc tai hoặc thần kinh thính giác. Quá trình phẫu thuật cũng như thực hiện cấy ghép phải được xác nhận là tuyệt đối cần thiết và được thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng.	

<p>Bệnh phổi/ Cắt một bên phổi/ Đặt màng lọc tĩnh mạch chủ/ Mở khí quản/ Hen ác tính</p>	<p>15. Phẫu thuật cắt một bên phổi</p> <p>Đã được phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn phổi phải hoặc trái do bệnh tật hoặc do tai nạn.</p> <p>Phẫu thuật cắt bỏ một phần phổi phải hoặc trái không thỏa định nghĩa này.</p>	<p>9. Bệnh phổi giai đoạn cuối</p> <p>Bệnh phổi giai đoạn cuối gây ra suy hô hấp mãn tính. Việc chẩn đoán phải có tất cả các chứng cứ sau đây:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Thể tích thở ra gắng sức trong 1 giây đầu (FEV1) luôn dưới 1 lít khí; - Trị liệu oxy hỗ trợ kéo dài do hạ oxy máu; - Áp lực riêng phần của oxy trong máu động mạch nhỏ hơn hoặc bằng 55mmHg ($PaO_2 \leq 55\text{mmHg}$); - Khó thở lúc nghỉ ngơi. <p>Việc chẩn đoán phải do bác sĩ chuyên khoa hô hấp xác nhận.</p>
	<p>16. Đặt màng lọc tĩnh mạch chủ</p> <p>Phẫu thuật đặt màng lọc tĩnh mạch chủ được thực hiện sau khi có bằng chứng ghi nhận bệnh thuyên tắc phổi tái phát. Yêu cầu phẫu thuật phải được Bác sĩ chuyên khoa xác định là tuyệt đối cần thiết.</p>	
	<p>17. Mở khí quản kéo dài</p> <p>Mở khí quản để điều trị bệnh phổi hay bệnh đường hô hấp hoặc như một biện pháp để hỗ trợ hô hấp trong trường hợp bỏng hay chấn thương nặng. Người được bảo hiểm phải là bệnh nhân của khoa săn sóc tích cực và được chuyên gia y tế chăm sóc</p> <p>Quyền lợi này chỉ được chi trả khi việc mở khí quản được yêu cầu duy trì ít nhất là ba (3) tháng.</p>	
	<p>18. Hen ác tính/ Suyễn nặng</p> <p>Đợt cấp của bệnh Hen phế quản nặng với tình trạng cơn hen kéo dài cần phải nhập viện và điều trị thông khí áp lực dương bằng máy thở cơ học trong thời gian liên tục ít nhất</p>	

	là bốn (4) giờ theo chỉ định của bác sĩ chuyên khoa hô hấp. Loại trừ điều trị bằng phương pháp thở áp lực dương liên tục bằng CPAP hoặc mặt nạ BIPAP.	
Ghép ruột non/ Ghép tạng	<p>19. Ghép ruột non</p> <p>Được ghép ít nhất một (1) mét ruột non cùng với toàn bộ mạch máu nuôi dưỡng bằng phẫu thuật mở ổ bụng do ruột non bị hỏng.</p>	<p>10. Phẫu thuật ghép tạng chủ</p> <p>Là nhận cấy ghép tạng người của một trong những tạng sau: thận, gan, tim, phổi, tùy do suy giảm chức năng ở giai đoạn cuối và không thể hồi phục của tạng liên quan.</p> <p>Loại trừ trường hợp cấy ghép tế bào gốc, tế bào tiểu đảo tuyến tụy, và cấy ghép một phần của một cơ quan.</p>
Cắt một thận/ Suy thận giai đoạn cuối	<p>20. Phẫu thuật cắt bỏ một thận</p> <p>Đã cắt bỏ hoàn toàn một thận do bệnh lý hoặc tai nạn. Chỉ định cắt bỏ thận phải được xác định do Bác sĩ chuyên khoa Thận/Tiết niệu là tuyệt đối cần thiết.</p> <p>Loại trừ trường hợp cắt bỏ một phần thận và hiến tặng thận.</p>	<p>11. Suy thận mãn giai đoạn cuối</p> <p>Suy thận hai bên mãn tính, không hồi phục và cần phải lọc thận (thẩm phân màng bụng, lọc máu) thường xuyên, vĩnh viễn hoặc phải cấy ghép thận.</p>
Bỏng	<p>21. Bỏng – mức độ vừa và nặng</p> <p>Bỏng độ hai (một phần chiều dày của da) và ít nhất là 50% bề mặt cơ thể của người được bảo hiểm. Bỏng phải được xác định là cần phải điều trị tại Khoa Bỏng tại bệnh viện và cần phẫu thuật cắt lọc mô hoại tử.</p> <p>Bỏng độ hai là bỏng gây ảnh hưởng toàn bộ lớp thượng bì và một phần lớp bì.</p>	<p>12. Bỏng nặng</p> <p>Bỏng độ ba (toàn bộ chiều dày của da) từ 20% diện tích da toàn thân trở lên theo bảng tính diện tích da Lund & Browder và việc điều trị đòi hỏi phải được ghép da.</p> <p>Bỏng độ ba nghĩa là bỏng mà tất cả cấu trúc của phần da tại đó bị phá hủy toàn bộ và tổn thương ăn sâu</p>

