

成骨不全症“钢铁侠计划”项目申请指引

一、治疗票据要求

1.手术治疗需要提供医院发票复印件（加盖医保部门公章）和医保结算单原件

山东省医疗住院收费票据

No. A 403000318109

业务流水号: 医疗机构类型: 病历号: 校验码: 403000318109

住院时间: 2016年07月02日到 2016年07月08日 住院天数: 住院号: 10

姓名: 性别: 医保类型: 新农合 社会保障号码:

收费项目	金额	个人支付金额	收费项目	金额	个人支付金额	收费项目	金额	个人支付金额
西药费	2332.48		医药合计	13440.34		伙食费	0.00	
中成药费	0.00							
草药费	0.00							
床位费	240.00							
检查费	144.30							
治疗费	6689.66							
手术费	2740.00							
化验费	1084.00							
血液费	0.00							
合计(大写):	15000.00		退费金额:	0.00				
预缴金额:			个人支付金额:	0.00				
医保统筹支付:			其他医保支付:	CWL1123		个人支付金额:	0.00	
收款单位(章):			收款人(签字):					

第三联 收据 盖章有效 遗失不补

医保结算单原件模板（加盖医保部门公章）：

新型农村合作医疗住院补偿审核表

住院医疗机构: 2016省外医疗机构 住院医疗机构级别: 省外 打印时间: 2016-09-07 09:17:14

住院号	患者姓名	性别	年龄	身份证号	联系电话					
		男性								
合作医疗证号	户、人属性	一般农户	出院诊断	成竹不全(竹胎症)[腕管症(伴有双侧腕)]	手术名称					
入院日期	2016-07-02 00:00		出院日期	2016-07-08 00:00	住院天数					
县外住院者, 转诊(批准机构)			转诊单号							
住院费用及补偿明细										
项目	床位费	护理费	西药费	中药费	化验费	诊疗费	手术费	检查费	其他费用	合计
实际住院医药费	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	13440.340	13440.34
补偿范围内费用	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	7519.340	7519.34
正常补偿金额	2407.74	自付费用	11032.60	基药总金额	0.00	基药补偿金额			0.00	
核算补偿机构	核算人(签字)			核算实际补偿金额(元)			2407.74			
核算实际补偿金额(大写)	(大写)贰仟肆佰零柒元柒角肆分			累计已补偿金额(元)			2407.74			
民政补偿额	民政核算人			民政审核补偿额(元)						
付款人(签字)	领款人(签字)									
以下内容由审核机构填写										
审核机构	审核人(签字)			增减补偿金额(元)						
增减原因				审核同意给付金额(元)						
审核同意给付金额(大写):	填表人									
审核人	填写日期			2016年8月6日						
备注:	新用户可在7个工作日内, 登录健康四川网站实名认证后即可查询新农合补偿信息。 网址: http://www.jkscw.com.cn 方式: 输入手机号码 139, 密码: 本									

此复印件仅用于省妇联协会受理中心

2016.9.7

2.药物治疗如果当地医保部门未报销，直接提供医院发票原件

药物治疗医院发票模板

中央医疗门诊收费票据

NO. 1497026695

姓名: 性别: 年龄: 身份证号: 医保卡号: 1497026695

项目/规格	单价	数量/单位	金额	项目/规格	单价	数量/单位	金额
诊察费	20.00			检查费	280.00		
治疗费	5.00			卫生材料费	97.91		
				化验费	192.00		
				西药费	3643.49		

甲: 无自付, 乙: 有自付, 丙: 全自付 (限北京医保使用)

基金支付: 个人支付: 个人支付金额: 4238.40

合计 (大写): 肆仟贰佰叁拾捌元肆角整

收款单位 (章): 收款人: 0604

DXA 骨密度检测报告单模板

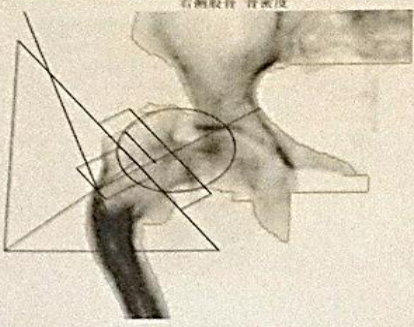
北京协和医院 放射科
北京 100730 中国
P. U. M. C. HOSPITAL DEPARTMENT OF RADIOLOGY BEIJING 100730 CHINA

病人ID号: 102266

姓名: 性别: 年龄: 身高: 体重: 测量: 2016-5-31 10:48:23 (10.50)

分析: 2016-5-31 13:01:50 (10.50)

右髋关节 骨密度



BMD (g/cm²)

年龄 (岁)	BMD (g/cm ²)	YA T值
20	1.25	2
30	1.12	1
40	0.99	0
50	0.86	-1
60	0.73	-2
70	0.60	-3
80	0.47	-4
90	0.34	-5
100	0.34	-5

