



中华慈善总会
拜科奇Co-pay慈善援助项目



中华慈善总会
拜科奇Co-pay慈善援助项目

申请指南

项目宗旨

2015 年 1 月中华慈善总会与拜耳医药保健有限公司共同设立“中华慈善总会拜科奇 Co-pay 慈善援助项目”。项目旨在通过中华慈善总会、地方慈善机构、医疗保险和患者共同承担血友病治疗的模式，帮助中国甲型血友病患者获得拜科奇的治疗，提高血友病患者的生活质量。

1. 申请流程.....02

2. 首次申请表格填写说明.....03

3. 再次申请表格填写说明.....11

拜科奇Co-pay项目申请及资金领取流程

申请阶段



提交资料

患者诊断为血友病甲并计划采用拜科奇药品治疗时向项目办提交申请资料。登陆项目网站进入资金援助模式下载申请表格，填写完整后与其他材料一起邮寄至拜科奇项目办公室



入组通知书

项目办向通过审核的患者邮寄入组通知书，患者获批12个月的援助周期。患者也可以登录项目审批系统自助查询申请进度（www.zbpap.com）



审核资料

项目办收到患者申请材料后进行审核并通知患者需要补充的材料



批准名单

项目办每天给各地慈善会邮件发送批准患者名单



首次领取援助资金

患者根据当地慈善会通知的领取时间，携带好有效证件、入组通知书、购买拜科奇药品的处方复印件、购药发票原件（如发票为复印件，需要加盖医保或报销单位章）以及医保出具的相关资料原件去当地慈善会领取救助资金。

领取援助资金时，需要签署领取凭证。如为委托人代为领取，需要携带被委托人身份证原件及患者身份证原件。
每次领取援助资金时，**仅可以使用上一报销日期之后的发票，发票禁止重复使用**，一经发现将取消受助资格。



确认报销时间

报销时间规定为每年的1月、4月、7月和10月（根据各地结算周期不同，报销具体报销月份有所区别，详情可致电项目办或登陆项目官方网站查询）。
患者需在医保等政府部门报销后，再到当地慈善会领取援助资金。
首次领取援助资金的患者需要等待慈善会通知后方可至当地慈善会进行报销。



后续援助资金

后续领取援助资金时，需要携带好有效证件、购买拜科奇药品的处方复印件、购药发票原件（如发票为复印件，需要加盖医保或报销单位章）以及医保出具的相关资料原件去当地慈善会领取救助资金。

领取援助资金时，需要签署领取凭证。如为委托人代为领取，需要携带被委托人身份证原件及患者身份证原件。



再次申请

患者务必在12个月援助周期期满后向项目办提出再次申请。如本援助周期领取援助资金未达上限，未使用完的援助资金不会被累加至下一援助周期。如本周领取援助资金已达到上限，则不会再次向患者发放援助资金，患者需待12个月援助周期期满后再次进行再次申请。



患者



地方慈善机构



拜科奇项目办公室



中华慈善总会

拜科奇Co-pay慈善援助项目

首次申请表

(仅适用于首次申请援助项目患者使用)

患者姓名: 李权

申请日期: 2015.6.26

首次申请指从未申请过拜科奇援助项目的患者，包括药品援助项目

重要文件请仔细阅读

一、填表说明

1. 本表可由患者本人或者直系亲属填写，其中患者签字部分务必须由患者本人填写。
2. 本表需要患者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”。**
3. 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。

二、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）

- > 《中华慈善总会拜科奇 Co-pay 慈善援助项目首次申请表》全套。
- > 患者本人身份证复印件（正反面）一份，未成年患者如无身份证需提供患者本人户口本复印件一份。
- > 患者本人和直系亲属（包括患者父母、配偶及所有子女）户口本复印件各 1 份。
- > 患者本人疾病诊断病历复印件一份。