		xuống lớp mô dưới da.
Phẫu thuật gan/ Bệnh gan	<p>22. Phẫu thuật gan</p> <p>Người được bảo hiểm được cắt bỏ ít nhất một thùy gan do bệnh hoặc do tai nạn. Loại trừ sinh thiết hay hiến/tặng gan.</p>	<p>13. Suy gan giai đoạn cuối</p> <p>Suy gan giai đoạn cuối khi có tất cả các tiêu chuẩn sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vàng da kéo dài; và - Báng bụng; và - Bệnh não do gan. <p>Loại trừ bệnh gan thứ phát do rượu hoặc lạm dụng thuốc.</p>
	<p>23. Xơ gan</p> <p>Bệnh xơ gan được xác định bao gồm các tiêu chuẩn sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Fibroscan \geq 20 kPa hoặc sinh thiết gan HAI- Knodell \geq 6 * Siêu âm bụng có nốt thô ở gan, báng bụng (cổ trướng) và lách to. * Bilirubin huyết thanh $>$ 2 mg/dl * Albumin huyết thanh $<$ 3.5 g/dl <p>Chẩn đoán xơ gan phải do bác sĩ chuyên khoa xác nhận.</p> <p>Loại trừ xơ gan thứ phát do rượu hoặc do thuốc.</p>	<p>14. Viêm gan bạo phát</p> <p>Tình trạng hoại tử từng phần hoặc toàn bộ gan do vi-rút viêm gan gây ra, dẫn đến suy chức năng gan đột ngột. Chẩn đoán phải thỏa tất cả các tiêu chuẩn sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Giảm kích thước gan nhanh chóng; và - Hoại tử toàn bộ các tiểu thùy, chỉ còn lại khung mạng lưới; và - Kết quả các xét nghiệm chức năng gan xấu đi rất nhanh; và - Vàng da rất đậm; và - Bệnh lý não do gan.
Tăng áp động mạch phổi	<p>24. Tăng áp động mạch phổi thứ phát</p> <p>Tăng áp phổi thứ phát kết hợp phì đại thất phải dẫn đến suy giảm chức năng vĩnh viễn - ít nhất là độ IV theo Phân độ suy tim của Hiệp Hội Tim Mạch New York (NYHA).</p>	<p>15. Tăng áp động mạch phổi nguyên phát</p> <p>Tăng áp động mạch phổi nguyên phát khi có dẫn thất phải đáng kể, được xác định dựa vào kết quả thông tim, bệnh dẫn đến suy yếu thể lực kéo dài ít nhất là độ IV theo Phân độ</p>

	<p>Chẩn đoán xác định bằng cách thông tim và được xác nhận bởi chuyên gia trong lĩnh vực tim mạch.</p> <p>Phân độ suy tim theo NYHA cho độ IV có nghĩa như sau:</p> <p>Độ IV: Không thể tham gia bất kỳ hoạt động thể lực nào. Có thể có triệu chứng ngay cả lúc nghỉ ngơi.</p>	<p>suy tim của Hiệp Hội Tim Mạch New York (NYHA).</p> <p>Bảng phân loại suy tim theo NYHA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Độ I: không giới hạn hoạt động thể lực. Hoạt động thể lực thông thường không gây mệt, khó thở hay đau ngực. - Độ II: giới hạn nhẹ về hoạt động thể lực. Hoạt động thể lực bình thường có gây ra một số triệu chứng. - Độ III: giới hạn đáng kể về hoạt động thể lực. Khỏe lúc nghỉ ngơi, nhưng chỉ hoạt động nhẹ là có triệu chứng. - Độ IV: Không thể tham gia bất kỳ hoạt động thể lực nào. Có thể có triệu chứng ngay cả lúc nghỉ ngơi.
<p>Hôn mê</p>	<p>25. Hôn mê sâu –72 giờ</p> <p>Tình trạng mất nhận thức kéo dài ít nhất bảy mươi hai (72) giờ. Chẩn đoán phải có bằng chứng của tất cả các điều kiện sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Không đáp ứng với các kích thích từ bên ngoài hoặc nhu cầu của cơ thể; và * Các biện pháp hỗ trợ sinh tồn cần thiết để duy trì sự sống trong ít nhất 72 giờ; và * Tổn thương não gây di chứng thần kinh vĩnh viễn dẫn đến mất 	<p>16. Hôn mê sâu – 96 giờ</p> <p>Tình trạng mất nhận thức kéo dài ít nhất chín mươi sáu (96) giờ. Chẩn đoán phải có bằng chứng của tất cả các điều kiện sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Không đáp ứng với các kích thích bên ngoài hoặc nhu cầu của cơ thể; và - Các biện pháp hỗ trợ sinh tồn cần thiết để duy trì sự sống trong ít nhất là 96 giờ; và - Tổn thương não gây di chứng thần kinh vĩnh viễn dẫn đến

	<p>khả năng thực hiện 3 trong số 6 động tác sinh hoạt hằng ngày nếu không có hỗ trợ của người khác trong thời gian từ 30 ngày trở lên kể từ khi bắt đầu hôn mê.</p> <p>Loại trừ hôn mê trực tiếp do rượu hoặc lạm dụng thuốc.</p>	<p>mất khả năng thực hiện 3 trong 6 động tác sinh hoạt hằng ngày nếu không có hỗ trợ của người khác trong thời gian từ 30 ngày trở lên kể từ khi bắt đầu hôn mê.</p> <p>Loại trừ hôn mê trực tiếp do rượu hoặc lạm dụng thuốc.</p>
Mù hoàn toàn/ Ghép giác mạc	<p>26. mù hoàn toàn một mắt</p> <p>Mất thị lực hoàn toàn và không hồi phục thị lực của một mắt do bệnh tật hoặc tai nạn.</p> <p>Tình trạng mù phải do bác sĩ nhãn khoa xác nhận.</p>	17. mù hoàn toàn hai mắt
	<p>27. Ghép giác mạc</p> <p>Được ghép toàn bộ giác mạc do sẹo giác mạc không hồi phục dẫn đến giảm thị lực, đồng thời không thể điều trị khỏi bằng các phương pháp khác. Việc ghép này phải được bác sĩ nhãn khoa xác nhận.</p>	
Phẫu thuật điều trị Viêm màng ngoài tim co thắt/ Phì đại cơ tim/ Bệnh lý cơ tim	<p>28. Phẫu thuật điều trị Viêm màng ngoài tim co thắt</p> <p>Đã thực sự được phẫu thuật mở lồng ngực, bóc tách và cắt bỏ toàn bộ màng ngoài tim để điều trị viêm màng ngoài tim co thắt. Viêm màng ngoài tim co thắt là bệnh viêm màng ngoài tim gây ra các triệu chứng và dấu hiệu của suy tim sung huyết. Chẩn đoán viêm màng ngoài tim co thắt phải được chứng minh</p>	18. Bệnh lý cơ tim
		<p>Chẩn đoán xác định bởi bác sĩ chuyên khoa tim mạch về bệnh lý cơ tim gây ra suy chức năng tâm thất, có điện tâm đồ bất thường gợi ý và được xác định chắc chắn bằng siêu âm tim để tìm nguyên nhân. Bệnh lý này dẫn đến suy yếu thể lực vĩnh viễn từ độ III trở lên theo bảng phân loại suy tim của Hiệp Hội Tim Mạch</p>

