



**中国初级卫生保健基金会**  
**爱聚捷音-甲型血友病患者援助项目**  
**手术及康复治疗援助患者申请表**

患者姓名: \_\_\_\_\_

填表日期: \_\_\_\_\_

SSKF-4

## 爱聚捷音—甲型血友病患者援助项目

### 手术及康复治疗援助患者申请流程

手术及康复治疗期间使用任捷作为凝血因子药物进行治疗的患者，完成手术或康复治疗后，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
- ❖ 身份证复印件（正反面）
- ❖ 患者本人及直系亲属户口本复印件
- ❖ 患者基本信息登记表
- ❖ 家庭经济收入证明表
- ❖ 手术患者提交：出院小结及出院诊断原件或加盖医院红章的复印件
- ❖ 康复治疗患者提交：病历复印件加盖医院红章
- ❖ 患者本人银行借记卡复印件（标明具体开户行）
- ❖ 援助申请表
- ❖ 手术或康复治疗票据
- ❖ 任捷药品票据



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、如已参加并入了“爱聚捷音-甲型血友病患者援助项目”，无需提供身份证复印件、患者本人及直系亲属户口本复印件、家庭经济收入证明表。
- 4、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》，以及提交手术或康复治疗医学材料及票据和任捷药品票据申请即可。

# 中国初级卫生保健基金会

## 爱聚捷音-甲型血友病患者援助项目

### 手术及康复治疗援助患者知情同意书

为了帮助更多血友病患者规范治疗，降低疾病带来的严重后果（致残率），提高患者生活质量，减轻患者家庭的经济负担，中国初级卫生保健基金会于2017年5月发起了“爱聚捷音-甲型血友病患者援助项目”。考虑到仍有很多患者存在关节反复出血，因治疗费用昂贵未能及时进行手术及康复治疗，引起了关节退行性变化、畸形，关节功能部分或完全丧失，严重影响了其健康和生活方式。为了帮助患者及时、有效地进行手术及康复治疗，中国初级卫生保健基金会开展针对使用任捷®的甲型血友病患者的手术及康复治疗援助。辉瑞公司向中国初级卫生保健基金会无偿提供援助。

**项目启动时间：**2018年1月

**援助方案：**已经或正在接受“爱聚捷音-甲型血友病患者援助项目”，在2018年1月1日后实施血友病相关手术和康复治疗，且手术及康复治疗期间使用任捷®作为凝血因子药物进行治疗的患者向项目办申请，符合项目申请条件的患者给予援助。

#### ● 手术治疗援助：

1. 援助模式：援助甲型血友病相关的手术治疗中发生的手术费用自行承担部分，每位患者援助上限为2万元/年，援助资金使用完毕将不再接受患者申请。
2. 上述手术费用主要是指手术当次发生的费用，包括但不限于：化验费、西药费（除凝血酶原复合物）、检查费、治疗费、麻醉费、材料费、床位费（除特需、高干）、护理费（除特护）；援助范围不包括：凝血因子费用、中成药、中草药、输血、输氧、空调费、餐费及明确归类为“其他”的费用。

#### ● 康复治疗援助：

1. 援助模式：援助甲型血友病相关的康复治疗中发生的康复费用自行承担部分，每位患者援助上限为5000元/年，援助资金使用完毕将不再接受患者申请。
2. 上述康复费用是指在康复治疗项目中产生的费用（如烤灯照射、磁疗、推拿、肌肉理疗等），援助范围不包括：凝血因子费用、中成药、中草药、床位费、护理费、空调费、餐费及明确归类为“其他”的费用。

**申请条件（通过医疗保险等形式已达到手术或康复治疗费用全额报销的患者不在援助范围内）：**

1. 甲型血友病患者骨科手术治疗和有创操作，包括但不限于：滑膜切除术，关节置换术，关节融合术，假肿瘤切除术，截骨矫形术，骨折相关手术，软组织矫形相关手术，血友病血肿和出血的外科处理，

