



中华慈善总会

Co-pay 项目检查费援助申请书

患者姓名: _____

申请日期: _____

中华慈善总会科跃奇Co-pay慈善援助项目

医学检查援助患者告知书

（需仔细阅读）

亲爱的患者：

中华慈善总会科跃奇Co-pay慈善援助项目是中华慈善总会为帮助因病致贫的甲型（A型）血友病患者得到拜科奇和科跃奇购药资金援助善款而设立的慈善项目，由中华慈善总会科跃奇Co-pay慈善援助项目办公室（以下简称项目办）独立审核和管理。

为了帮助经济困难的血友病患者在获得科跃奇治疗的同时还可接受必要的医学检查，中华慈善总会在科跃奇Co-pay慈善援助项目基础上开展“医学检查援助”，向符合项目申请的甲型血友病患者就经医生独立医学判断需进行的因子浓度（活性）检测、抑制物检测、关节评估（B超、MRI、HJHS）、病毒（肝炎、HIV）筛查产生的自费部分费用进行援助。现将相关事宜特作如下通告：

援助对象：已入组科跃奇Co-pay慈善援助项目，且在使用科跃奇期间，进行了医学检查（定义见援助方式）的患者。因为援助资金有限，满足上述条件的患者并不等于一定能得到援助。

援助方式：已入组科跃奇Co-pay慈善援助项目，且在使用科跃奇期间的患者，根据临床医生意见和独立医学判断并开具检查单，在当地进行了以下医学检查：因子浓度（活性）检测、抑制物检测、关节评估（B超、MRI、HJHS）、病毒（肝炎、HIV）筛查（简称“**医学检查**”），在医保及其他保险报销后，患者可就检查费用的自付部分向项目办申请资金援助。每位患者在医学检查援助开展期间内，获得的医学检查援助款上限为1500元。

费用援助的具体医学检查范围由中华慈善总会结合实际情况确定，并有权依据实际情况不时进行调整。

援助期限：患者本人医学检查费用发票日期为 2023年12月24日-2025年6月30日，援助期限至医学检查援助款使用完毕时止。请注意，项目办有权根据援助开展的实际情况或其他因素随时调整援助期限或提前终止援助。

患者申请材料：本知情同意书。申请通过后患者需将医学检查相关费用的发票原件、医保结算单原件（如需要）和对应的检查费用明细清单原件上交至当地慈善会。

项目要求：

- 患者必须如实提交所有材料，凡提交虚假或不如实提交所需材料者，将彻底失去受助资格。
- 您申请材料中的患者知情同意书请通过中国邮政特快专递（EMS）邮寄到本项目指定信箱：北京市100034信箱23分箱中华慈善总会科跃奇Co-pay项目办公室。

其他材料请提交地方慈善会。

● 申请医学检查援助款的患者需提供经患者本人签署的本知情同意书原件，和本人医学检查项目费用发票原件、医保结算单原件(如需要)和对应检查费用明细清单的原件。

● 因为援助资金有限，满足条件的患者并不等于一定能得到援助。

● 您的个人隐私及身份将受到保护，由于信息储存、统计的需要，您的资料将对中华慈善总会及其所管理的与信息储存、统计事项相关的第三方开放。因审计和政府要求的信息披露除外。在项目开展期间，中华慈善总会将会把您与本项目相关的信息和数据进行记录及存档，您的个人信息和数据将严格按照中华人民共和国适用的个人隐私和数据保护相关法律处理和使用。基于审计的目的，您的信息也可能提供给包括医学检查援助捐赠方拜耳医药保健有限公司在内的第三方进行审计。

● 中华慈善总会有权自行决定在医学检查援助开展期间随时调整或提前终止该等援助安排。若医学检查援助停止执行，则中华慈善总会将不再接受患者提交的医学检查票据，并停止该等援助。

