

아토피피부염 약제비 지원 프로그램 안내

1. 지원대상

- 최신 아토피피부염 치료법(JAK 억제제 혹은 생물학적 제제)으로 식품의약품안전처 허가사항 기준에 따라 치료받는 **만12세 이상 청소년 및 성인 환자** 중 본인부담으로 치료받는 비급여 환자
- 건강보험가입자 환자
 - ※ 타 약제비 지원프로그램 대상자 제외 (중복 지원 받을 경우 지원금 반환)

2. 지원 기간

- 2024년 01월 01일 ~ '**약제비 기금 소진 시점**' 까지 **한시적으로 운영**

※ 본 프로그램은 '약제비 기금 소진 시점' 까지 한시적으로 운영합니다.
(지원금액 예산 소진 시 변경 또는 조기 마감될 수 있으며, 종료 전 1-2개월 이전 공지 드릴 예정입니다.)

3. 지원내용

- 본인부담금의 30%, 최대 상한액 19만원 한도(**4주 약제비 기준**)로 지원 예정
 - ※ 재단에 처음 신청서류를 제출한 시점을 기준으로 직전 30일 이내의 약제비 영수증 비용부터 지원합니다.

4. 구비서류

- ① 약제비 지원 신청서
- ② 병원 진단서
- ③ 의사 추천서
- ④ 건강보험증 사본 또는 건강보험 자격 확인서
- ⑤ 약제비영수증 (병원 또는 약국영수증)
- ⑥ 진료비 세부 산정내역서 또는 약 처방전
- ⑦ 환자 개인 통장사본 (미성년자인 경우 가족관계증명서)

- * 재신청 시, 구매내역을 증빙할 수 있는 서류를 함께 제출하셔야 합니다.
(원내처방시 - 병원영수증, 진료비세부내역서 / 원외처방시 - 약국영수증, 약 처방전)
- * 지원금이 소진되면 지원이 중단되며, 신청서류 접수 순서대로 지원이 진행됩니다,
- * 재 신청시에 약제비 영수증 발행 후 30일 이내에 지원하지 않을 시 소급적용은 되지 않습니다.

5. 참고사항

- 1) 본 사업은 기금 소진 시 까지 **한시적으로 진행되는** 사업입니다.
- 2) **모든 서류가 구비되어야** 접수가 완료되며, 서류 구비 후 약제비 지급은 약 30일의 기간이 소요 됩니다.
- 3) **단 지원금액은 예산 소진 시 변경 또는 조기 마감될 수 있습니다.**
- 4) 지원 내용은 **사전 고지 없이 변경 또는 종료** 될 수 있습니다
- 5) 첫 약처방 후 재신청이 없는 경우 1개월 이내에 신청을 권해드리며, 원활한 지급을 위해 가급적 빠른 시일 내에 지원신청해 주시기 바랍니다.
- 6) 신청한 달 영수증 기준으로 환급이 진행되며 소급적용은 되지 않습니다.

자세한 사항은 아래의 연락처로 연락주시기 바랍니다.

- 전화: 02-6212-9754 팩스: 02-6212-9758
- Email: seramimi01@komaf12.org
- 주소: 서울시 중구 마른내로 15 창강빌딩 302호 한국의료지원재단
- 재단홈페이지: <http://komaf12.org>

