

罕见病医疗援助工程

法布雷患者关爱项目

医学条件确认表

患者姓名		患者性别		患者年龄	
推荐医院		推荐医生		所在科室	
临床诊断：					
处方说明（需说明本次使用药物名称、数量及费用）：					
医生签字：					
签字日期：					
注：1.每次用药后申请必须提供本表 2.首次申请需提供定点诊断医院诊断证明原件 3.本表必须由推荐医生进行签字 4.每次用药后请携本表及对应处方复印件，用药/医保报销发票、相关打款材料进行申请					

**罕见病医疗援助工程
法布雷患者关爱项目
家庭关系与用药情况说明表**

关系说明	姓名	性别	出生日期	学历	职业	所在地	联系电话	健康状况
本人								
药物名称	单价	报销前费用 (每次)	报销后自费 (每次)	预计使用次数				
关系说明	姓名	性别	出生日期	学历	职业	所在地	联系电话	健康状况
药物名称	单价	报销前费用 (每次)	报销后自费 (每次)	预计使用次数				
关系说明	姓名	性别	出生日期	学历	职业	所在地	联系电话	健康状况
药物名称	单价	报销前费用 (每次)	报销后自费 (每次)	预计使用次数				

“酶好前程，焕然心肾” 罕见病医疗援助工程

法布雷患者关爱项目

项目协议

救助方（甲方）：北京病痛挑战公益基金会

罕见病医疗援助工程专项基金

受助方（乙方）：_____

受助方为未成年人（未满 18 周岁），乙方监护人：_____

鉴于：

甲方系为罕见病患者，提供医疗资源、筹集医疗资金等救助工作的患者救助机构，乙方患有法布雷疾病，因经济困难，需要救助。

现根据乙方申请以及甲方的设立宗旨，就救助方与受助方达成如下共识以共同遵守：

一、甲方在医患关系上的地位和作用

救助期间，甲方作为公益组织只负责按照承诺首次援助疾病相关医疗费用（自费），后续援助使用阿加糖酶 α 的自费部分费用，并根据甲方的经验提供医疗及康复建议，乙方自行负责与医院、康复机构沟通并确定医疗及康复方案，并依法承担治疗及康复结果。对于任何由于手术失败、事故、康复辅具使用或者其他原因引起的病变、损伤、加重病情或者死亡，均由乙方按照有关法律法规与医院解决，并各自承担责任，与甲方无关。

二、双方权利义务

1、由于乙方病情的特殊性，乙方在救助过程中发生的身体损伤，须由乙方自行

承担后果，与甲方无关；

2、乙方需要向甲方、医院及康复机构毫无隐瞒的提供过去和现在的所有医疗情况，如果因乙方所隐瞒的病情，导致医疗费用增加、病变、损伤、加重病情或者死亡等后果由乙方自负；

3、在整个救助过程中乙方应严格遵守医院的各项规章制度，积极配合医院的各项工作，并保证其他家属遵守前述约定。否则造成的各种问题，由乙方承担，与甲方无关；

4、乙方应配合甲方救助完成后回访等工作，并保证所提供的信息真实有效；

5、按照公益活动公开原则，乙方及乙方家庭情况不可避免地被予以公开，对此，乙方知晓并同意；

6、乙方享有包括肖像权、姓名权等在内的人格权，乙方同意：对已经被甲方救助过并在指定医院救治的乙方包括乙方在内的家属的资料、照片等，甲方和救治医院可以在医疗、慈善、宣传等公益范围内合理使用，但不得用于商业用途，亦不得在未征得同意的情况下提供给其他第三方使用；

7、乙方在获救助审批的前提下，有及时接收到救助款的权利

三、救助资金

(一) 1、甲方同意救助乙方在_____医院（或机构）进行法布雷病治疗的费用。

2、甲方具体报销的金额以正规医疗机构开具的发票金额为准

3、乙方需将治疗费用准备充足后再去医院做治疗，甲方在救助资金上不予提前预付。

4、乙方在治疗及参加康复指导过程中产生的交通费、食宿费用及其他费用

均不包含在本次救助范围内，须自行承担。

5、乙方在治疗及康复指导后，需按照甲方的要求提供患者本人姓名的正规医疗机构及开具的发票。

6、甲方审批通过乙方的申请后，乙方需在本协议中填写其相关银行卡登记信息。

户 名： _____ 与患者关系： _____

账 号： _____

开户银行名称： _____

四、终止救助的情形

1、甲方在完成救助金额上限所规定的打款或超出救助时限后，本协议将自动终止进行。

2、因现有的医疗条件限制或乙方病情危重，导致无法完成对乙方的救助。

3、乙方伪造自己的病情信息，或提供虚假家庭、贫困材料，一经查实，立即终止本协议。

4、乙方及家属隐瞒甲方其他病症，导致乙方医疗费用的增加、病变、损伤、加重病情或者死亡等后果。

5、乙方及家属不配合医院的医疗工作、不遵守医院的规章制度等，导致乙方医疗费用的增加、病变、损伤、加重病情或者死亡等后果。

6、经过治疗前检查，乙方不具备治疗指征。

7、由于治疗失败、事故、康复辅具使用或者其他原因引起的不可救治的病变、损伤、加重病情或者死亡的。

五、争议解决

因本协议发生的争议，双方同意友好协商解决，协商不成，任何一方均有权提交甲方住所地有管辖权的人民法院诉讼解决。

六、其他

本协议任何变动须以书面形式进行，并且需要履行与签署本协议相同的审批手续。

甲方：

北京病痛挑战公益基金会

罕见病医疗援助工程专项基金

签字：

日期：

乙方：受助方（乙方监护人）

签字：

日期：

罕见病医疗援助工程 法布雷患者关爱项目

受益对象确认书

项目单位	北京病痛挑战公益基金会		
项目名称	罕见病医疗援助工程法布雷患者关爱项目		
受益人姓名		身份证号	
性别		联系方式	
家庭住址			
受助方式	现金 <input type="checkbox"/>	实物 <input type="checkbox"/>	
受助现金金额			
资助实物名称			
资助实物数量			

受益对象签字：

签字日期：

证 明

本人 (姓名) _____, 身份证号 _____, 保证
发票代码为 _____; 发票号码为 _____; 抬头
为 _____, 该增值税普通电子发票为本人自己使用, 并于
(单位名称) 报销 _____元, 实际自付 _____元, 该交易真实有效, 本人自愿承担因此张发票产生的任何问题。

本人签名 (按指印)

年 月 日