中华慈善总会
科跃奇Co-pay慈善援助项目办公室
2023年12月



患者知情同意书

我知晓自身病情，自愿按程序申请中华慈善总会科跃奇Co-pay慈善援助项目项下的医学检查援助。我已全部知晓《中华慈善总会科跃奇Co-pay慈善援助项目医学检查援助患者告知书》的全部内容，并完全接受其中的各项规定。我承诺提供的全部材料均真实准确，愿意将个人信息提供至包括项目捐赠方拜耳医药保健有限公司在内的第三方用于调查核实及审计抽查，我将严格遵守中华慈善总会科跃奇Co-pay慈善援助项目及本医学检查援助的各项规定，愿意承担不实申报或违反项目规定导致的包括但不限于申请得不到批准或援助立即终止等全部后果。我在此郑重申明，如因本人或本人亲属任何言行对中华慈善总会科跃奇Co-pay慈善援助项目、本医学检查援助、中华慈善总会以及合作方造成损失，我将承担相应责任。

另外，本人亦知晓并同意本人仅可按照《中华慈善总会科跃奇Co-pay慈善援助项目医学检查援助患者告知书》的规定申请医学检查相应援助款，同时，亦理解并同意中华慈善总会及本项目捐赠方有权基于内部管理以及项目调整等原因提前终止Co-pay项目和本医学检查援助及相应捐赠事项，或调整医学检查项目援助范围。

我同意执行方将我的不良事件、产品技术投诉和/或使用方面的问题或其他安全性相关事件报告至拜耳药物警戒部门。

我同意拜耳药物警戒部门联系执行方或我的治疗医生，执行方联系我以跟进不良事件、产品技术投诉和/或使用问题或其他安全性和质量相关事件。

我同意拜耳的药物警戒部门向监督管理部门提供我的信息，以符合不良事件、产品技术投诉和/或使用问题或其他安全性和质量相关事件方面的监管要求。

患者本人签字：

注：患者本人如无书写能力，患者签字处可由亲属代填，患者本人按手印。

(患者保留)



患者知情同意书

我知晓自身病情，自愿按程序申请中华慈善总会科跃奇Co-pay慈善援助项目项下的医学检查援助。我已全部知晓《中华慈善总会科跃奇Co-pay慈善援助项目医学检查援助患者告知书》的全部内容，并完全接受其中的各项规定。我承诺提供的全部材料均真实准确，愿意将个人信息提供至包括项目捐赠方拜耳医药保健有限公司在内的第三方用于调查核实及审计抽查，我将严格遵守中华慈善总会科跃奇Co-pay慈善援助项目及本医学检查援助的各项规定，愿意承担不实申报或违反项目规定导致的包括但不限于申请得不到批准或援助立即终止等全部后果。我在此郑重申明，如因本人或本人亲属任何言行对中华慈善总会科跃奇Co-pay慈善援助项目、本医学检查援助、中华慈善总会以及合作方造成损失，我将承担相应责任。

另外，本人亦知晓并同意本人仅可按照《中华慈善总会科跃奇Co-pay慈善援助项目医学检查援助患者告知书》的规定申请医学检查相应援助款，同时，亦理解并同意中华慈善总会及本项目捐赠方有权基于内部管理以及项目调整等原因提前终止Co-pay项目和本医学检查援助及相应捐赠事项，或调整医学检查项目援助范围。

我同意执行方将我的不良事件、产品技术投诉和/或使用方面的问题或其他安全性相关事件报告至拜耳药物警戒部门。

我同意拜耳药物警戒部门联系执行方或我的治疗医生，执行方联系我以跟进不良事件、产品技术投诉和/或使用问题或其他安全性和质量相关事件。

我同意拜耳的药物警戒部门向监督管理部门提供我的信息，以符合不良事件、产品技术投诉和/或使用问题或其他安全性和质量相关事件方面的监管要求。

患者本人签字：

注：患者本人如无书写能力，患者签字处可由亲属代填，患者本人按手印。

(中华慈善总会保留)