重要提示：

1. 请在确诊为血友病，并计划采用拜科奇药品治疗时就向项目办提交申请资料。
2. 请务必妥善保管以下资料并在领取援助资金时上交到当地慈善会：
 - ① 购买拜科奇药品的处方复印件或出院小结及用药医嘱复印件。
 - ② 购药发票及购药清单复印件，加盖报销单位章。
 - ③ 医保报销结算单。
 - ④ 中华慈善总会拜科奇 Co-pay 援助项目入组通知书。
3. 18 周岁以下患者或成年患者因个人原因无法亲自前往领取援助资金，需要填写《援助资金领取委托书》并提供代领人身份证复印件，并将全部委托资料在首次领取援助资金时上交至当地慈善会。
4. 因患者具体情况不同可能会补充其他证明材料，以项目办通知为准。

中华慈善总会拜科奇 Co-pay 项目联系方式

1. **邮寄地址：**北京市 100034 信箱 23 分箱中华慈善总会拜科奇项目办公室，邮编 100034
2. **项目热线电话：**010-83368339（工作日 9:00-11:30，13:00-17:00）
3. **项目网站：**<http://www.baikqi.org/>，登陆网站可以了解更多拜科奇最新动态
4. **患者自助查询系统：**<https://www.zbpap.com/>
5. **项目电子邮箱：**baikqi@vip.163.com

中华慈善总会拜科奇Co-pay慈善援助项目

患者申请告知书

(需仔细阅读)

亲爱的患者：

中华慈善总会拜科奇 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血友病患者得到拜科奇购药资金援助而设立的慈善项目，为保证申请人顺利得到援助，特作如下通告：

援助对象：符合拜科奇适应症的患者；使用过拜科奇治疗并获得明确疗效且没有严重不良反应；经济上有困难的中国大陆患者。因为援助资金有限，满足上述条件并不等于一定能得到援助。

援助方式：对使用拜科奇药品进行治疗的困难患者给予患者一定比例的资金援助，18周岁以下患者每年可获得援助资金上限为15000元，18周岁及以上患者每年可获得援助资金上限为20000元。

项目要求：

- **您的所有申请材料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分箱中华慈善总会拜科奇Co-pay项目办公室。**
 - 审核将根据申请人提交资料的先后次序而定，收到申请材料10个工作日内，如材料齐全我办将直接邮寄入组通知书，材料不齐我办会电话通知患者补充内容，患者可电话或登录项目网站查询审核进度。
 - **患者通过项目审批后，受助资格有效期为12个月，受助资格到期后需要重新申请。**
 - **领取援助资金时需携带患者本人身份证原件（未成年患者需携带户口本原件）、拜科奇Co-pay慈善援助项目入组通知书原件、购买拜科奇药品处方复印件、发票复印件、购药清单复印件及医保结算单。**
 - 本项目只对能够严格按照项目规定程序申请和领取援助资金的患者提供援助，因个人原因不能按照程序要求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。
 - 本项目为慈善援助项目，本会工作人员不得对您收取任何费用。如发现上述行为，请您立即举报。如您或您的家属有向上述人员行贿的行为，您也将失去受助的机会。
 - 我办有权随时对您的经济情况进行抽查评估，如您不能配合抽查或者抽查结果不合格，将视为自愿放弃受助资格。
 - 您的个人隐私及身份将受到保护，由于信息核查和统计的需要，您的资料将对中华慈善总会和捐赠方开放，但不会提供给其它第三方。因审计和政府要求的信息披露除外。
 - 患者及家属须积极配合，保证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相关信息。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。
 - 该项目只对内地的中国大陆公民提供援助，自费药品须为境内购买的正规渠道药品。
- 我办特别重申：**
- 申请项目均按我办发出的正式信息为准，我办不为误听其它渠道信息产生的后果承担责任。如有任何疑问请致电中华慈善总会拜科奇 Co-pay 患者援助热线咨询，以准确、详实的了解项目申请程序及相关要求。如患者未按程序要求及时联系我办并办理相关手续而延误申请，责任由患者自负。
 - 用药过程中可能会出现不可预知的不良事件，患者必须严格按照医生的医嘱决定用药与否。
 - 患者及其家属必须知晓患者的真实病情，未成年患者需由第一监护人提出入组申请，本项目为慈善援助，患者均需自愿参加，中华慈善总会不会对患者的病情和治疗不承担责任和义务。
 - 凡是未按照上述项目规定操作的患者，如提供任何虚假材料，经济条件改善而不再满足经济标准等将失去受助资格。
 - 本人（患者）同意拜耳公司联系我的治疗医生进行不良事件的随访。
 - 对申请和受助过程中出现的任何问题，患者与项目办公室协商解决。协商不成，由中华慈善总会在法院依法判决。
 - 中华慈善总会拜科奇 Co-pay 慈善援助项目管理办公室对患者援助项目拥有最终解释权。

