

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.

[듀피젠트® 전액본인부담 환자 약제비 일부 환급 프로그램]

[허가 사항]

● 피부과 질환

- 아토피 피부염

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 이상~만 18세 미만)의 경우 2020년 4월 1일부터 이루어진 듀피젠트® 300mg 전액본인부담 유상 치료 건에 한해 일부 환급]

[소아(만 6세 이상~만 12세 미만)의 경우 2021년 3월 9일부터 이루어진 듀피젠트® 300mg 전액본인부담 유상 치료 건에 한해 일부 환급]

[영유아(만 6개월 이상~만 6세 미만)의 경우 2022년 11월 3일부터 이루어진 듀피젠트® 300mg 전액본인부담 유상 치료 건에 한해 일부 환급]

[만 6개월~만 17세의 소아 및 청소년이 듀피젠트® 200mg 사용한 경우 2023년 4월 1일부터 이루어진 전액본인부담 유상치료건에 한해 일부 환급]

※만 6개월 이상 만 2세 미만 아토피피부염 적응증은 듀피젠트프리필드주® 200mg 및 300mg에 한하여 국내허가되었습니다.

- 결절성 가려움 발진(양진)

* 듀피젠트® 프리필드주 300mg 및 듀피젠트® 프리필드펜 300mg에 한하여 국내허가되었습니다.

성인(만 18세 이상)에서 국소치료제로 적절히 조절되지 않거나 이들 치료제가 권장되지 않는 중등도에서 중증 결절성 양진의 치료

[2023년 12월 13일부터 이루어진 듀피젠트® 300mg 전액본인부담 유상 치료건에 한해 일부 환급]

● 호흡기 질환

- 천식

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]

- 비용종을 동반한 만성 비부비동염*

* 듀피젠트® 프리필드주 300mg 및 듀피젠트® 프리필드펜 300mg에 한하여 국내허가되었습니다.

성인(만 18세 이상)에서 기존치료에 적절하게 조절되지 않는 비용종을 동반한 만성 비부비동염의 추가 유지 치료

[2021년 3월 9일부터 이루어진 듀피젠트® 300mg 전액본인부담 유상 치료 건에 한해 일부 환급]

- 만성폐쇄성폐질환

성인에서 흡입용 코르티코스테로이드(ICS), 장기 지속형 베타2-작용제(LABA), 장기 지속형 무스카린 길항제(LAMA) 병용요법 또는 ICS가 적절하지 않은 경우 LABA와 LAMA 병용요법으로 적절히 조절되지 않는 혈중 호산구 수가 증가된 만성폐쇄성폐질환의 추가 유지 치료

[2025년 3월 13일부터 이루어진 듀피젠트® 300mg 전액본인부담 유상 치료건에 한해 일부 환급]

● 구비 서류

▶ 최초 신청 시

구분	구비처	서류명	원본/사본
공통서류	주식회사 사노피-아벤티스 코리아 홈페이지	약제비 일부 환급 · 지원 신청서 [붙임 1]	원본1부
		개인정보처리동의서 [붙임 2]	원본1부
		비밀유지 협약서 [붙임 3]	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 갈음	사본1부
		환자 본인 통장 또는 신청인 본인 통장	사본1부
본인이 아닌 경우	주식회사 사노피-아벤티스 코리아 홈페이지	법정대리인 확인 및 위임장 [붙임 4]	원본1부
		개인정보처리동의서 [붙임 2]	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 · 영수증	원본1부

<주의 및 참고사항>

- ① 본 약제비 일부 환급 지급처는 (주)사노피-아벤티스 코리아를 대신한 IQVIA solutions 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 접수일을 기준으로 30일 이내에 환급 완료됩니다.
- ⑤ 매월 접수일(11일~20일)이외의 날짜 접수되는 경우 익월에 심사 승인됩니다.
예) 5월 21일 도착 → 6월 11일 심사 승인
- ⑥ 해당 약제비 일부 환급 · 지원 프로그램은 적용 조건에 명시된 일시 이전에 발생한 유상처방 건에 대해서는 약제비 일부 지원 및 환급이 적용되지 않습니다.
- ⑦ 듀피젠트® 전액본인부담 환자 약제비 일부 환급 프로그램 적용시 환급 금액 및 환급율을 타인에게 알릴 경우, 비밀 유지의무 위반에 해당되오니 주의 바랍니다.

● 신청서 제출 및 문의처

1. 주소: 서울특별시 중구 퇴계로 173, 남산스퀘어 12층 듀피젠트® 약제비 일부 환급 프로그램 센터
(우편번호: (우) 04554)

(매월 공식 접수일(11일~20일)에 우편 접수 받으며, 그 외 기간 접수시 익월 공식 접수일에 심사됩니다.)

2. 문의처: 02-568-8246 / 상담시간: 평일 09:00~18:00 (점심시간 12:00~13:00, 공휴일 휴무)

[붙임1]

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

환자본인 일반사항	성명		생년월일	
	연락처		성별	☐ 남 ☐ 여
	치료병원		주치의	
	주 소			

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** ☐

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