

듀피젠트® 약제비 일부 환급 프로그램 FAQ

1. 약제비 일부 환급 프로그램의 지원대상은 어떻게 되나요?

[듀피젠트® 전액본인부담 환자 약제비 일부 환급 프로그램에 대하여]

- 듀피젠트® 300 mg 혹은 듀피젠트® 200mg를 보험 급여 또는 비급여로 투여한 약제비는 환급 지원 대상이 아닙니다.
- 듀피젠트® 전액본인부담 약제비 일부 환급 지원 대상자가 아닌 경우에는 지원불가 처리되며 신청자에게 해당 사항에 대해 안내가 나갑니다.
- 환자 또는 대리인이 듀피젠트® 전액본인부담 약제비 일부 환급 지원을 중복하여 신청한 경우에는 중복 지원불가 처리하고 신청자에게 해당 사항에 대해 안내가 나갑니다.

적응증	듀피젠트® 전액본인부담 환자 약제비 일부 환급 프로그램
아토피 피부염	<p>1. 허가 사항 내 듀피젠트® 사용 국소치료제로 적절히 조절되지 않거나 이들 치료제가 권장되지 않는 중등도에서 중증 아토피 피부염의 치료 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] *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 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 1) 중증 호산구성 천식(혈중 호산구 $\geq 150/\mu\text{l}$ 또는 호기산화질소(FeNO) ≥ 25 ppb) 2) 경구 코르티코스테로이드 의존성의 중증 천식* [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>만성 비부비동염</p>	<p>2. '전액본인부담' 유상 치료 환자 (비급여 환자 제외)</p>
	<p>1. 허가 사항 내 듀피젠트® 사용 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]</p> <p>2. '전액본인부담' 유상 치료 환자 (비급여 환자 제외)</p>

2. 약제비 일부 환급·지원 프로그램은 언제까지 진행되나요?

[듀피젠트® 전액본인부담 환자 약제비 일부 환급 프로그램]

전액본인부담 약제비 일부 환급 사업은 국민건강보험법령에 따라 듀피젠트® 300mg 혹은 듀피젠트® 200mg을 투여 받은 전액본인부담 환자분께 적용됩니다. 본 프로그램은 향후 지속 운영 예정이나, 추후 회사의 사정에 의하여 따로 고지 없이 변경 및 조기종료 될 수 있으니 양해 부탁드립니다.

3. 환급금은 얼마인가요?

본 프로그램은 정부와 회사 간에 맺은 위험분담계약에 따라 비밀을 유지하게 되어 있으므로 환급금액과 환급율에 대해서는 안내가 어려운 점 양해 부탁드립니다.

4. 서류 보완이 필요한 경우, 어떻게 연락주시나요?

• 기재사항 누락

보내주신 서류 중 기재사항이 누락된 항목이 있다면 환급 지원센터에서 환자분께 전화 드립니다.

• 서류 미비

보내주신 서류 중 미비된 서류가 있다면 환급 지원센터에서 환자분께 전화 드립니다.

해당 내용 기재 및 서류 구비 완료 후 듀피젠트® 전액본인부담 환자 약제비 일부 환급 프로그램 상담센터 주소로 다시 우편 발송 해주시면 확인 후 빠르게 처리해 드리도록 하겠습니다.

5. 서류 제출은 어디로 하나요?

매월 11-20일에 아래 주소로 **우편 접수**를 통해 서류 제출이 가능합니다. 그 외 기간에 송부된 접수 자료는 다음달 11-20일에 검토됩니다.

우편 접수처: 서울특별시 강남구 강남대로94길 86, 신영빌딩 6층 듀피젠트® 약제비 일부 환급·지원 프로그램 상담센터 ((우) 06132)

기타 프로그램 관련 궁금하신 사항은 듀피젠트® 약제비 일부 환급·지원 프로그램 상담센터로 연락 주십시오. 문의처: 02-568-8246 / 상담시간: 평일 09:00~18:00 (점심시간 12:00~13:00, 공휴일 휴무)

6. 입금 오류가 나면 어떻게 처리하시나요?

계좌 오류 등으로 미입금, 반송되었을 경우 신청인의 계좌 정보를 재확인하여 지급해 드립니다.

7. 진료비 세부내역서와 영수증은 같은 서류가 아닌가요?

진료비 세부내역서는 진료받으신 상세내역이 나와 있는 계산내역서의 역할로, 총 수납하신 금액이 나와 있어도 병원마다 수납 전 발행이 가능한 곳도 있기 때문에 수납 여부를 명확히 확인할 수 없습니다. 실제 수납내역 확인은 영수증으로 심사하기 때문에, 세부내역서와 영수증은 따로 준비해 주셔야 합니다.

8. 듀피젠트® 관련 제품 관련 문의(효능, 효과 등)는 어디로 하나요?

문의 주신 내용은 듀피젠트® 약제비 일부 환급 프로그램 상담센터에서 안내 드리기가 어렵습니다. 사노피-아벤티스 코리아(02-2136-9000)로 문의해주시기 바랍니다.

9. 듀피젠트® 치료에 대한 문의는 어디로 하나요?

문의 주신 내용은 듀피젠트® 약제비 일부 환급 프로그램 상담센터에서 안내 드리기가 어렵습니다. 내원 중인 의료기관의 주치의 또는 담당 간호사께 상담해주시기 바랍니다.