

序号	商品名	通用名	厂家	适应症	是否进医保目录
1	泰圣奇	阿替利珠单抗	罗氏	肺癌	否
2	欧狄沃	纳武利尤单抗注射液	施贵宝	胃癌	否
3	百泽安	替雷利珠单抗	百济神州	淋巴瘤	否
4	迈吉宁	曲美替尼片	诺华制药	黑色素瘤	否
5	泰菲乐	甲磺酸达拉非尼胶囊	诺华制药	黑色素瘤	否
6	安森珂	阿帕他胺	杨森	前列腺癌	否
7	安可坦	恩扎卢胺	阿斯泰来	前列腺癌	否
8	海乐卫	甲磺酸艾立布林	卫材	乳腺癌	否
9	安加维	地舒单抗注射液	安进制药	骨巨细胞瘤	否
10	豪森昕福	甲磺酸氟马替尼片	江苏豪森药业	白血病	否
11	艾瑞卡	注射用卡瑞利珠单抗	恒瑞	淋巴瘤	否
12	爱必妥	西妥昔单抗注射液	默克	头颈癌	否
13	多美素	盐酸多柔比星脂质体注射液	石药	卡波氏肉瘤	否
14	瑞百安	依洛尤单抗注射液	安进	纯合子型家族性 高胆固醇血症	否
15	科望	盐酸沙丙蝶呤片	百傲万里	四氢生物蝶呤缺 乏症	否

12	拓益	特瑞普利单抗	黑色素瘤	限用于既往接受全身系统治疗失败的不可切除或转移性黑色素瘤的治疗。
13	则乐	尼拉帕利	卵巢癌	限用于：1. 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；2. 晚期上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌成人患者对一线含铂化疗达到完全缓解或部分缓解后的维持治疗。
14	百泽安	替雷利珠单抗	淋巴瘤	限用于治疗至少经过二线系统化疗的复发或难治性经典型霍奇金淋巴瘤患者。
15	百悦泽	泽布替尼	白血病	限用于既往至少接受过一种治疗的成人慢性淋巴细胞白血病（CLL）患者。
16	费蒙格	地加瑞克	前列腺癌	限用于需要雄激素去势治疗的前列腺癌患者。
17	安适利	维布妥昔单抗	淋巴瘤	限用于治疗以下 CD30 阳性淋巴瘤成人患者：复发或难治性系统性间变性大细胞淋巴瘤（sALCL）；复发或难治性经典型霍奇金淋巴瘤（cHL）。
18	爱必妥	西妥昔单抗	头颈癌	限用于与铂类和氟尿嘧啶化疗联合，用于一线治疗复发和/或转移性头颈部鳞状细胞癌（R/M SCCHN）。
19	安加维	地舒单抗	骨巨细胞瘤	限用于治疗不可手术切除或者手术切除可能导致严重功能障碍的骨巨细胞瘤，包括成人和骨骼发育成熟（定义为至少 1 处成熟长骨且体重 ≥ 45 kg）的青少年患者。
20	维达全	氯苯唑酸葡胺	转甲状腺素蛋白淀粉样变性多发性神经病（ATTR-PN）	限用于治疗转甲状腺素蛋白淀粉样变性多发性神经病（ATTR-PN）I 期症状性成人患者，以延缓其周围神经功能损害。

注：

①2020 年因特定高额自费药品费用责任出险的客户，可在 2021 年持续赔付出险时所购药品，也可在 2021 年《苏惠保特定高额自费药品目录》支付范围中选择新的药品进行治疗和理赔；如所选药品因国家医保目录更新纳入苏州市社会基本医疗保险和大病保险的保障范围，则不会在特定高额自费药品费用责任中进行赔付；

②针对2020年未因特定高额自费药品费用责任出险的续保客户及新保客户，适用2021年《苏惠保特定高额自费药品目录》支付范围；

③我们会根据国家医保目录更新的结果对该清单进行动态调整。