아토피피부염 약제비 지원 신청서

환자 일반사항 (* 에 작성 하여 주십시오)	* 성 명	(□ 남, □ 여)		* 생년월일	
	* 주 소			* 휴 대 폰	
	* 전화번호				
	진 단 명				
신청기관 일반사항	의료기관		담당의사		
첨부 서류 (최초신청시)		① 약제비 지원 신청서 1부.			
		② 병원 진단서 원본 1부.			
		③ 병원 지원 추천서 1부.			
		④ 건강보험증 사본 또는 건강보험 자격 확인서 1부.			
		⑤ 약제비 납입 영수증 원본 1부.			
		⑥ 진료비 세부 내역서 or 처방전 원본 1부.			
		⑦ 환자 본인 명의로 된 통장사본 1부.			
재 신청시		약제비 납입 영수증 원본 1부.			
		진료비 세부 내역서 or 처방전 원본 1부.			
<주의 및 참고사항> 1) 본 신청서는 첨부 서류와 함께 '우편' 또는 '이메일' 로 제출하여 주시기 바랍니다. 2) 주소: (우: 04551) 서울특별시 중구 마른대로 15 창강빌딩 302호 한국의료지원재단 아토피피부염 약제비 지원 사업 담당자 앞 E-mail : seramimi01@komaf12.org / 전화 : 02-6212-9754 3) 본 프로그램은 약제비 기금 소진 시점 중 빠른 시점까지 한시적으로 운영합니다. ※ 지원금액 예산 소진 시 조기 마감될 수 있습니다. 4) 본 프로그램은 타 지원프로그램과 함께 신청이 불가하며, 위반 시 지원금은 회수 됩니다. 5) .첨부서류는 하나도 빠짐없이 구비되어야만 접수 완료가 되며, 작성한 내용이 사실과 다르거나 서류가 미비된 경우에는 지원이 취소될 수 있습니다. 6) 본인부담금의 30%를 지원하며, 1인당 최대 19만원 한도(4주 치료 약제비 기준)로 지원합니다.					
※ 개인정보의 수집, 이용 및 제3자 제공에 대한 동의거부의 권리 귀하는 위와 같은 개인정보 수집, 이용 및 제 3자 제공에 대한 동의 여부를 자유롭게 결정하실 수 있습니다. 다만, 이에 대해 동의하지 않을 경우에는 약제 지원 신청이 제한될 수 있음을 알려 드립니다. ▶ 한국의료지원재단의 일반 개인정보 및 민감정보 수집 및 이용에 ☐ 일반 개인정보의 수집 및 이용에 동의함 ☐ 민감 정보의 수집 및 이용에 동의함 ☐ 동의하지 않음 ☐ 동의하지 않음					
본 프로그램은 타 지원 프로그램과 함께 신청이 불가하며, 중복지원 받는 경우 지원금이 회수되며 경우에 따라 법적 조치가 가해질 수 있음을 동의합니다. * 약제지원 대상자 (혹은 보호자) 성 명 : (서명 또는 인)					
본인은 상기 내용을 상세히 읽어 보았고, 이에 관하여 충분히 이해하였으며, 본인의 자유로운 의사에 의해 명확히 동의하므로 아래와 같이 서명합니다. * 약제지원 대상자 (혹은 보호자) 성 명 : (서명 또는 인)					
20 년 월 일					
※ 상기 내용은 개인정보 보호에 관한 법률에 의거하여 보호되며, 영리 목적으로 이용되지 않습니다. 한국의료지원재단 이사장 귀하					
신 청 서 접 수		약 제 비 지 원			
접수일	접수자	지원결정	지원약제 명	지원금액	지급일
20 . . .		가 / 부		원	20 . . .

아토피피부염 약제비지원 추천서

※ 의료진께서는 지원 대상 환자가 적합한지 추천해주시기 바랍니다.

지원대상

1. 최신아토피피부염 치료법(JAK 억제제 혹은 생물학적제제)으로 식품의약품 안전처 허가사항 기준에 따라 치료받는 만 12세 이상 청소년 및 성인 환자
 2. 환자본인부담으로 치료받는 비급여 환자
 3. 건강보험가입자 환자
- * 타 약제비 지원을 받는 환자는 해당하지 않습니다.

환자 성명

성별

(남 , 여)

생년월일

. .

상기 환자에게 치료제의 국내 허가사항 용법용량에 따라 처방한 것을 확인 하였고, 이에 따르지 않은 경우 법적 제약이 있음을 이해했습니다.

상기 환자를 귀 재단에서 지원하는 아토피피부염 약제비 지원 대상자로 추천합니다.

년 월 일

기관명: _____ 병원

진료과명: _____ 과 성명: _____ (서명 혹은 인)

한 국 의 료 지 원 재 단