

附件

单列门诊统筹支付的医保药品（第四批）

序号	药品名称	药品类别	限定支付范围
1	曲前列尼尔注射液	西药	限肺动脉高压(PAH, WHO 分类 1)。
2	奥法妥木单抗注射液	西药	限成人复发型多发性硬化(RMS)。
3	富马酸二甲酯肠溶胶囊	西药	限成人复发型多发性硬化(RMS)。
4	利鲁唑口服混悬液	西药	限肌萎缩侧索硬化(ALS)。
5	拉那利尤单抗注射液	西药	限 12 岁及以上患者预防遗传性血管性水肿(HAE)发作。
6	利司扑兰口服溶液用散	西药	限 2 月龄及以上患者的脊髓性肌萎缩症(SMA)。
7	注射用罗普司亭	西药	限对其他治疗(例如皮质类固醇、免疫球蛋白)治疗反应不佳的成人(≥ 18 周岁)慢性原发免疫性血小板减少症(ITP)患者。
8	古塞奇尤单抗注射液	西药	限适合系统性治疗的成人中重度斑块状银屑病。
9	阿布昔替尼片	西药	限其他系统治疗(如激素或生物制剂)应答不佳或不适宜上述治疗的难治性、中重度特应性皮炎成人患者。

序号	药品名称	药品类别	限定支付范围
10	达依泊汀 α 注射液	西药	限接受血液透析的成人慢性肾脏病患者 (CKD) 的贫血。
11	乌帕替尼缓释片	西药	限：1. 12 岁及以上患者难治性、中重度特应性皮炎的二线治疗； 2. 活动性银屑病关节炎成人患者的二线治疗； 3. 中重度活动性类风湿关节炎成人患者的二线治疗。
12	阿普米司特片	西药	限符合接受光疗或系统性治疗指征的中度至重度斑块状银屑病的成人患者。
13	美泊利珠单抗注射液	西药	
14	伊奈利珠单抗注射液	西药	限抗水通道蛋白 4 (AQP4) 抗体阳性的视神经脊髓炎谱系疾病 (NMOSD) 成人患者。
15	注射用罗特西普	西药	限 β-地中海贫血成人患者。 限职工医保单列门诊统筹支付，居民医保按门诊特殊病种待遇执行。
16	注射用奥马珠单抗	西药	限：1. 限经吸入型糖皮质激素和长效吸入型 β ₂ -肾上腺素受体激动剂治疗后，仍不能有效控制症状的中至重度持续性过敏性鼻炎患者，并需 IgE (免疫球蛋白 E) 介导确诊证据； 2. H1 抗组胺药治疗后仍有症状的成人和青少年 (12 岁及以上) 慢性自发性荨麻疹患者。