区域	骨密度 (g/cm ²)	年轻成人 T-值评分	与同年龄正常人群 Z-值评分
颈	0.538	-3.4	-2.8
Wards三角	0.605	-1.8	-1.1
大粗隆	0.542	-2.4	-1.8
股骨干	0.936	-	-
全部	0.767	-1.7	-1.5

不能提供BMD的图表结果

参考: 全部

1. 在统计上68% 的重复扫描将在1个标准差内。 (+/-0.012 g/cm² for 右侧股骨 全部)

2. 中国 (年龄20-40) 股骨 参考人群 (n=107)

3. 用年龄, 体重 (男性 25-100 kg), 种族比较校正

4. World Health Organization 世界卫生组织定义白种女性骨质疏松及骨含量减少标准: 正常 = T值 > -1.0SD; 骨量减少 = T值在 -1.0 - -2.5SD之间; 骨质疏松 = T值 < -2.5SD (WHO利用白种年轻女性的正常值定义T值)

3. 药物治疗之后回当地医保报销的情况, 需医院发票复印件 (加盖医保部门公章) 和医保结算单原件 (模板见上述手术票据模板)

4.康复支持的康复评估训练费、辅具费用要求（**发票抬头请先咨询瓷娃娃中心后再填写**）：

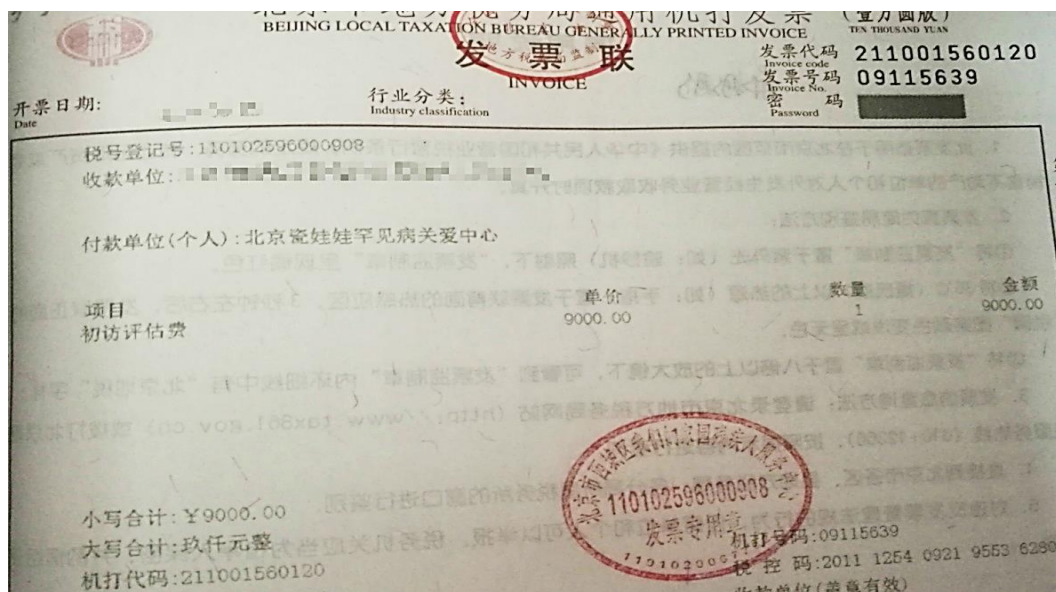
（1）康复辅具发票模板

4403154320		增值税普通发票		No 12726610		4403154320 12726610	
开票日期：2016年09月28日							
名称：患者姓名	纳税人识别号：	密码：03/+6++296<4>47*3/>*8467/-85	506<-32>*2/+6++296<4>47*3>14				
地址、电话：	开户行及账号：	区：3//+6++296<4>47*3/1416729<71	34532*+40+0168-1066631->35>+				
货物或应税劳务、服务名称 大腿支架	规格型号	单位 具	数量 2	单价 3500	金额 7000.00	税率 ***	税额
合 计				¥7000.00			
价税合计（大写）		柒仟圆整		（小写）¥7000.00			
名称：型康复器材(深圳)有限公司	纳税人识别号：11010259600908	校验码：0040309014565C2	特惠				
地址、电话：深圳市福田区八卦四路外	开户行及账号：农业银行深圳红岭北路支行	发票专用章					
收款人：	复核：	开票人：姚婷婷					

（2）康复训练费发票模板

开票日期：2016年09月28日		行业分类：Industry classification		发票代码 211001560120		发票号码 09115643	
税号登记号：11010259600908		收款单位：		付款单位(个人)：北京瓷娃娃罕见病关爱中心		项目：康复训练	
单价：5100.00		数量：1		金额：5100.00			
小写合计：¥5100.00		大写合计：伍仟壹佰元整		机打代码：211001560120		机器编号：003500350385	
开票人：管理员		收款单位(盖章有效)		发票专用章		机打号码：09115643	