以及其他血友病并发症相关手术等；

2. 甲型血友病患者有创手术，包括但不限于：

- 1) 拔牙或口腔内的外科手术
- 2) 包皮手术
- 3) 阑尾切除术
- 4) 瘻口结扎术
- 5) 心脏支架、搭桥等心血管外科手术
- 6) 胆囊切除手术
- 7) 溶栓治疗
- 8) 颅内出血治疗
- 9) 胃出血治疗
- 10) 肾结石手术
- 11) 肾上腺素瘤切除术
- 12) 微小关节注射术

3. 因出血或出血所致并发症处方的物理康复治疗；

4. 家庭经济条件困难的患者。

**联系方式：**

援助热线：4007-001-817

资料邮寄地址：（只接收 EMS 特快专递）

项目邮箱：[ajjypap@cphcf.org.cn](mailto:ajjypap@cphcf.org.cn)

上海邮政 011-039 信箱 中国初级卫生保健基金会

项目官网：<http://ajjy.ilvzhou.com>

爱聚捷音-甲型血友病患者援助项目办公室

**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/父母要求停止使用重组人凝血因子Ⅷ治疗，或自愿退出；
- 患者进入新药临床试验或其他援助项目；
- 患者死亡；
- 患者通过医疗保险等形式已达到手术或康复治疗费用的全额报销；
- 患者或其法定监护人提供任何虚假医学或经济证明；
- 患者或其法定监护人拒绝接受援助项目监查；
- 因不可抗力或因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。

**项目监查：**



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) 手术及康复治疗援助为慈善援助项目，患者需自愿参加；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) 患者在手术、康复治疗、用药过程中出现的不可预知的不良事件（如药物不良反应等），请患者及时咨询医生，并按照医生的医嘱治疗。中国初级卫生保健基金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按信息。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) 除项目流程规定的申请资料外，项目办公室有权根据患者具体情况要求提交更多的资料。
- (6) 手术及康复治疗援助相关信息均以爱聚捷音-甲型血友病患者援助项目办公室正式发布的信息为准，中国初级卫生保健基金会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 周一至周五：9:00-17:30
- (7) 爱聚捷音-甲型血友病患者援助项目手术及康复治疗援助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，知晓手术及康复治疗援助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】

## 填表说明

1. 本表需要用钢笔或者圆珠笔逐栏正楷填写，不得涂改，不得空缺，没有填“无”。
2. 请患者认真阅读表格每页下方的填表说明，按照要求准备相关材料，填写相关信息。

**需邮寄材料（所有材料请勿粘贴,并全部使用A4纸张打印或者复印）**

### 一、身份证明(已经接受中国初级卫生保健基金会“爱聚捷音-甲型血友病患者援助项目”援助的患者无须提供):

患者本人身份证（正反面）复印件1份，未满16周岁的患者如无身份证不强制性提供。

患者本人和患者直系亲属的户口本复印件各1份。

- 已满18周岁的患者，如为已婚需提交本人及配偶的户口本复印件；如未婚只需提交本人的。
- 未满18周岁的患者，需提交本人及其父母（法定监护人）的户口本本人页复印件。

### 二、经济证明:

项目知情同意书

知情同意书必须是由患者本人签字并签写日期的原件。

患者基本信息登记表

黏贴1寸近照；表格中的个人信息及患者签字日期务必准确填写。

家庭经济收入证明表

有工作单位的人员，开具工资收入证明，单位人事部盖章（或单位公章）、证明人签字、电话；

无工作单位的人员，请注明现在情况及原因，并如实填写打工、务农等情况，并需患者户口所在地/长期居住地政府部门（居委会/村委会、街道办事处、政府部门）盖章、证明人签字、电话。

患者本人银行卡复印件1份（标明具体开户行信息）。

- **已经接受“爱聚捷音-甲型血友病患者援助项目”援助的患者，如目前家庭经济状况与初次申请时无变化，则无需填写家庭经济收入证明表，如有变化需要重申报相应内容。**

