

# “神华爱心行动” 先心病项目管理文件

附件 1 先心病救治部分病种费用限价标准	2
附件 2 项目申报须知	3
附件 3 项目申报及审批表	5
附件 4 项目救助申报汇总表	6
附件 5 项目救助反馈表	7
附件 6 拨付先心病救助资金申请函	8
附件 7 救助资金结算表	9
附件 8 项目终止救助说明表	10
附件 9 项目资助流程	11

附件 1 :

“神华爱心行动”项目先心病部分救治病种费用限价标准

项目办公室按项目协议限价结算

病种	年龄	手术方式	总定额标准 (万)
动脉导管未闭	<3 个月	外科	3
	≥3 个月	外科	1.7
		介入	2.4
肺动脉瓣狭窄	全年龄段	外科	3
房间隔缺损	全年龄段	介入	2.5
房间隔缺损和以房间隔缺损为主要诊断的复合畸形	<1 岁	外科	3.3
	1-3 岁		3
	>3 岁		2.7
室间隔缺损	<1 岁	外科	5.2
	1-3 岁		4
	>3 岁		3
以室间隔缺损为主要诊断的复合畸形	0-6 个月	外科	6
	6 个月-1 岁		5.5
	1-3 岁		4.5
	>3 岁		3.3
法洛氏四联症	<1 岁	外科	6.2
	1-3 岁		5.1
	>3 岁		4
右室双出口	限价同法洛氏四联症		
主动脉缩窄	<1 岁	外科	4.5
	1-3 岁		4
	>3 岁		3.5
完全型肺静脉异位引流	<1 岁	外科	6.5
	1-3 岁		5.5
	>3 岁		4.5
部分型肺静脉异位引流	<1 岁	外科	4
	1-3 岁		3.5
	>3 岁		3
完全性大动脉转位	全年龄段	外科	8
完全型 (部分型) 心内膜垫缺损	全年龄段	外科	6.5

## 附件 2:

### “神华爱心行动”项目申报须知

一、资助对象为家庭经济困难的 0-18 岁先天性心脏病患病儿童。

二、患病儿童家庭需提供以下材料:

1、在“神华爱心行动”申报须知上签字确认已阅读。(附件 2)

2、按要求填写“神华爱心行动”项目申报表格并加盖公章。(附件 3)

3、提供患病儿童家庭户口簿复印件、监护人和患病儿童身份证复印件、联系方式。

4、提供患病儿童最新 2 寸免冠照片 1 张，六寸生活照 1 张。

5、提供医保复印件或相应证明复印件。

6、提供低保证明复印件及编号。非低保户农村籍提供当地农村村委会出具家庭经济情况证明并盖章。非低保户城市籍有工作提供所在单位出具收入证明并盖章；城市籍无工作单位提供城市居委会出具家庭经济情况证明并盖章。

7、先心病有县级以上医院出具的诊断证明。

以上资料不完整的，提供相关书面说明材料，由“神华爱心行动”项目办公室审核。

三、患病儿童的所有申报资料由其法定监护人负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性，经各地民政部门对资料进行审核并盖章确认。

四、对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，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。

五、申请表的递交并不代表已经获准得到医疗救助，申报资料的审核和审批工作由项目办公室负责。

六、申请人自愿承担患病儿童的诊断和治疗方案认定、治疗风险及救助过程中产生的救助款以外的费用。医院和患者之间的关系仅为医患关系。项目办公室对医疗救助过程中产生的医疗纠纷免责。

七、得到医疗资助的患病儿童监护人有责任和义务提供必要的反馈材料和照片等，在维护患儿权益前提下同意使用照片、录像等资料用于公益目的宣传。

八、救助款项仅用于患病儿童在项目指定合作医院产生的医疗费用，救助款在医院结算不直接支付给个人或家庭。

九、“神华爱心行动”项目是由神华公益基金会联合中国社工协会儿童助会发起的公益项目，不向患病儿童家庭收取任何申请费用。神华公益基金会利益相关方不受本项目资助。

十、未尽事宜由项目办公室负责解释。

**患病儿童监护人阅读后签字：**

**时 间：**

“神华爱心行动”项目办公室

2012年12月

## “神华爱心行动”项目申报及审批表

儿童姓名		身份证号				2 寸 照片
性 别		年 龄		民 族		
入院诊断				治疗方式		
诊断医院				参保方式	农合/医保	
户籍地址	(省级)		(县级)			
监护人姓名		身份证号				与儿童关系
监护人通讯地址						
监护人联系电话	1、		2、		3、	
监护人亲属联系电话	1、		2、		3、	
家庭上年度收入总计			接受过其他资助情况			
家庭主要 财产 和债务 情况	收入主要来源		房产及估值			
	其它项目收入		家电及估值			
	债务情况		交通工具估值			
低保证号码 (附复印件, 帖后)					低收入证明情况 (附证明原件, 帖后)	
合作医院 诊断意见 主管医生签字 医院盖章		年 月 日			乡镇(街道办) 审核意见 审核人签字和盖章 年 月 日	
县(市区)民政部门 审核意见 审核人签字和盖章		年 月 日			执行办公室 审核意见 审核人签字和单位盖章 年 月 日	

