附件

2018年《深圳市重特大疾病补充医疗保险

药品目录》增补品种

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 药品通用名 | 商品名 | 剂型 | 支付限制范围 |
| 1 | 盐酸阿来替尼胶囊 | 安圣莎 | 胶囊剂 | 限用间变性淋巴瘤激酶（ALK）阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌患者的治疗。 |
| 2 | 帕博利珠单抗注射液 | 可瑞达 | 注射剂 | 限用于经一线治疗失败的不可切除或转移性黑色素瘤的治疗。 |
| 3 | 奥拉帕利片 | 利普卓 | 片剂 | 限用于铂敏感的复发性上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌成人患者在含铂化疗达到完全缓解或部分缓解后的维持治疗。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 药品通用名 | 商品名 | 剂型 | 支付限制范围 |
| 4 | 磷酸芦可替尼片 | 捷恪卫 | 片剂 | 限用于中危或高危的原发性骨髓纤维化（PMF）（亦称为慢性特发性骨髓纤维化）、真性红细胞增多症继发的骨髓纤维化（PPV-MF）或原发性血小板增多症继发的骨髓纤维化（PET-MF）的成年患者，治疗疾病相关脾肿大或疾病相关症状。 |
| 5 | 哌柏西利胶囊 | 爱博新® | 胶囊剂 | 限用于激素受体(HR)阳性、人表皮生长因子受体2(HER2)阴性的局部晚期或转移性乳腺癌，应与芳香化酶抑制剂联合使用作为绝经后女性患者的初始内分泌治疗。 |
| 6 | 注射用醋酸兰瑞肽 | 索马杜林 | 注射剂 | 肢端肥大症的治疗：限用于当手术和/或放疗之后生长激素分泌异常时，或不适于手术和/或放疗的患者。类癌临床症状的治疗：试验性注射之后。 |

备注：以上药品所涉及的慈善援助方案按照最新援助方案执行，应由慈善机构援助的药品费用不纳入重特大疾病补充医疗保险支付范围。