	<p>bằng thông tim.</p> <p>29. Phẫu thuật điều trị phì đại cơ tim</p> <p>Đã thực sự trải qua phẫu thuật cắt bỏ một phần cơ tim hoặc vách tim để điều trị bệnh cơ tim phì đại có triệu chứng. Chẩn đoán bệnh cơ tim phì đại có triệu chứng phải được xác định bởi bác sĩ chuyên khoa tim mạch và có bằng chứng phì đại vách tim bất đối xứng trên siêu âm tim. Loại trừ tất cả các dạng khác của phì đại tâm thất bao gồm bệnh cơ tim phì đại ở mỏm mà không có tắc nghẽn.</p>	<p>New York (NYHA).</p> <p>Độ III – giới hạn đáng kể về hoạt động thể lực - những bệnh nhân như thế chỉ cảm thấy thoải mái lúc nghỉ ngơi nhưng chỉ cần hoạt động nhẹ là gây ra triệu chứng của Suy tim sung huyết.</p> <p>Độ IV – không có khả năng thực hiện bất cứ hoạt động thể lực nào. Triệu chứng suy tim sung huyết hiện diện ngay cả lúc nghỉ ngơi. Khi có tăng hoạt động thể lực lên sẽ xuất hiện khó thở, mệt.</p> <p>Loại trừ bệnh lý cơ tim do sử dụng rượu.</p>
<p>Bệnh Parkinson</p>	<p>30. Bệnh Parkinson giai đoạn đầu</p> <p>Bệnh Parkinson được chẩn đoán xác định bởi bác sĩ chuyên khoa nội thần kinh. Dấu hiệu lâm sàng bao gồm: suy giảm chức năng vận động với run, cử động cứng đờ chậm chạp, mất thăng bằng tư thế.</p> <p>Bắt buộc phải có bằng chứng dùng thuốc để điều trị bệnh Parkinson trong thời gian liên tục ít nhất là sáu (6) tháng.</p> <p>Chỉ có bệnh Parkinson vô căn được bảo hiểm. Loại trừ bệnh Parkinson do thuốc hoặc độc chất.</p>	<p>19. Bệnh Parkinson giai đoạn muộn</p> <p>Chẩn đoán xác định bệnh liệt rung tự phát phải do bác sĩ chuyên khoa thần kinh thực hiện. Chẩn đoán phải có tất cả các tiêu chuẩn sau đây:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bệnh này không thể kiểm soát bằng thuốc; và - Có dấu hiệu của sự suy yếu đang tiến triển; và - Người được bảo hiểm, nếu không có người khác giúp đỡ, sẽ mất khả năng thực hiện ít nhất 3 trong 6 động tác sinh hoạt hàng ngày trong thời gian liên tục từ 6 tháng trở lên.

		Loại trừ bệnh Parkinson do thuốc hoặc độc chất.
Liệt/ Cụt chi	<p>31. Liệt/ Cụt một chi</p> <p>Mất hoàn toàn và không thể hồi phục chức năng của một (1) chi do chấn thương, cắt cụt chi hoặc bệnh lý. Tình trạng này phải được xác nhận bởi bác sĩ chuyên khoa thần kinh.</p> <p>Loại trừ trường hợp tự ý gây ra thương tật.</p>	<p>20. Liệt/ Cụt hai chi</p> <p>Mất hoàn toàn và không thể hồi phục chức năng của ít nhất hai (2) chi do chấn thương, cắt cụt chi hoặc do bệnh lý. Tình trạng này phải được xác nhận bởi bác sĩ chuyên khoa thần kinh.</p> <p>Loại trừ trường hợp tự ý gây ra thương tật.</p>
Phẫu thuật U tuyến yên/ U màng não tủy/ Phẫu thuật điều trị động kinh/ U lành ở não	<p>32. Phẫu thuật u tuyến yên</p> <p>Đã thực sự được phẫu thuật cắt bỏ u tuyến yên qua xoang bướm. Chẩn đoán phải dựa trên chụp cắt lớp điện toán CT hoặc cộng hưởng từ MRI và bằng chứng mô bệnh học.</p> <p>Cắt u tuyến yên bằng phẫu thuật mở sọ bị loại trừ.</p>	<p>21. U lành ở não</p> <p>Một u não lành tính cần thỏa tất cả các điều kiện sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Đe dọa tính mạng; - U gây tổn thương cho não; - Đã trải qua phẫu thuật loại bỏ hoặc, nếu không thể phẫu thuật được, thì u gây nên di chứng thần kinh kéo dài, liên tục từ 6 tháng trở lên; và - Sự hiện diện của u não được xác định bởi chuyên gia thần kinh hoặc bác sĩ phẫu thuật thần kinh và phải có biểu hiện trên hình ảnh cộng hưởng từ (MRI), chụp cắt lớp điện toán (CT) hoặc các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh tin cậy khác. <p>Các tình trạng sau bị loại trừ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nang, U bướu dạng nang;
	<p>33. Phẫu thuật cắt bỏ khối u màng não tủy</p> <p>Đã thực sự được phẫu thuật cắt bỏ u màng não tủy do bác sĩ chuyên khoa ngoại thần kinh thực hiện. Việc chẩn đoán được xác định qua CT hoặc MRI và bằng chứng mô bệnh học</p>	
	<p>34. Phẫu thuật điều trị động kinh kháng thuốc</p> <p>Đã thực sự được phẫu thuật nhu mô não (kể cả phẫu thuật bằng dao gamma) để điều trị động kinh nặng</p>	

