

염증성 장질환 환자 약제비 지원 프로그램 안내

1. 지원대상

- 보편적인 치료제(코르티코스테로이드, 면역억제제 등의 치료) 또는 생물학적 제제에 적절히 반응하지 않거나, 반응이 소실되거나 또는 내약성이 없어 의사의 판단 하에 치료를 유지하기 어려운, 최신 치료제(JAK 억제제)로 치료하는 염증성 장질환(궤양성 대장염, 크론병 등) 환자로 약제비를 환자가 전액 본인 부담해 치료받는 비급여 환자

- 건강보험가입자

※ 타 약제비 지원프로그램 대상자 제외 (중복 지원 받을 경우 지원금 반환)

2. 지원 기간

- 2023년 (8월 1일 ~ 기금 소진 혹은 약제의 보험급여 적용 시점 중 빠른 시점까지)

※ 본 프로그램은 프로그램 개시일(2023년 8월 1일)부터 약제의 보험급여 적용 시점 혹은 약제비 기금 소진 시까지 한시적으로 운영합니다. (지원금액 예산 소진 시 변경 또는 조기 마감될 수 있습니다.)

3. 지원내용

- 약제비 중 본인부담금의 90% 지원

- 재단에 처음 신청서류를 제출한 시점을 기준으로 직전 30일 이내의 영수증 비용부터 지원(그 이전의 비용은 소급적용 안됨)

(예): 9월 1일 신청자 -> 8월1일 이후 (30일내) 영수증 건 지원 가능

10월 1일 신청자 -> 9월달 영수증 소급 적용 불가 / 9월1일 이후 영수증 건 지원 가능

- 약제의 보험급여 적용이 시작되거나, 본 기금이 소진되면 지원이 중단 됨

4. 구비서류

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

* 재 신청 시, 구매내역을 증빙할 수 있는 진료비 세부내역서와 병원 영수증을 함께 제출하셔야 합니다.

* 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 구비**되어야 접수가 완료되며, 서류 구비 후 약제비 지급은 약 15일의 기간이 소요됩니다.
- 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>

염증성 장질환 환자 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.
<p><주의 및 참고사항></p> <p>1) 본 신청서는 첨부 서류와 함께 '우편' 또는 '이메일' 로 제출하여 주시기 바랍니다.</p> <p>2) 주소: (우: 04551) 서울특별시 중구 마른대로 15 창강빌딩 302호 한국의료지원재단 염증성 장질환(궤양성 대장염/크론병) 약제비 지원 사업 담당자 앞 E-mail : seramimi01@komaf12.org / 전화 : 02-6212-9754</p> <p>3) 본 프로그램은 프로그램 개시일(2023년 8월 1일)부터 약제비 기금 소진 시점 혹은 보험급여 적용시점 중 빠른 시점까지 한시적으로 운영합니다. ※ 지원금액 예산 소진 시 조기 마감될 수 있습니다.</p> <p>4) 본 프로그램은 타 지원프로그램과 함께 신청이 불가하며, 위반 시 지원금은 회수 됩니다.</p> <p>5) 첨부 서류는 하나도 빠짐없이 구비되어야만 접수 완료가 되며, 작성한 내용이 사실과 다르거나 서류가 미비된 경우에는 지원이 취소될 수 있습니다.</p> <p>6) 본인부담금의 90%를 지원합니다.</p>				
<p>※ 개인정보의 수집, 이용 및 제3자 제공에 대한 동의거부의 권리</p> <p>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.</p> <p>▶ 한국의료지원재단의 일반 개인정보 및 민감정보 수집 및 이용에</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 일반 개인정보의 수집 및 이용에 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 민감 정보의 수집 및 이용에 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 </p>				
<p>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)</p>				
<p>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)</p>				
20 년 월 일				
<p>※ 상기 내용은 개인정보 보호에 관한 법률에 의거하여 보호되며, 영리 목적으로 이용되지 않습니다. 한국의료지원재단 이사장 귀하</p>				
신청서 접수		약제비 지원		
접수일	접수자	지원결정	지원약제 명	지원금액
20 . . .		가 / 부		원
				20 . . .

염증성 장질환 약제비 지원 추천서

※ 의료진께서는 지원 대상 환자가 적합한지 추천해주시기 바랍니다.

지원대상

1. 보편적인 치료제(코르티코스테로이드, 면역억제제 등의 치료) 또는 생물학적 제제에 적절히 반응하지 않거나, 반응이 소실되거나 또는 내약성이 없어 의사의 판단 하에 치료를 유지하기 어려운, 최신 치료제(JAK 억제제)로 치료하는 염증성 장질환(궤양성 대장염, 크론병) 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 궤양성 대장염/크론병 약제비 지원 대상자로 추천합니다.

년 월 일

기관명: _____ 병원

진료과명: _____ 과 성명: _____ (서명 혹은 인)

한 국 의 료 지 원 재 단