

듀피젠트® 약제비 일부 환급 프로그램 신청서

본 약제비 일부 환급 프로그램은 프로그램의 지원 기준에 부합하여야 지원이 가능합니다.

듀피젠트® 전액본인부담 환자 약제비 일부 환급 프로그램은 국민건강보험법령 따른 전액본인부담 환자가 위험분담제 약가협상 세부운영 지침에 따라 환급액을 반환해드리는 프로그램입니다.

| 적응증 | 듀피젠트® 전액본인부담 환자 약제비 일부 환급 프로그램 |
|------------|--|
| 아토피 피부염 | <p>1. 허가 사항 내 듀피젠트® 사용</p> <p>국소치료제로 적절히 조절되지 않거나 이들 치료제가 권장되지 않는 중등도에서 중증 아토피 피부염의 치료</p> <ul style="list-style-type: none"> - 만 18세 이상의 성인 환자 [2020년 1월 1일부터 이루어진 듀피젠트® 300mg 전액본인부담 유상 치료 건에 한해 일부 환급] - 만 6개월~만 17세의 소아 및 청소년 [청소년(만 12세~만 17세)의 경우 2020년 4월 1일부터 이루어진 듀피젠트® 300mg 전액본인부담 유상 치료 건에 한해 일부 환급] [소아(만 6세~만 11세)의 경우 2021년 3월 9일부터 이루어진 듀피젠트® 300mg 전액본인부담 유상 치료 건에 한해 일부 환급] [영유아(만 6개월~만 5세)의 경우 2022년 11월 3일부터 이루어진 듀피젠트® 300mg 전액본인부담 유상 치료 건에 한해 일부 환급] [2023년 4월 1일부터 이루어진 듀피젠트® 200mg 전액본인부담 유상 치료 건에 한해 일부 환급] <p>*만 6개월 이상 만 2세 미만 아토피피부염 적응증은 듀피젠트® 프리필드주200mg 및 300mg에 한하여 승인되었습니다.</p> <p>2. '전액본인부담' 유상 치료 환자 (비급여 및 급여 환자 제외)</p> |
| 천식 | <p>1. 허가 사항 내 듀피젠트® 사용</p> <p>성인(만 18세 이상) 및 청소년(만 12-만 17세)에서 기존 치료에 적절하게 조절되지 않는 중증 천식으로 다음 중 하나에 해당하는 제2형 염증성 천식의 추가 유지 치료</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 중증 호산구성 천식(혈중 호산구 $\geq 150/\mu\text{l}$ 또는 호기산화질소(FeNO) ≥ 25 ppb) 2) 경구 코르티코스테로이드 의존성의 중증 천식* <p>[2020년 4월 1일부터 이루어진 듀피젠트® 300mg 전액본인부담 유상 치료 건에 한해 일부 환급] [2023년 4월 1일부터 이루어진 듀피젠트® 200mg 전액본인부담 유상 치료 건에 한해 일부 환급]</p> <p>2. '전액본인부담' 유상 치료 환자 (비급여 환자 제외)</p> |
| 만성 | <p>1. 허가 사항 내 듀피젠트® 사용</p> |

[붙임1]

| | |
|-------|--|
| 비부비동염 | 성인(만 18세 이상)에서 기존 치료에 적절하게 조절되지 않는 비용종을 동반한 만성 비부비동염의 추가 유지 치료* *듀피젠트® 프리필드주 300mg에 한하여 승인되었습니다. [2021년 3월 9일부터 이루어진 듀피젠트® 300 mg 전액본인부담 유상 치료 건에 한해 일부 환급] 2. '전액본인부담' 유상 치료 환자 (비급여 환자 제외) |
|-------|--|

듀피젠트® 약제비 일부 환급 프로그램은 용량에 따라 아래와 같이 분류됩니다.

| | | | | | |
|--------------|------|--|------|--|------------|
| 환자본인 일반사항 | 성명 | | 생년월일 | | 성별: 남 여 |
| | 치료병원 | | 주치의 | | |
| | 전화번호 | | 휴대폰 | | |
| | 주소 | | | | |

환자 본인 또는 법정대리인께서는 제출하는 서류 관련 다음 사항을 체크해주시요. 해당 내용은

듀피젠트®와 관련된 의약품 안전성 보고를 위해 사용되며, 해당 항목이 누락된 경우 서류 검토가 지체될 수 있습니다.