	<p>mà không thể kiểm soát bằng thuốc uống. Phải có bằng chứng của sự tái phát cơn động kinh co cứng - giật hay cơn động kinh toàn thể không đáp ứng với điều trị tối ưu và Người được bảo hiểm phải được dùng ít nhất hai (2) loại thuốc chống động kinh (chống co giật) được kê toa trong ít nhất sáu (6) tháng của bác sĩ chuyên khoa thần kinh.</p> <p>Động kinh do sốt hoặc động kinh cơn nhỏ (cơn vắng ý thức) không thuộc định nghĩa nêu trên.</p>	<p>bao gồm: U nang màng nhện (arachnoid cyst), U nang dạng bì (dermoid cyst), U nang dạng biểu bì (epidermoid cyst), U nang tuyến tùng (pineal cyst), U nang dạng keo (colloid cyst); Áp xe;</p> <ul style="list-style-type: none"> - U hạt; - Dị dạng mạch máu; - Khối máu tụ; - U tuyến yên hoặc tùy sừng; U thần kinh thính giác.
<p>Phẫu thuật điều trị gãy xương do loãng xương/ Viêm khớp dạng thấp nặng</p>	<p>35. Phẫu thuật điều trị gãy xương do loãng xương</p> <p>Loãng xương là tình trạng giảm khối lượng xương với giảm độ dày vỏ xương và giảm số lượng và kích thước các bè của lớp xốp xương (nhưng thành phần hóa học bình thường), dẫn đến tăng nguy cơ gãy xương.</p> <p>Chỉ bảo hiểm cho gãy xương đùi, xương chậu hoặc đốt sống được chẩn đoán xác định do loãng xương và phải được điều trị bằng phẫu thuật xâm lấn.</p> <p>Ngoài chẩn đoán lâm sàng gãy xương do loãng xương, loãng xương phải dựa trên cơ sở định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới, tức là mật độ chất khoáng trong</p>	<p>22. Viêm khớp dạng thấp nặng</p> <p>Tổn thương khớp lan rộng với biến dạng khớp trên lâm sàng của ít nhất ba (3) khu vực khớp sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bàn tay; - Cổ tay; - Khuỷu tay; - Cột sống cổ; - Gối; - Mắt cá chân; và - Các khớp thuộc bàn chân. <p>Chỉ những trường hợp viêm khớp dạng thấp nặng mới được chi trả.</p> <p>Chẩn đoán phải được các bác sĩ chuyên khoa Cơ Xương Khớp thực hiện và bác sĩ do Công ty chỉ định đồng ý, đồng thời phải có đủ các tiêu</p>

	<p>xương của Người được bảo hiểm phải thấp hơn 2,5 (hai phẩy năm) lần độ lệch chuẩn của một thanh niên khỏe mạnh (T score – 2,5 S.D.)</p>	<p>chuẩn sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cứng khớp buổi sáng; - Viêm khớp đối xứng; - Có các u hạt thuộc bệnh thấp khớp xuất hiện trên da; - Xét nghiệm yếu tố thấp tăng; - Thể hiện tình trạng phá hủy khớp nặng trên phim X quang.
<p>Thiếu máu bất sản</p>		<p>23. Thiếu máu bất sản</p> <p>Tình trạng suy tủy mãn tính gây ra thiếu máu, giảm bạch cầu và giảm tiểu cầu cần được điều trị theo ít nhất hai trong các phương pháp sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Truyền máu - Thuốc kích thích tủy - Thuốc ức chế miễn dịch - Ghép tủy <p>Chẩn đoán phải do các bác sĩ chuyên khoa huyết học xác định.</p>

<p>Nhiễm vi-rút suy giảm miễn dịch ở người (HIV) do nghề nghiệp là nhân viên y tế</p>		<p>24. Nhiễm vi-rút suy giảm miễn dịch ở người (HIV) do nghề nghiệp là nhân viên y tế</p> <p>Chỉ áp dụng cho Người được bảo hiểm là nhân viên y tế.</p> <p>Nhiễm HIV do một tai nạn nghề nghiệp trong quá trình thực thi nhiệm vụ thông thường với kết quả xét nghiệm HIV chuyển sang dương tính trong vòng sáu (6) tháng kể từ lúc tai nạn. Bất kỳ tai nạn nào dẫn đến khả năng yêu cầu bồi thường phải được báo cáo cho Công ty trong vòng ba mươi (30) ngày xảy ra tai nạn và phải có kết quả xét nghiệm HIV âm tính trong vòng bảy (7) ngày sau tai nạn.</p> <p>Nhân viên y tế bao gồm: các bác sĩ, y tá, điều dưỡng, y công, kỹ thuật viên phòng xét nghiệm, bác sĩ nha khoa, nha tá, nha công, nhân viên cấp cứu đang làm việc ở các trung tâm y khoa, bệnh viện, phòng khám, phòng nha tại Việt Nam.</p>
<p>Bệnh hiểm nghèo giai đoạn cuối</p>		<p>25. Bệnh hiểm nghèo giai đoạn cuối</p> <p>Chẩn đoán xác định Người được bảo hiểm sẽ tử vong trong vòng mười hai (12) tháng. Người được bảo hiểm không còn được điều trị tích cực mà chỉ áp dụng các biện pháp giảm đau. Chẩn đoán phải được bác sĩ chuyên khoa ghi nhận bằng văn bản và phải</p>