### 三、医学证明:

- 手术患者提交：出院小结及出院诊断原件或加盖医院红章的复印件

康复治疗患者提交：病历复印件加盖医院红章

注：如患者提供的医学资料不足以满足手术及康复治疗援助申请的医学需求，项目办公室会根据患者具体情况要求提交更多资料。

手术及康复治疗票据：完成手术或康复治疗后，需要提供手术或康复治疗相关的费用发票原件、明细清单、医保结算单（如医保部门报销后已留存原件，患者可以提供票据复印件加盖医保部门公章，并提供最终报销后的结算单原件。票据2018年1月1日以后产生的有效。）

任捷药品票据：患者需要提供手术或康复治疗期间使用任捷的费用发票原件、明细清单、医保结算单（药品票据2018年1月1日以后产生的有效。如医保部门报销或慈善机构援助后回收了发票原件，患者可以提供票据复印件加盖医保部门或慈善部门项目章）。

患者提交的手术及康复治疗报销后的发票（原始发票中费用项目、单价、总价等重要信息未显示的，需要提供相应的明细清单）、医保结算单（发票中未显示患者报销金额及自行承担金额的必须提供医保结算单）等资料，如非患者本人姓名、无日期、无药品名称、无药品数量、无单价等重要信息，且不能提供药品明细清单原件的发票无效。

### 四、申请表填写委托书:

- 书写不便的患者以及未满16周岁的患者均需填写此表；
- 被委托人需为患者直系亲属，即患者父母、配偶或子女；
- 需提供被委托人的身份证复印件（正反面）一份。

**中国初级卫生保健基金会**  
**爱聚捷音-甲型血友病患者援助项目**  
**手术及康复治疗援助患者基本信息登记表**

<b>姓名</b>		<b>性别</b>		<b>年龄</b>		黏贴 照片 (一寸近照)
<b>身份证号</b>						
<b>本人电话</b>						
<b>第一联系人</b>	姓名_____电话:_____与申请人关系:_____					
<b>家庭住址</b>	_____省_____市_____					
<b>家庭成员名单:</b>						
姓名: _____与申请人关系: _____						
姓名: _____与申请人关系: _____						
姓名: _____与申请人关系: _____						
<b>*填写说明</b>						
1. 已满18周岁的患者, 如为已婚需填写配偶信息, 提交本人及配偶经济收入证明; 如未婚只需填写本人信息, 提交本人经济证明。						
2. 未满18周岁的患者, 需同时填写父母相关信息, 提交父母经济收入证明。						
<b>家庭成员人数</b>						
<b>申请援助内容 (可多选)</b>		<input type="checkbox"/> 手术治疗援助 <input type="checkbox"/> 康复治疗援助				
<b>医保 情况</b>	参保城市	_____省_____市		医保报销比例	%	
	参保类型	<input type="checkbox"/> 城镇居民医保 <input type="checkbox"/> 城镇职工医保 <input type="checkbox"/> 新农合医保 <input type="checkbox"/> 其它_____				
<b>申请理由</b>	患者本人签字 _____ 日期: _____					



**中国初级卫生保健基金会**  
**爱聚捷音-甲型血友病患者援助项目**  
**手术及康复治疗援助患者家庭经济收入证明**

**患者本人经济收入证明**（儿童患者不需填写此栏）

姓名		性别		年龄		联系电话	
身份证号	□□□□□□□□□□□□□□□□□□						
<b>有固定工作单位人员填写以下内容</b>							
工作单位名称：_____ 工作单位电话：_____							
工作时间：自_____年至_____年，工作职务_____							
兹证明_____同志在本单位的上年度全年总收入_____元（年收入包括工资及奖金等全部收入）特此证明							
证明人职务：_____ 证明人联系电话：_____							
证明人签字：_____ 日期：_____ 证明部门盖章：_____							
<b>无固定工作单位人员填写以下内容</b>							
现在情况： <input type="checkbox"/> 打工 <input type="checkbox"/> 务农 <input type="checkbox"/> 待业 <input type="checkbox"/> 其他_____							
上年度全年总收入：							
户籍所在地/居住地村级以上政府或街道办事处		名称：					
		地址：					
兹证明情况属实。						证明部门盖章	
证明人联系电话：_____							
证明人签字：_____ 日期：_____							

