



# 中国初级卫生保健基金会

## 血友病患者规范化治疗检查费用援助项目

患者姓名: \_\_\_\_\_

填表日期: \_\_\_\_\_

JCB-2

## 血友病患者规范化治疗检查费用援助项目 申请流程

已入组爱聚捷音或共赋友助项目的甲型或乙型血友病患者，完成相关检查后，邮寄申请资料至项目办进行审核



首次申请材料

- ❖ 项目知情同意书
- ❖ 检查费用发票原件
- ❖ 检查报告、清单（原件或加盖医院红章的复印件）
- ❖ 援助申请表
- ❖ 申请表填写委托书（患者因自身原因书写不便或患者在未满 16 周岁时才需要提交）



项目办通过审核后，将以短信形式通知患者



项目办将在 30 个工作日内对审核通过的患者发放  
援助资金

### 备注：

- 1、发票抬头必须为患者本人姓名；
- 2、发票禁止重复使用；
- 3、如果当年援助金额未达到上限，年度内再次申请的患者只需要填写《援助申请表》，以及提交相关检查发票、检查报告、清单；
- 4、经济评估需符合“爱聚捷音”/“共赋友助”项目要求，如有变化或不符，需按照“爱聚捷音”/“共赋友助”项目要求重新提供；
- 5、银行卡账户信息需与“爱聚捷音”/“共赋友助”项目保持一致，如有变化请提前与项目办进行沟通；
- 6、如患者提供的申请资料不足以满足项目申请需求，项目办公室会根据患者具体情况要求提交更多资料。

## 血友病患者规范化治疗检查费用援助项目 项目知情同意书

血友病患者需要定期进行各项检查，检查结果对于医生制定患者后续治疗方案以及患者自我疾病管理有着非常重大的指导意义。为了满足患者对各项检测的需求，推动患者规范化治疗，帮助临床积累治疗经验，中国初级卫生保健基金会发起了“血友病患者规范化治疗检查费用援助项目”，向符合项目条件的已入组“爱聚捷音-甲型血友病患者援助项目”的甲型血友病患者或已入组“共赋友助-乙型血友病患者援助项目”的乙型血友病患者就因子活性检测、抑制物检测、关节检查、病毒（肝炎，HIV）筛查、新冠病毒检测、血管性假性血友病因子(VWF)抗原测定、血浆抗凝血酶 III 活性(AT-IIIa 测定)、血浆 D-二聚体测定(D-Dimer)、血小板聚集功能测定、血小板粘附功能测定、血常规、血细胞分析、梅毒螺旋体特异抗体测定、简易凝血活酶纠正实验、HIV-P24 抗原测定、体表包块彩超检查、隐形出血检查产生的自行承担费用提供援助。辉瑞公司向中国初级卫生保健基金会提供无偿援助。

**援助方案：**已入组共赋友助或爱聚捷音项目的甲型或乙型血友病患者，根据临床意见，在当地有条件的医院进行检查中发生的检查费用自行承担部分，每位患者援助上限为 1000 元/年，援助资金使用完毕将不再接受患者申请。

### 项目申请条件

1. 自愿申请；
2. 临床明确诊断为甲、乙型血友病的患者；
3. 已入组“爱聚捷音-甲型血友病患者援助项目”、“共赋友助-乙型血友病患者援助项目”的血友病患者；
4. 自 2019 年 12 月 1 日起进行因子活性检测、抑制物检测、关节检查、病毒（肝炎，HIV）筛查的全国地区血友病患者；
5. 自 2021 年 9 月 1 日起进行新冠病毒检测、血管性假性血友病因子(VWF)抗原测定、血浆抗凝血酶 III 活性(AT-IIIa 测定)、血浆 D-二聚体测定(D-Dimer)、血小板聚集功能测定、血小板粘附功能测定、血常规、血细胞分析、梅毒螺旋体特异抗体测定、简易凝血活酶纠正实验、HIV-P24 抗原测定、体表包块彩超检查、隐形出血检查；
6. 家庭经济条件困难的患者；
7. 本项目援助对象为持有中华人民共和国中国居民身份证/军官证的大陆患者。

### 血友病患者规范化治疗检查费用援助项目终止条款（如有以下情况之一，援助自动停止）

- 患者或其法定监护人/父母自愿退出项目申请；
- 患者死亡；
- 患者进入到其他援助项目；
- 患者或其法定监护人提供任何虚假医学证明；
- 患者或其法定监护人拒绝接受援助项目监督；
- 患者通过医疗保险等形式已达到相关检测费用的全额报销；
- 因其他特殊原因必须停止援助项目；
- 已过本项目申请截止时间，或未到期申请截止时间但援助资金已经发放完毕。