		được bác sĩ của Công ty chấp thuận.
Nhiễm HIV do truyền máu		<p>26. Nhiễm HIV do truyền máu</p> <p>Nhiễm vi-rút suy giảm miễn dịch ở người (HIV) qua truyền máu phải thỏa tất cả các điều kiện sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Truyền máu thật sự cần thiết cho việc điều trị; - Truyền máu được thực hiện ở Việt Nam và sau khi Hợp đồng hiệu lực; - Nguồn nhiễm phải được xác định rõ từ nơi truyền máu và có thể xác định được nguồn gốc máu bị nhiễm HIV; - Người được bảo hiểm không bị bệnh máu khó đông (Hemophilia); và - Người được bảo hiểm không thuộc nhóm nguy cơ cao bao gồm nhưng không giới hạn những người sử dụng thuốc bằng đường tiêm tĩnh mạch.
Cấy ghép tủy xương		<p>27. Cấy ghép tủy xương</p> <p>Trường hợp nhận cấy ghép tủy xương của người bằng kỹ thuật sử dụng tế bào gốc có khả năng tạo máu thực hiện sau khi tách bỏ toàn bộ tủy xương.</p>

<p>Lupus đỏ hệ thống có biến chứng viêm thận do lupus</p>		<p>28. Lupus đỏ hệ thống có biến chứng viêm thận do lupus</p> <p>Một rối loạn tự miễn, đa hệ thống, đa nhân tố đặc trưng bởi xuất hiện kháng thể tự miễn chống lại các loại kháng nguyên tự thân khác nhau. Theo hợp đồng này, lupus đỏ hệ thống sẽ được giới hạn đối với các dạng lupus có tổn thương thận (Viêm cầu thận do lupus loại III đến V, dựa trên kết quả sinh thiết thận và phù hợp với phân loại của WHO). Chẩn đoán cuối cùng phải do bác sĩ chuyên khoa về thấp khớp học và miễn dịch học xác định.</p> <p>Phân loại Viêm thận trong bệnh Lupus của WHO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Loại I: viêm thận cầu thận trong bệnh lupus có thay đổi tối thiểu. - Loại II: Viêm thận cầu thận mô kẽ trong bệnh lupus. - Loại III: Viêm thận cầu thận tăng sinh từng phần và cục bộ trong bệnh lupus. - Loại IV: Viêm thận cầu thận tăng sinh lan tỏa trong bệnh lupus. - Loại V: Viêm thận cầu thận màng trong bệnh lupus.
<p>Bệnh nang ở tủy thận</p>		<p>29. Bệnh nang ở tủy thận</p>

		<p>Bệnh lý thận do di truyền đang tiến triển đặc trưng bởi sự hiện diện nhiều nang trong phần tủy của thận, teo ống thận và xơ hóa mô trung gian. Biểu hiện lâm sàng là thiếu máu, đa niệu và mất natri qua thận, dẫn đến suy thận mãn tính.</p> <p>Chẩn đoán phải dựa trên sinh thiết thận.</p>
<p>Tiểu đường phụ thuộc Insulin ở người trẻ</p>		<p>30. Tiểu đường phụ thuộc Insulin ở người trẻ</p> <p>Tiểu đường phụ thuộc insulin đặc trưng bởi sự phụ thuộc liên tục insulin ngoại sinh để duy trì cuộc sống được bác sĩ chuyên khoa nội tiết chẩn đoán và được Công ty chấp thuận. Cần cung cấp bằng chứng của sự phụ thuộc này trong ít nhất sáu tháng trước khi yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm. Để được nhận quyền lợi bảo hiểm, Người được bảo hiểm phải bằng hoặc dưới 18 tuổi khi được chẩn đoán.</p>
<p>Bệnh Kawasaki với biến chứng tim</p>		<p>31. Bệnh Kawasaki với biến chứng tim</p> <p>Bệnh Kawasaki là một hội chứng viêm các mạch máu nhỏ, sốt cấp tính ở trẻ em. Nó thể hiện bằng sốt kéo dài từ năm (5) ngày trở lên kèm theo ít nhất bốn (4) trong năm (5) triệu chứng sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Viêm kết mạc hai bên;

		<ul style="list-style-type: none"> - Các thay đổi ở miệng (ban đỏ ở môi, hầu họng, lưỡi đỏ như trái dâu hoặc nứt nẻ môi); - Các thay đổi đầu chi (phù, ban đỏ, hoặc bong da đầu ngón); - Phát ban; - Hạch cổ. <p>Thêm vào đó, Người được bảo hiểm phải được điều trị chủ yếu bằng các thuốc salicylates (Aspirin) và gammaglobulins qua tĩnh mạch.</p> <p>Chẩn đoán bệnh Kawasaki phải được xác định rõ bằng các xét nghiệm và kết quả cận lâm sàng. Chẩn đoán xác định phải được xác nhận rõ ràng bởi bác sĩ nhi khoa đang điều trị và bác sĩ tim mạch nhi.</p> <p>Phải có bằng chứng của siêu âm tim về tình trạng dẫn hoặc phình động mạch vành trong ít nhất sáu (6) tháng sau đợt bệnh cấp tính đầu tiên.</p> <p>Để được nhận quyền lợi bảo hiểm, Người được bảo hiểm phải bằng hoặc dưới 18 tuổi khi được chẩn đoán.</p>
<p>Hội chứng urê huyết tan máu</p>		<p>32. Hội chứng urê huyết tan máu</p> <p>Hội chứng urê huyết tan máu đặc trưng bởi tam chứng: thiếu máu</p>