中华慈善总会
拜科奇 Co-pay 慈善援助项目管理办公室
2015年6月

重要文件请仔细阅读

请患者用正楷字填写
如患者无书写能力，
由被委托人填写



患者知情同意书

我自愿按程序申请中华慈善总会拜科奇患者援助项目。我已全部知晓《中华慈善总会拜科奇Co-pay慈善援助项目患者申请告知书》的所有信息，我承诺提供的全部材料均真实准确，愿意接受中华慈善总会的调查核实，严格遵守拜科奇项目的各项规定，愿意承担不实申报或违反项目规定导致的包括并不限于申请得不到批准或援助立即终止等后果。我在此郑重声明，如因本人或本人亲属任何言行对拜科奇项目、中华慈善总会以及合作方造成损失，我将承担相应责任。

患者本人签字： 李叔

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)

直系亲属认真正确填写
(直系亲属包括父母、配偶及所有子女)

有工作单位的在职及退休职工，单位相关信息均需填写，并加盖单位公章。
务农、打零工等无固定工作单位者只填写收入即可。



拜科奇 Co-pay 慈善援助项目 患者直系亲属经济情况登记表

姓名	李国强	年龄	55	与患者关系	父子
联系电话 (尽量多填)		1391232xxxx 010-6532xxxx			
工作单位名称 (无单位者请注明当前情况，以下有关工作单位内容无需填写)： 北京市公交总公司					
单位职务	公交车司机	 (单位公章) 单位电话：010-65436272			
近一年总收入 (单位：元) (必填)	32000 元				

姓名	周潇	年龄	50	与患者关系	母子
联系电话 (尽量多填)		1381236xxxx 010-6532xxxx			
工作单位名称 (无单位者请注明目前状况，以下有关工作单位内容无需填写)： 北京好帮手保洁公司					
单位职务	保洁员	 (单位公章) 单位电话：010-6533xxxx			
近一年总收入 (单位：元) (必填)	23000 元				

备注：

1. 表格所有内容均需填写不得空缺和涂改。如无此项，请填写“无”或注明情况。
2. 直系亲属包括父母、配偶及所有子女，亲属有多个联系电话的，请尽量多填。
3. 如直系亲属较多，本页表格可复印使用。
4. 如有任何疑问请致电拜科奇项目热线 010-83368339，或查询网站 <http://www.baikelqi.org>。



中华慈善总会拜科奇 Co-pay 慈善援助项目 援助资金领取委托书

由于患者本人行动不便，特申请由 李国强（此处请填写代领人姓名）代为领取援助资金，代领人与患者关系是 父子。患者本人愿意承担因代领人违反项目规定所发生的一切后果。

特别提示：

- 1、18周岁以下患者必须填写此委托书。
- 2、代领人需为患者直系亲属，即患者父母、配偶或子女。
- 3、须提供代领人的身份证复印件（正反面）一份。
- 4、如患者更换代领人，需要重新填写此表并提供代领人相关资料。
- 5、如出现特殊情况请与项目办联系。

患者姓名：李权

患者本人按手印：

代领人签字：李国强

签字日期：2015.6.26

（此表填写后请交至当地慈善会）

被委托人为患者唯一指定领取援助资金的直系亲属

请患者监护人用正楷字填写





中华慈善总会

拜科奇Co-pay慈善援助项目

再次申请表

(仅适用于已受助患者再次申请使用)