### 项目监督

项目办对受助患者定期进行抽查，核对个人信息和申请资料，如果拒绝接受核查或经核查发现任何医学条件和经济条件不符将立即停止援助。

### 法律声明

- (1) 对于患者的个人信息及医学资料（“患者信息和资料”），我们将严格保密，不会用于任何商业用途，仅用于项目的管理、执行和审计。患者信息和资料将由主办方或项目委托执行保留，除卫生监管部门审查监督外，不会披露给其他第三方。
- (2) 本项目为慈善援助项目，患者需自愿参加；本项目只对能够严格按照项目规定程序申请的患者提供援助。因个人原因不能按项目规定申请和领取援助资金的患者将自行承担因此而产生的后果。
- (3) 患者及其家属须知晓患者的真实病情，患者应遵从医嘱，以规范治疗为原则，定期随访，及时接受治疗。中国初级卫生保健基金会会对患者的病情和治疗不承担任何责任和义务。
- (4) 患者及家属须积极配合，保持与项目办公室通讯联络畅通，主动拨打项目热线电话咨询、主动登录项目网站查询项目办信息。因患者自身原因导致申请、受助等延误的，患者自行承担责任。
- (5) 患者或其家属因特殊情况影响各项目药房及项目医院正常工作，情节严重者，项目办将取消其援助资格。
- (6) 关于本项目的任何信息均以我办正式发布的信息为准，我办不为误信其他渠道信息产生的任何后果承担责任。

项目援助热线：4007-001-817（甲型血友病）

4007-009-198（乙型血友病）

周一至周五： 9:00-17:30

- (7) 血友病患者规范化治疗检查费用援助项目的一切解释权归中国初级卫生保健基金会所有。

---

### 申请声明

我已经认真阅读了上述有关项目的全部内容，知晓此项目的申请条款及终止条款，愿意承担所有的责任和义务。我愿意加入本项目，同意并严格遵守本项目的相关规定，自愿按程序申请。

**患者或患者法定监护人签字：**

**监护人与患者关系：**

**日 期：**

【注：对于不满 18 周岁的患者，必须由其法定监护人签署本知情同意书（在法定监护人是患者父母的情况下，必须由患者的父亲及母亲签署，并注明与患者关系）；对于已满 18 周岁的患者，必须由患者本人签署本知情同意书】

# 中国初级卫生保健基金会

## 血友病患者规范化治疗检查费用援助项目

### 援助申请表

填写说明:

- 1.请清楚、完整地填写表格信息，每张发票需分栏填写。
- 2.申请时需提供检查发票原件(如发票需报销，需在完成报销后再进行项目申请检测)及对应报告清单原件。
- 3.审核通过后，可获得相关检查费用自行承担部分的资金援助，每位患者援助上限为1000元/年。

基本信息								
患者姓名		联系方式		身份证号				
医保类型	<input type="checkbox"/> 城镇居民医保 <input type="checkbox"/> 城镇职工医保 <input type="checkbox"/> 新农合医院 <input type="checkbox"/> 其他							
疾病类型	<input type="checkbox"/> 甲型血友病 <input type="checkbox"/> 乙型血友病							
检查项目	<input type="checkbox"/> 因子活性检测 <input type="checkbox"/> 抑制物检测 <input type="checkbox"/> 关节检查 <input type="checkbox"/> 病毒（肝炎、HIV）筛查 <input type="checkbox"/> 其他							
银行卡信息								
户主姓名		联系方式		身份证号				
开户行全称								
开户行所在支行								
银行卡号								
发票信息								
患者填写区				项目办或一站式机构填写区				
发票号	发票日期	就诊城市	就诊医院	申请检查费用总金额	医保支付金额	其他医保补偿(可不填)	自行承担金额	申请援助金额

患者或被委托人签字:

日期:

后续申请若无变更可不填写银行卡信息



**中国初级卫生保健基金会**  
**血友病患者规范化治疗检查费用援助项目**  
**申请表填写委托书**

由于患者本人没有文化书写不便，申请项目援助的表格填写事宜委托\_\_\_\_\_负责办理。

被委托人\_\_\_\_\_与患者关系\_\_\_\_\_。委托人愿意承担因被委托人违反项目规定所发生的一切后果。

备注： 1、被委托人需为患者直系亲属，即患者父母、配偶或子女。

2、需提供被委托人的身份证复印件（正反面）一份。

患者姓名（正楷）： \_\_\_\_\_

患者手印： \_\_\_\_\_

委托时间： \_\_\_\_\_

被委托人姓名（正楷）： \_\_\_\_\_

被委托人签字：

接受委托时间： \_\_\_\_\_