		<p>huyết tán vi mạch, giảm tiểu cầu, suy thận cấp. Chẩn đoán phải được thực hiện bởi bác sĩ chuyên khoa.</p> <p>Để được nhận quyền lợi bảo hiểm, cần thỏa tất cả các tiêu chuẩn sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cây phân phát hiện nhiễm E coli sinh độc tố shiga; - Tiểu cầu giảm dưới 50.000/uL và có bằng chứng của những mảnh vỡ hồng cầu trên phết máu ngoại biên; - Urê/ BUN và creatinin huyết tăng đáng kể và việc lọc máu được thực hiện do suy thận cấp; - Được truyền trao đổi huyết tương hàng ngày (là quá trình lọc huyết tương phối hợp với việc thay thế huyết tương tươi đông lạnh).
Bệnh Still		<p>33. Bệnh Still</p> <p>Một dạng viêm khớp mạn tính ở tuổi thiếu niên đặc trưng bởi sốt cao và các dấu hiệu của bệnh hệ thống có thể tồn tại vài tháng trước khi khởi phát viêm khớp.</p> <p>Tình trạng bệnh bao gồm các triệu chứng chính sau: sốt cao dao động hàng ngày, ban đỏ mau bay, viêm khớp, lách to, viêm hạch, viêm màng thanh dịch, sụt cân, tăng bạch cầu đa nhân, tăng các protein pha cấp, và</p>

		<p>xét nghiệm kháng thể kháng nhân (ANA) và yếu tố thấp (RF) âm tính.</p> <p>Chẩn đoán phải được các bác sĩ chuyên khoa thấp nhi xác định và có bằng chứng bằng văn bản về bệnh kéo dài trong ít nhất sáu (6) tháng.</p> <p>Để được nhận quyền lợi bảo hiểm, Người được bảo hiểm phải bằng hoặc dưới 18 tuổi khi được chẩn đoán.</p>
Xơ cứng bì tiến triển		<p>34. Xơ cứng bì tiến triển</p> <p>Bệnh lý mạch máu – chất tạo keo hệ thống gây ra tình trạng xơ cứng lan tỏa và tiến triển ở da, mạch máu và cơ quan nội tạng. Chẩn đoán phải rõ ràng dựa vào sinh thiết và có bằng chứng về huyết thanh học và rối loạn này chắc chắn sẽ ảnh hưởng đến tim, phổi hoặc thận.</p> <p>Loại trừ những trường hợp sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Xơ cứng bì khu trú (xơ cứng bì tuyến tính hoặc morphea) - Viêm cân cơ tăng bạch cầu ưa acid; và - Hội chứng CREST.
Viêm cân mạc hoại tử		<p>35. Viêm cân mạc hoại tử</p> <p>Là nhiễm khuẩn các lớp sâu của da và lan qua lớp cân mạc vào trong mô dưới da, phá hủy da và cơ của vùng</p>

		<p>tổn thương. Chẩn đoán này phải được các bác sĩ ngoại khoa xác định.</p> <p>Để được nhận quyền lợi bảo hiểm, cần thỏa tất cả các tiêu chuẩn sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Phẫu thuật cắt lọc diện rộng để điều trị; - Tổn thương phải ảnh hưởng đến diện rộng trên cơ thể (như toàn bộ cẳng tay, cẳng chân, toàn bộ thành bụng); - Có sự phá hủy lan rộng của cơ và mô mềm gây ra tình trạng mất chức năng toàn bộ và vĩnh viễn của vùng bị tổn thương; - Người bệnh phải nằm ở phòng hồi sức tích cực của bệnh viện ít nhất ba (3) ngày liên tục trong giai đoạn cấp của tổn thương; - Cây vi trùng có bằng chứng rõ ràng về nguồn gốc vi khuẩn của bệnh. <p>Trường hợp viên cân mạc hoại tử có kèm nhiễm HIV thì bị loại trừ.</p>
<p>Hội chứng Reye</p>		<p>36. Hội chứng Reye</p> <p>Hội chứng Reye được đặc trưng bởi bệnh não không viêm cấp tính nghiêm trọng và suy gan cấp tính.</p>

		<p>Chẩn đoán phải do các bác sĩ chuyên khoa thần kinh xác định.</p> <p>Để được nhận quyền lợi bảo hiểm, cần thỏa tất cả các tiêu chuẩn sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bệnh não cấp tính không do viêm với mức độ thay đổi nhận thức giai đoạn 3 theo Lovejoy (mất ý thức, hôn mê, gồng cứng mất vỏ và không đáp ứng với kích thích có hại) hoặc nặng hơn; - Xét nghiệm dịch não tủy loại trừ viêm não; - Rối loạn chức năng gan cấp với sinh thiết gan thể hiện sự biến đổi chất béo nặng điển hình cho hội chứng Reye; - Đã loại trừ các bệnh liên quan đến phù não cấp và bất thường gan.
<p>Viêm đường mật xơ cứng nguyên phát mạn tính</p>		<p>37. Viêm đường mật xơ cứng nguyên phát mạn tính</p> <p>Chẩn đoán phải được xác nhận bằng hình ảnh chụp đường mật cho thấy sự tiêu hủy các ống dẫn mật.</p> <p>Chẩn đoán phải được bác sĩ tiêu hóa xác định và tình trạng bệnh phải tiến triển tới mức vàng da kéo dài.</p> <p>Quyền lợi bảo hiểm chỉ được chi trả khi bệnh cần phải điều trị ức chế miễn dịch, điều trị thuốc cho chứng ngứa dai dẳng hoặc cần phải nong</p>