备注：

1. 该项目为慈善援助项目，将受到国家有关部门审计，请如实填写，如有不实或隐瞒，将取消援助资格，情节严重者将负法律责任。
2. 表格中所有内容均需填写，不得空缺。如无此项，请填写“无”或注明情况。如有涂改，需证明部门在涂改处加盖公章。
3. 已经接受“爱聚捷音-甲型血友病患者援助项目”援助的患者，如目前家庭经济状况与初次申请时无变化，则无需填写此表，如有变化需要重申申报相应内容。
4. 此表可复印使用。



**中国初级卫生保健基金会**  
**爱聚捷音-甲型血友病患者援助项目**  
**手术及康复治疗援助患者家庭经济收入证明**

家庭成员经济收入证明 (成人患者填写配偶信息, 无配偶则空白; 儿童患者填写监护人信息)

姓名		性别		年龄		与申请人关系	
移动电话				固定电话			
<b>有固定工作单位人员填写以下内容</b>							
工作单位名称: _____ 工作单位电话: _____ 工作时间: 自 _____ 年至 _____ 年, 工作职务 _____ 兹证明 _____ 同志在本单位的上年度全年总收入 _____ 元 (年收入包括工资及奖金等全部收入) 特此证明 证明人职务: _____ 证明人联系电话: _____ 证明人签字: _____ 日期: _____ 证明部门盖章: _____							
<b>无固定工作单位人员填写以下内容</b>							
现在情况: <input type="checkbox"/> 打工 <input type="checkbox"/> 务农 <input type="checkbox"/> 待业 <input type="checkbox"/> 其他 _____							
上年度全年总收入:							
户籍所在地/居住地 村级以上政府或街道办事处		名称:					
		地址:					
兹证明情况属实。 证明人联系电话: _____ 证明人签字: _____ 日期: _____						证明部门盖章	

备注:

1. 该项目为慈善援助项目, 将受到国家有关部门审计, 请如实填写, 如有不实或隐瞒, 将取消援助资格, 情节严重者将负法律责任。
2. 表格中所有内容均需填写, 不得空缺。如无此项, 请填写“无”或注明情况。如有涂改, 需证明部门在涂改处加盖公章。
3. 已经接受“爱聚捷音-甲型血友病患者援助项目”援助的患者, 如目前家庭经济状况与初次申请时无变化, 则无需填写此表, 如有变化需要重申报相应内容。
4. 此表可复印使用。

# 中国初级卫生保健基金会“爱聚捷音-甲型血友病患者援助项目”

## 手术康复患者援助申请表

填写说明:

- 1.请清楚、完整地填写基本信息, 每张发票需分栏填写。
- 2.申请时需提供发票原件(如发票需报销, 需在完成报销后再进行项目申请)及对应发票清单原件。
- 3.所有申请资料请按日期、就诊顺序依次装订在本申请表后;每位手术治疗患者援助上限为2万元, 每位康复治疗患者援助上限为5000元。

### 基本信息

姓名		性别		年龄		身份证号		联系方式		
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"/> 新农合医保 <input type="checkbox"/> 其他				<input type="checkbox"/> 其他保险补偿					
申请援助内容					<input type="checkbox"/> 手术治疗援助 <input type="checkbox"/> 康复治疗援助					
开户行全称					后续申请若无变更可不填写银行卡信息					
开户行所在支行										
患者本人名下银行账号 (须与首次申请账号一致)										
发票号	发票日期	就诊城市	就诊医院	任捷®规格 (250IU)	任捷®数量 (支)	手术/康复总金额	医保支付金额	其他医保补偿 (如无不填)	自行承担金额	申请援助金额
合计										

申请人签字:

日期:





**中国初级卫生保健基金会**  
**爱聚捷音-甲型血友病患者手术及康复援助项目**  
**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：** \_\_\_\_\_

# 爱聚捷音

## 甲型血友病患者援助项目

项目援助电话：4007-001-817

(周一至周五 9:00-17:30)

项目网站：<http://ajjy.ilvzhou.com>

项目邮箱：[aijypap@cphcf.org.cn](mailto:aijypap@cphcf.org.cn)

资料邮寄地址：（只接受 EMS 特快专递）

上海邮政 011-039 信箱



加入微信公众号

了解更多项目信息