（3）康复评估费发票模板



二、重要说明

- 1.申请救助的患者须由正规医院医生书面确诊为成骨不全症(或脆骨病)并符合治疗条件；
- 2.该项目救助对象为具有中国国籍并具有手术、药物治疗、康复、辅具需求的成骨不全症的贫困家庭患者。其中，手术治疗只针对 18 周岁以下（含 18 周岁）的患者。
- 3.患者的年龄小于 18 周岁的，由其法定监护人（一般为父母）作为申请人。患者的年龄大于 18 周岁的，由其本人作为申请人。申请人对其提交的所有资料的真实性和完整性负责。
- 4.项目主办方邀请康复专家对患者进行康复锻炼和辅具指导，主办方不收取任何费用。参与该项目的患者为自愿申请参加，但需申请者自己承担来回食宿。申请人在申请该项目时，必须评估后认为身体能够承受来回康复中心的路程颠簸，并保证往返安全；

* 患者年龄在 10 到 18 周岁的，申请人需要询问患者本人意见，并得到患者认可；年龄大于 18 周岁，但不能独立生活的患者，其抚养人和患者应作为共同申请人（即患者和抚养人同时签字）；患者年龄大于 18 周岁，但其本人由于身体健康、精神疾病等原因不能作为申请人的，由其抚养人或监护人作为申请人，申请人需要询问患者本人的意见，并得到患者认可。

- 5.本申请表的递交并不代表已经获准得到项目的支持；

6.如患者还患有成骨不全症之外的其他病症，则产生的费用不在本救助项目资助范围；

7.项目所资助的患者医疗方案及风险、所涉及的康复方案、辅具使用可能带来的风险均与中国福基金会瓷娃娃罕见病关爱基金和瓷娃娃罕见病关爱中心无关；

8.对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，项目办公室将追索其所获得的全部医疗资助，情节严重者将对之采取行政或法律手段进行诉讼；

9.所有得到医疗资助、康复指导和辅具发放的患者监护人，均有责任和义务为本项目提供必要的有关患者的反馈信息；

10.所有得到手术和药物资助、康复指导和辅具发放的患者及监护人，均有责任和义务配合中国福基金会瓷娃娃罕见病关爱基金和瓷娃娃罕见病关爱中心，用于公益目的宣传和采访活动，并同意使用照片、录像等资料，鼓励其他病友积极康复、生活。

（如因特殊原因不方便配合，请在此勾选注明：☐ 不同意配合宣传和使用个人影像，我们也将尊重您的个人意愿。）

11.成骨不全症救助申请表由中国福基金会瓷娃娃罕见病关爱基金和瓷娃娃罕见病关爱中心制作，解释权归中国福基金会瓷娃娃罕见病关爱基金和瓷娃娃罕见病关爱中心所有。

12.最终解释权

以上所有条款最终解释权，属中国福基金会瓷娃娃罕见病关爱基金和瓷娃娃罕见病关爱中心。《成骨不全症患者“钢铁侠计划”项目申请表》由中国福基金会瓷娃娃罕见病关爱基金和瓷娃娃罕见病关爱中心制定。

三、填写说明

申请“钢铁侠计划”项目的病友及家长，请按照以下说明填报，若申报资料不符合要求，将影响项目的审批和资助。

1. 以下须由家庭所在地街道居委会、乡镇政府或地方民政机关填报的内容：

患者家庭贫困证明必须有单位、乡（镇）政府或街道、村居民委员会盖公章方为有效，并**必须填写负责人的姓名和联系电话（最好为座机）**，以便核实情况。

2．以下为患者申请人必须填写并签名的内容：

成骨不全症患者“钢铁侠计划”项目申请表；

成骨不全症患者“钢铁侠计划”项目协议：申请人在阅读了申请协议所有内容后，必须签字认可，18 周岁以上本人签字，18 周岁以下监护人签字，否则按照无效申请表处理；

家庭资产情况表必须如实填写，没有的部分留空就可以；

申报材料真实性自我保证声明；

提供的所有身份证和户口的复印件上面，均需要有本人的签名和签字日期。

3. 第三方证明人必须填写并签名的内容：

第三方证明人是亲属除外的人，比如申请人单位领导、邻居、村委领导等。

第 14 页患者家庭情况信息表中证明人一栏，必须由第三方证明人填写并签名。

4．照片要求：

正面免冠近期照片，衣着整齐，以日常生活为背景拍摄为佳，5 寸或 6 寸彩色光面照片即可。

5. 咨询电话：010-63458713—804

6. 本申请表请务必用黑色钢笔或者碳素笔、正楷字体，清晰手写完成（不能留空）后，快递、挂号信或直接送至以下地址：

地址：北京市丰台区南三环东路 6 号嘉业大厦 B 座 603 室 邮编：100079
瓷娃娃办公室收