		<p>đường mật bằng bóng hoặc đặt stent đường mật.</p> <p>Loại trừ xơ đường mật hay tắc nghẽn mật do di chứng của phẫu thuật đường mật, sỏi mật, nhiễm trùng, viêm ruột hoặc do lắng đọng thứ phát khác.</p>
<p>Suy tuyến thượng thận mãn tính nguyên phát/ Bệnh Addison</p>		<p>38. Suy tuyến thượng thận mãn tính nguyên phát/ Bệnh Addison</p> <p>Rối loạn tự miễn gây phá hủy từ từ tuyến thượng thận dẫn đến phải điều trị thay thế mineral corticoid và glucocorticoid kéo dài.</p> <p>Chẩn đoán suy tuyến thượng thận mãn tính (bệnh Addison) phải do bác sĩ nội tiết xác định cũng như sự đồng ý của bác sĩ do Công ty chỉ định và phải có kết quả nghiệm pháp kích thích bằng ACTH hỗ trợ.</p> <p>Chỉ suy tuyến thượng thận mạn tính do rối loạn tự miễn gây ra được hưởng quyền lợi bảo hiểm. Loại trừ suy tuyến thượng thận do các nguyên nhân khác.</p>
<p>Viêm tụy tái phát mạn tính</p>		<p>39. Viêm tụy tái phát mạn tính</p> <p>Được chẩn đoán bởi bác sĩ chuyên khoa tiêu hóa và có đủ tất cả các đặc điểm sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - viêm tụy cấp tái phát trong một thời gian ít nhất hai (2)

		<p>năm;</p> <ul style="list-style-type: none"> - có bằng chứng bằng hình ảnh về sự tích tụ mỡ trong tụy; và - suy giảm chức năng tụy mạn tính gây ra kém hấp thu chất béo ở ruột non (lượng mỡ cao trong phân) và tiêu đường qua kết quả xét nghiệm máu và phân <p>Loại trừ bệnh gây ra do rượu.</p>
<p>Xơ cứng rải rác</p>		<p>40. Xơ cứng rải rác</p> <p>Bệnh xơ cứng rải rác xảy ra rõ ràng. Chẩn đoán phải do chuyên gia thần kinh và thỏa tất cả các tiêu chuẩn sau đây:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Xác định bằng chẩn đoán hình ảnh Cộng hưởng từ (MRI), chụp cắt lớp điện toán (CT) hoặc các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh tin cậy khác phải xác nhận rõ ràng là bệnh Xơ cứng rải rác; và - Tổn thương thần kinh không thể phục hồi xảy ra trong một giai đoạn liên tục ít nhất trong sáu (6) tháng; và - Có tiền sử rõ ràng của các cơn kịch phát và lui bệnh của các triệu chứng hoặc tình trạng tổn thương thần kinh như đã nêu. <p>Loại trừ các nguyên nhân tổn thương</p>

		thần kinh khác như Lupus đỏ hệ thống (SLE) và HIV.
Bệnh loạn dưỡng cơ		<p>41. Bệnh loạn dưỡng cơ</p> <p>Một nhóm bệnh lý thoái hóa do di truyền xảy ra ở bắp cơ đặc trưng bởi yếu cơ và teo cơ tiến triển. Chẩn đoán bệnh loạn dưỡng cơ phải rõ ràng và do bác sĩ chuyên khoa thần kinh thực hiện, và xác nhận dựa vào các xét nghiệm thần kinh cơ chuyên biệt như Điện cơ đồ (EMG). Tình trạng bệnh này làm cho Người được bảo hiểm mất khả năng thực hiện ít nhất 3 trong 6 động tác sinh hoạt hàng ngày nếu không có sự trợ giúp trong thời gian liên tục từ 6 tháng trở lên.</p>
Bệnh Alzheimer/ Sa sút trí tuệ trầm trọng		<p>42. Bệnh Alzheimer/ Sa sút trí tuệ trầm trọng</p> <p>Suy giảm tiến triển hoặc mất trí năng được đánh giá trên lâm sàng và các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh, xuất phát từ bệnh Alzheimer hoặc các rối loạn cơ quan nội tạng không thể hồi phục, đưa đến suy giảm đáng kể về chức năng tâm thần và xã hội, mà vì vậy Người được bảo hiểm cần phải được giám sát và chăm sóc liên tục. Chẩn đoán tình trạng này phải dựa vào xác nhận trên lâm sàng từ phía bác sĩ chuyên khoa và bác sĩ do Công ty chỉ định.</p> <p>Các tình huống sau đây bị loại trừ:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Các bệnh lý không phải ở cơ quan nội tạng như bệnh loạn thần kinh, bệnh tâm thần; và - Rối loạn chức năng não liên quan đến thuốc hoặc rượu hoặc bất kỳ rối loạn chức năng não nào có khả năng hồi phục do bệnh lý các cơ quan nội tạng gây ra.
Bệnh tế bào thần kinh vận động		<p>43. Bệnh tế bào thần kinh vận động</p> <p>Bệnh thần kinh vận động được đặc trưng bởi sự thoái hóa tiên triển của các bó vỏ não tủy sống và các tế bào sừng trước hoặc các tế bào thần kinh ly tâm ở hành tủy, biểu hiện bằng teo cơ tủy sống, liệt hành tủy tiên triển, xơ cứng cột bên teo cơ và xơ cứng cột bên nguyên phát. Chẩn đoán phải do bác sĩ chuyên khoa thần kinh xác định khi bệnh đang tiến triển và dẫn đến suy giảm thần kinh chức năng kéo dài.</p>
Viêm não		<p>44. Viêm não</p> <p>Viêm mô não nghiêm trọng (bán cầu đại não, cuống não hoặc tiểu não) do nhiễm virus và dẫn đến thiếu năng thần kinh vĩnh viễn. Chẩn đoán phải do bác sĩ chuyên khoa thần kinh xác định và thiếu năng thần kinh chức</p>