患者姓名: 刘伟

申请日期: 2015.6.26

再次申请指申请过拜科奇药品援助项目或Co-pay援助项目的患者

重要文件请仔细阅读

一、填表说明

1. 本表可由患者本人或者直系亲属填写，其中患者签字部分务必由患者本人填写。
2. 本表需要患者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”。**
3. 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。

二、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）

- 《中华慈善总会拜科奇 Co-pay 慈善援助项目再次申请表》全套。
- 患者本人身份证复印件（正反面）一份，未成年患者如无身份证需提供患者本人户口本复印件一份。

重要提示：

1、请在确诊为血友病，并计划采用拜科奇药品治疗时就向项目办提交申请资料。

2、请务必妥善保管以下资料并在领取援助资金时上交到当地慈善会：

①购买拜科奇药品的处方复印件或出院小结及用药医嘱复印件。

②购药发票及购药清单复印件，加盖报销单位章。

③医保报销结算单。

④中华慈善总会拜科奇Co-pay援助项目入组通知书。

3、18周岁以下患者或成年患者因个人原因无法亲自前往领取援助资金，需要填写《援助资金领取委托书》并提供代领人身份证复印件，并将全部委托资料在首次领取援助资金时上交至当地慈善会。

4、因患者具体情况不同可能会补充其他证明材料，以项目办通知为准。

中华慈善总会拜科奇 Co-pay 项目联系方式

- 1、**邮寄地址：**北京市 100034 信箱 23 分箱中华慈善总会拜科奇项目办公室，邮编 100034
- 2、**项目热线电话：**010-83368339（工作日 9:00-11:30，13:00-17:00）
- 3、**项目网站：**<http://www.baikeqi.org/>，登陆网站可以了解更多拜科奇最新动态
- 4、**患者自助查询系统：**<https://www.zbpap.com/>
- 5、**项目电子邮箱：**baikeqi@vip.163.com

中华慈善总会拜科奇 Co-pay 慈善援助项目

患者申请告知书

(需仔细阅读)

亲爱的患者：

中华慈善总会拜科奇 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血友病患者得到拜科奇购药资金援助而设立的慈善项目，为保证申请人顺利得到援助，特作如下通告：

援助对象：符合拜科奇适应症的患者；使用过拜科奇治疗并获得明确疗效且没有严重不良反应；经济上有困难的中国大陆患者。因为援助资金有限，满足上述条件并不等于一定能得到援助。

援助方式：对使用拜科奇药品进行治疗的困难患者给予患者一定比例的资金援助，18周岁以下患者每年可获得援助资金上限为15000元，18周岁及以上患者每年可获得援助资金上限为20000元。

项目要求：

- **您的所有申请材料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分箱中华慈善总会拜科奇Co-pay项目办公室。**
 - 审核将根据申请人提交资料的先后次序而定，收到申请资料10个工作日内，如材料齐全我办将直接邮寄入组通知书，材料不齐全我办会电话通知患者补充内容，患者可电话或登录项目网站查询审核进度。
 - **患者通过项目审批后，受助资格有效期为12个月，受助资格到期后需要重新申请。**
 - **领取援助资金时需携带患者本人身份证原件（未成年患者需携带户口本原件）、拜科奇Co-pay慈善援助项目入组通知书原件、购买拜科奇药品处方复印件、发票复印件、购药清单复印件及医保结算单。**
 - 本项目只对能够严格按照项目规定程序申请和领取援助资金的患者提供援助，因个人原因不能按照程序要求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。
 - 本项目为慈善援助项目，本企业工作人员不得对您收取任何费用。如发现上述行为，请您立即举报。如您或您的家属有向上述人员行贿的行为，您也将失去受助的机会。
 - 我办有权随时对您的经济情况进行抽查评估，如您不能配合抽查或者抽查结果不合格，将视为自愿放弃受助资格。
 - 您的个人隐私及身份将受到保护，由于信息核查和统计的需要，您的资料将对中华慈善总会和捐赠方开放，但不会提供给其它第三方。因审计和政府要求的信息披露除外。
 - 患者及家属须积极配合，保证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相关信息。因患者自身原因导致申请、受助等延误的，患者自行承担后果。
 - 该项目只对内地的中国大陆公民提供援助，自费药品须为境内购买的正规渠道药品。
- 我办特别重申：**
- 申请项目均按我办发出的正式信息为准，我办不为误听其它渠道信息产生的后果承担责任。如有任何疑问请致电中华慈善总会拜科奇 Co-pay 患者援助热线咨询，以准确、详实的了解项目申请程序及相关要求。如患者未按程序要求及时联系我办并办理相关手续而延误申请，责任由患者自负。
 - 用药过程中可能会出现不可预知的不良事件，患者必须严格按照医生的医嘱决定用药与否。
 - 患者及其家属必须知晓患者的真实病情，未成年患者需由第一监护人提出入组申请，本项目为慈善援助，患者均需自愿参加，中华慈善总会对患者病情和治疗不承担责任和义务。
 - 凡是未按照上述项目规定操作的患者，如提供任何虚假材料，经济条件改善而不再满足经济标准等将失去受助资格。
 - 本人（患者）同意拜耳公司联系我的治疗医生进行不良事件的随访。
 - 对申请和受助过程中出现的任何问题，患者与项目办公室协商解决。协商不成，由中华慈善总会所在地法院依法判决。
 - 中华慈善总会拜科奇 Co-pay 慈善援助项目管理办公室对患者援助项目拥有最终解释权。

