

트리페그필그라스팀 약제비 지원 프로그램 안내

1. 지원대상 - 트리페그필그라스팀을 처방 받은 비급여 초진환자 및 재진환자
- 고탄암 및 악성 림프종에 대한 세포독성 화학요법을 투여 받은 환자

2. 지원내용 - 트리페그필그라스팀 6mg 1회 투여당 22만원 지원
- 환자 1인당 최대 6회까지 지원(1인당 지원한도는 132만원)

3. 신청기간 2024년 3월 ~ 예산 소진 시

예산 소진 시 지원은 조기 종료 될 수 있음



4. 구비서류 및 신청방법

● 구비서류

최초신청시

- | | |
|------------------|-----------------------------|
| ① 약제비 지원신청서 | ⑤ 진료비납입영수증 |
| ② 지원 추천서 | ⑥ 진료비세부내역서 |
| ③ 병원 진단서 | ⑦ 신청자 본인명의 통장사본 |
| ④ 건강보험자격확인(통보)서 | ※ 지원금 가족이 대리수령시, 가족관계증명서 첨부 |
| ★ 건강보험자격득실확인서 불가 | |

재신청시

- | | |
|------------|------------|
| ① 진료비납입영수증 | ② 진료비세부내역서 |
|------------|------------|

● 신청방법 : 우편접수

(우 04551) 서울시 중구 마른내로 15 창강빌딩 302호 한국의료지원재단 동아ST 약제비 지원 사업 담당자 앞

5. 참고사항

- 본 사업은 기금 소진 시 까지 한시적으로 진행되는 사업으로 사전 고지 없이 변경 또는 지원이 종료 될 수 있습니다.
- 구비 서류가 모두 제출되어야 접수되며, 재단 심사 후 약제비 지급까지는 약 30일의 기간이 소요됩니다.
(단, 자금 사정 등의 이유로 지원금 송금이 지연될 수 있습니다.)
※ 미비서류가 있을 시 신청인에게 안내를 드릴 예정이며, 서류미비 시 신청이 취소될 수 있습니다.
- 신속한 지급을 위해 트리페그필그라스팀 첫 투약 후 1개월 이내에 신청해 주시기 바랍니다.
- 재단에 신청서류를 제출한 시점을 기준으로 직전 30일 이내의 약제비 영수증 비용부터 지원 (소급적용 안됨)
- 본 사업은 신규지원 대상으로 진행하며 지원이 종료된 분들은 추가 지원이 불가합니다.

[기타 문의사항은 아래의 연락처로 연락주시기 바랍니다]

연락처

02-6212-9755

트리페그필그라스팀 지원 추천서

※ 의료진께서는 지원 대상 환자가 적합한지 추천해주시기 바랍니다.

지원대상

1. '트리페그필그라스팀' 을 처방 받은 비급여 신규 환자 대상
2. 고형암 및 악성 림프종에 대한 세포독성 화학요법을 투여 받는 환자의 중증 호중구감소증 의 기간을 감소하기 위해 치료받는 비급여 환자 (전액본인부담)

환자 성명

성별

(남 , 여)

생년월일

. .

상기 환자를 귀 재단에서 지원하는 트리페그필그라스팀 약제비 지원 대상자로 추천합니다.

년 월 일

병원

과

(인)

한 국 의 료 지 원 재 단