		<p>năng kéo dài phải được ghi nhận trong thời gian từ sáu (6) tuần trở lên.</p> <p>Loại trừ viêm não do HIV.</p>
Bệnh bại liệt		<p>45. Bệnh bại liệt</p> <p>Bệnh bại liệt phải được bác sĩ chuyên khoa thần kinh chẩn đoán rõ ràng với các điều kiện sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Xác định được nguyên nhân là virus bại liệt (Poliovirus), - Biểu hiện liệt cơ chi hoặc cơ hô hấp kéo dài từ ba (3) tháng trở lên.
Viêm màng não do vi khuẩn		<p>46. Viêm màng não do vi khuẩn</p> <p>Nhiễm trùng gây ra viêm nặng màng não hoặc tủy sống, đưa đến thiếu năng thần kinh chức năng vĩnh viễn và mất khả năng hồi phục. Thiếu năng thần kinh phải kéo dài từ sáu (6) tuần trở lên. Chẩn đoán xác định dựa vào:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sự hiện diện vi khuẩn trong dịch não tủy nhờ chọc dò tủy sống; và - Do bác sĩ chuyên khoa thần kinh xác định. <p>Loại trừ viêm màng não do vi khuẩn trong bệnh cảnh nhiễm HIV.</p>
Mất khả năng sống tự lập		<p>47. Mất khả năng sống tự lập</p> <p>Là hậu quả của một bệnh, chấn thương mà Người được bảo hiểm</p>

		<p>mất khả năng thực hiện (dù có được hỗ trợ hay không) ít nhất 3 trong 6 động tác sinh hoạt hàng ngày, trong thời gian 6 tháng liên tục.</p> <p>Tình trạng này phải được bác sĩ do công ty chỉ định xác nhận.</p> <p>Loại trừ các bệnh lý không phải do thực thể như bệnh loạn thần kinh và các bệnh tâm thần.</p>
Hội chứng Apallic		<p>48. Hội chứng Apallic</p> <p>Hoại tử toàn bộ vỏ não nhưng cuống (thân) não vẫn còn nguyên vẹn. Chẩn đoán xác định chắc chắn phải do bác sĩ chuyên khoa thần kinh thực hiện tại bệnh viện có uy tín và có chuyên khoa sâu. Tình trạng bệnh lý này phải được ghi nhận trong hồ sơ y tế từ một tháng trở lên.</p>
Phẫu thuật não		<p>49. Phẫu thuật não</p> <p>Phẫu thuật não có gây mê toàn thân có mở hộp sọ.</p> <p>Loại trừ các trường hợp sau:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Thủ thuật khoan sọ (burr-hole), thủ thuật thao tác qua xương bướm (transphenoidal) và các thủ thuật ít xâm lấn khác; b. Phẫu thuật não do tai nạn.
Bệnh bò điên (Creutzfeldt-Jacob Disease)		<p>50. Creutzfeldt-Jacob Disease (bệnh bò điên)</p> <p>Là bệnh về thần kinh, bệnh não xốp có thể gây tử vong kèm theo các dấu hiệu và triệu chứng của:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Co thắt cơ không kiểm soát được hoặc run; - Chứng mất trí tiến triển nặng; - Rối loạn chức năng tiêu não; và - Athetosis. <p>Việc chẩn đoán phải được thực hiện bởi một chuyên gia thần kinh học; và phải căn cứ vào kết quả điện não đồ (EEG) và dịch não tủy (CSF), cũng như chụp cắt lớp (CT) và chụp cộng hưởng từ (MRI).</p>
<p>Bệnh nhược cơ (Myasthenia Gravis)</p>		<p>51. Bệnh nhược cơ (Myasthenia Gravis)</p> <p>Là rối loạn tự miễn đặc trưng bởi yếu các cơ tự ý mãn tính, được xác nhận bởi bác sĩ chuyên khoa thần kinh và được chứng minh bằng xét nghiệm Tensilon và điện cơ đồ (EMG).</p> <p>Phải có chẩn đoán của bác sĩ chuyên khoa và bệnh án thể hiện bệnh toàn thể và dù được điều trị tích cực bằng phẫu thuật hoặc bằng thuốc thì Người được bảo hiểm vẫn không thể thực hiện 3 trong 6 động tác sinh hoạt hàng ngày (có hoặc không có hỗ trợ) trong thời gian ít nhất là 6 tháng. Loại trừ bệnh nhược cơ do bệnh tuyến giáp và bệnh nhược cơ mắt.</p>
<p>Câm</p>		<p>52. Câm</p>

		<p>Mất khả năng nói hoàn toàn và không có khả năng hồi phục do chấn thương thực thể hoặc do bệnh lý ở dây thanh âm. Mất khả năng nói phải xảy ra trong vòng 12 tháng liên tục. Việc chẩn đoán phải có bằng chứng y khoa từ chuyên gia tai mũi họng.</p> <p>Loại trừ tất cả các nguyên nhân liên quan đến tâm thần.</p>
<p>Bệnh bạch hầu</p>		<p>53. Bệnh bạch hầu</p> <p>Bạch hầu được định nghĩa là một bệnh cấp tính do độc tố trung gian của <i>Corynebacterium diphtheriae</i> gây ra.</p> <p>Chẩn đoán này phải có xác nhận của bác sĩ.</p> <p>Quyền lợi bảo hiểm chỉ được chi trả khi thỏa tất cả các tiêu chí sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bệnh đường hô hấp trên có biểu hiện sốt cao, hình thành giả mạc (ở hầu họng, a-mi-đan và thanh quản) và hạch cổ; • Phải thở máy; • Cây vi khuẩn họng, mẫu màng giả xác định được <i>Corynebacterium diphtheriae</i>; • Được chỉ định kháng độc tố; • Kết quả xét nghiệm chứng tỏ có độc tố bạch hầu.