듀피젠트®를 **입원하여 투여**한 진료비 세부 산정내역 및 진료비 계산서가 제출됩니까? 만약 그렇다면 아래 설명 중 사유를 선택해 주십시오 (중복 선택 불가).

- 1) 듀피젠트® 투여를 위한 입원 2) 입원 치료가 필요하여 입원

[붙임1]

● 구비 서류

최초 신청시

| 구분 | 구비처 | 서류명 | 원본/사본 |
|-----------------------|------------------------------|--|-------|
| 공통서류 | 주식회사 사노피-아벤티스 코리아 홈페이지 | 약제비 일부 환급·지원 신청서 [붙임1] | 원본1부 |
| | | 개인정보처리동의서[붙임2] | 원본1부 |
| | | 비밀유지 협약서 [붙임3] | 원본1부 |
| | 병원 | 의료진 확인서 | 원본1부 |
| | | 진료비 세부 산정내역(전산자료만 인정) | 원본1부 |
| | | 진료비 계산서·영수증 | 원본1부 |
| | 개인 | 환자 본인의 신분증사본(주민번호 뒤 7자리 삭제) -환자가 미성년인 경우, 주민등록번호가 기재된 가족관계증명서로 같음 | 사본1부 |
| 환자 본인 통장 또는 신청인 본인 통장 | | 사본1부 | |
| 본인이 아닌 경우 | 주식회사 사노피-아벤티스 코리아 홈페이지 | 법정대리인 확인 및 위임장 [붙임4] | 원본1부 |
| | | 개인정보처리동의서[붙임2] | 원본1부 |
| | 주민센터 | 환자가 미성년자인 경우: 가족관계 증명서 | 원본1부 |
| | 개인 | 신청인의 신분증 사본(주민번호 뒤 7자리 삭제) | 사본1부 |

재 신청 시

| 구분 | 구비처 | 서류명 | 원본/사본 |
|------|-----|-----------------------|-------|
| 공통서류 | 병원 | 진료비 세부 산정내역(전산자료만 인정) | 원본1부 |
| | | 진료비 계산서·약제비 영수증 | 원본1부 |

● 신청서 제출 및 문의처

- 주소: 서울특별시 강남구 논현로 523, 노바빌딩 3층 듀피젠트® 약제비 일부 환급 프로그램 센터
(우편번호: (우) 06131)

(매월 공식 접수일(11일~20일)에 우편 접수 받으며, 그 외 기간 접수시 익월 공식 접수일에 심사됩니다.)
- 문의처: 02-568-8246/상담시간: 평일 09:00~18:00 (점심시간 12:00~13:00, 공휴일 휴무)

[붙임1]

● 주의 및 참고사항

1. 본 약제비 일부 환급 지급처는 (주)사노피-아벤티스 코리아를 대신한 MMK 커뮤니케이션즈(주)입니다.
2. 첨부서류는 하나도 빠짐없이 준비되어야만 지원 가능합니다. 미비된 서류가 있으면 연락드립니다.
3. 모든 서류는 우편을 통해 원본 서류만 접수 가능합니다.
4. 미비 서류 없을 시, 적정성 심사 후 특별한 사유가 없는 한 공식 접수일을 기준으로 30일 이내에 환급 완료됩니다.
5. 매월 접수일(11일~20일)이외의 날짜 접수되는 경우 익월에 심사 승인됩니다.
예) 5월 21일 도착 -> 6월 21일 심사 승인
6. 해당 약제비 일부 환급 프로그램은 적용 조건에 명시된 일시 이전에 발생한 유상 처방 건에 대해서는 적용되지 않습니다.
7. 듀피젠트® 300 mg, 200mg에 대해 진행되는 전액본인부담 환자 약제비 일부 환급 프로그램 적용시 환급 금액 및 환급율을 타인에게 알릴 경우, 비밀 유지의무 위반에 해당되오니 주의 바랍니다.

본인은 위의 사항을 모두 이해하였고, 본 신청서와 기타 제출 서류에 기재된 내용은 모두 사실임을 확인하며 듀피젠트® 약제비 일부 환급 프로그램을 신청합니다.

_____년 _____월 _____일

신청인(환자 본인): _____ 서명 _____

환자 본인이 아닌 경우: 신청인(환급요청자): _____ 서명 _____

(환자와의 관계: _____)

(주)사노피-아벤티스 코리아 귀하