我声明以上所填写内容真实。儿童法定监护人签名:



附件 5:

编号:

## “神华爱心行动”项目救助反馈表（先心病）

儿童姓名		性 别		年 龄	
入院日期		出院日期		治疗方式	手术/介入
治疗医院			病种分类	简单/复杂	
出院诊断					
简述治疗经过和康复意见	治疗及康复详细资料可附本页后：  主管医生签字：_____ 医院盖章 年 月 日				
总 额	医保报销	医疗救助	其他救助	家庭承担	神华资助
受助家庭感言，可附本页后：          签字：_____					
提交资料	1、出院小结、出院诊断；2、发票和诊治费用清单复印盖章。				
备注：					
项目办公室意见：          负责人（签章）： 年 月 日					

附件 6:

“神华爱心行动”拨付先心病救助资金申请函

“神华爱心行动”项目办公室:

根据项目合作协议，                    医院已完成    名儿童先心病的救治工作，治疗均获成功，患儿全部康复出院。经统计，医疗救治总费用为    元，医保和自负部分以及民政救助和医院减免总计    元，需要神华爱心行动项目承担    元。现将有关费用列表和相关医疗单证一并报上，请项目办公室领导审查核准，及时拨付救助资金。

特此申请。

附件：1、救助资金结算表（附件 7）

2、报销凭证

项目执行办公室

年    月    日

医院

年    月    日



附件8:

“神华爱心行动”项目终止救助说明表

儿童姓名		病种		编号	
联系方式					
终止救助原因					
医院意见	审核人签字: _____ (盖章) 年      月      日				
执行办意见	审核人签字: _____ (盖章) 年      月      日				
项目办意见	审核人签字: _____ 年      月      日				

## 附件9:

# “神华爱心行动”项目救助流程

### (一) 申报及审批

1、**申报:** 认真详细填写申报及审批表, 按照《项目申报须知》提交相关材料。

#### 2、**审批:**

(1) **项目合作医院审核:** 签署审核意见并盖章, 填报审批汇总表并盖章。

(2) **项目执行办公室审核:** 对申报材料进行全面审核, 签署审核意见并盖章。

(3) **项目办公室审批:** 项目办公室审批并在“神华爱心行动”项目网站上公示。

### (二) 医疗救治

项目合作医院对批准的受助儿童, 及时组织患病儿童入院, 按协议规定开展救治。

意外情况应及时通报, 并提供书面说明材料; 项目执行办公室对以上工作加强监督, 及时通报。

### (三) 反馈及拨款

1、**救治反馈:** 由项目合作医院协助提交《“神华爱心行动”项目救助反馈表》及相关材料:

(1) “神华爱心行动”项目救助反馈表

(2) 患儿出院小结

(3) 出院诊断证明

(4) 盖章后的缴费收据复印件、盖章后的医保报销凭证

(5) 费用清单

(6) 患儿在救治过程中出现同名同姓的，需要额外提供患儿的户口本复印件

**要求：**（1）除费用清单外，其它所有材料所使用纸张规格大小要与 A4 复印纸规格大小相同。（2）尽可能在患病儿童出院 30 个工作日内与项目办公室结算。

**2、救治拨款：**项目合作医院按照《先心病救治病种费用限价参考标准》汇总救治费用，项目执行办公室审核盖章，项目办公室按照协议限价结算。

#### （四）、回访监督

**1、救助回访：**为保障受助儿童最大权益，根据相关要求，项目办公室、项目执行办公室、项目合作医院应对所救助患病儿童或监护人进行随访。神华志愿者将对每一名受助儿童及其家庭进行电话回访和跟踪，主要了解患病儿童康复情况、家庭经济情况、治疗情况及是否得到神华资助。

#### 2、救助监督：

**（1）原始凭证保留：**“神华爱心行动”项目实行公开评审和资助，由项目办公室保存原始凭证等，救助档案要保存五年，财务档案保管年限按照国家有关规定执行。医院保存相应复印件。

**（2）接受社会监督：**“神华爱心行动”项目办公室接受社会监督和专项审计，并通过其网站和新闻媒体向社会公布资助的报告。

为落实项目合作协议、项目执行协议要求，配合神华公益基金会对项目的监督检查，必要时我们将结合各项目执行办公室提交的汇总报告，对各合作医院救助情况进行延伸审计和社会公示。