中华慈善总会

拜科奇 Co-pay 慈善援助项目管理办公室

2015年6月

重要文件请仔细阅读



患者知情同意书

我自愿按程序申请中华慈善总会拜科奇患者援助项目。我已全部知晓《中华慈善总会拜科奇Co-pay慈善援助项目患者申请告知书》的所有信息，我承诺提供的全部材料均真实准确，愿意接受中华慈善总会的调查核实，严格遵守拜科奇项目的各项规定，愿意承担不实申报或违反项目规定导致的包括并不限于申请得不到批准或援助立即终止等后果。我在此郑重声明，如因本人或本人亲属任何言行对拜科奇项目、中华慈善总会以及合作方造成损失，我将承担相应责任。

请患者用正楷字填写
如患者无书写能力，
由被委托人填写

刘伟

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)



中华慈善总会拜科奇Co-pay慈善援助项目

患者基本信息登记表

姓名	刘伟	身份证号码	11010719991212XXXX	
联系电话 (尽可能多填)	1390123XXXX			
可以接收信件地址	北京市通州区新华西街与北苑南路东南角			
医保情况	医保所属地：_____省 北京 市			
	类型： <input checked="" 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_____（如选“其他”需注明具体医保类型）			
本年度家庭经济状况及固定资产状况是否有变化？				
<input type="checkbox"/> 无变化				
<input checked="" type="checkbox"/> 有变化，具体变化为： 幸人父亲与2014年12月购买价值5万元家用汽车一辆。				

患者本人签字：_____ 刘伟 患者本人按手印：_____ 				
申请时间：2015年6月26日				
中华慈善总会拜科奇 Co-pay 慈善援助项目办公室意见（此项无需申请人填写）				

2015年6月26日				

特别提示：在申请期间请及时接听项目办电话。如您材料寄出超过10个工作日没有任何反馈，请务必及时拨打项目热线咨询或登录项目网站查询。

姓名要求：
与身份证一致

照片要求：
1寸1年内彩色免冠照片

请如实填写家庭经济状况及固定资产状况变化

患者本人签字并按手印



友爱·更坚强

中华慈善总会拜科奇Co-pay慈善援助项目

邮寄方式：项目仅接收邮政特快专递（EMS）信件

热线电话：010-83368339（工作日9:00-11:30，13:00-17:00）

邮寄地址：北京市100034信箱23分箱中华慈善总会拜科奇项目办公室

邮 编：100034

电子邮箱：baikeqi@vip.163.com

项目网站：www.baikeqi.org，登陆网站可以了解更多拜科奇项目最新动态

患者自助查询系统：www.zbpap.com，登录系统可以自助查询申请审批进度