|  |
| --- |
| **락손필름코팅정150mg 환자 지원 프로그램 신청서** |
| **1. 프로그램 목적**본 환자 지원 프로그램은, 락손필름코팅정150mg(이하 “락손정”)으로 레베르시신경병증(LHON)으로 인한 시각장애 치료를 받는 환자들의 치료비 부담을 경감하고 치료를 보다 용이하게 함으로써 환자들의 삶을 개선하기 위한 목적으로 환자 부담금의 일정 비율을 지원하는 프로그램 입니다.**2. 운영기간**본 프로그램은 “락손정”이 보험급여가 등재되는 경우 급여 개시일까지만 운영됩니다. 본 프로그램은 “회사”의 사정에 따라 조기 종료될 수 있습니다. 다만, 공정거래법 등에 의한 우려가 제기되거나 보험 급여가 등재되어 급여 개시가 되거나 약가가 변동되는 경우에는 즉시 조기 종료될 수 있습니다. |
| **환자본인****일반사항** | 성 명 |  | 생년월일 |  |
| 진 단 명 | 청소년, 성인의 레베르시신경병증(LHON)으로 인한 시각장애 치료 |
| 치료병원 |  | 담당의사 |  |
| 전화번호 |  |
| 주 소(상세기입) |  |
| **신청인이 환자 본인이 아닌 경우 추가 기재 사항** |
| **신청인** | 성명 |  | 환자와의 관계 |  |
| 전화번호 |  |
| **첨부서류** | **<최초 신청 시>** |
| **공통 서류** | “락손정” 환자 지원 프로그램 신청서 [붙임 1] | 1부 |
| “락손정” 환자 지원 프로그램 대상 확인서 [붙임 2]  | 1부 |
| 환자 본인의 개인정보 수집·이용 및 제공 동의서 [붙임 3] | 1부 |
| “락손정” 처방전 및 납부영수증 (전산 발행본만 인정) | 1부 |
| 환자 본인의 신분증 사본 (주민등록번호 뒤 7자리 삭제)-환자가 미성년인 경우, 주민등록번호가 기재된 가족관계증명서로 갈음 | 1부 |
| **신청인이 환자 본인인 경우** | 환자 본인 명의의 통장 사본  | 1부 |
| **신청인이 환자 본인 이외의 자인 경우** | 신청인의 개인정보 수집·이용 동의서 [붙임 4] | 1부 |
| 위임장 원본 [붙임 5] | 1부 |
| 신청인의 신분증 사본(주민등록번호 뒤 7자리 삭제) | 1부 |
| 신청인 본인 명의의 통장 사본 | 1부 |
| 가족관계증명서 등 증빙서류(주민등록번호 뒤 7자리 삭제) | 1부 |
| **<재신청 시>** |
| **-** | “락손정” 처방전 및 납부영수증(전산 발행본만 인정) | 1부 |
| **3. 신청서 제출 및 문의처**1) 수신처 : 락손 환자지원 프로그램 콜센터2) 주 소 : 서울특별시 강남구 논현로 523 노바빌딩 3층 (우편번호: 06131)3) 문의전화 : 02-6953-9339 4. **주의 및 참고사항**1)첨부서류는 하나도 빠짐없이 구비 되어야만 접수가 완료됩니다. 미비된 서류가 있으면 연락 드립니다.2) 모든 서류는 우편을 통해 원본 서류만 접수 가능합니다.3) 지급은 적정성 심사 후 특별한 사유가 없는 한 접수일을 기준으로 60일 이내에 완료됩니다.4) 해당 약제비 일부 환급 프로그램은 2023. 11. 10.이전에 발생한 유상 처방 건에 대해서는 적용되지 않습니다.5) 환자지원프로그램에 필요한 서류 일체(붙임1 ~ 붙임5)는 https://ekdp.com/product/raxone.do 에서 다운로드 가능합니다. 광동제약 홈페이지(https://ekdp.com)에서 좌측 하단 ‘락손필름코팅정’ 배너를 누르시면 해당 페이지로 접속 가능합니다. (홈페이지 접속 후 '락손' 검색 -> 락손필름코팅정 -> 환자지원 프로그램 버튼 클릭시에도 접속 가능)**본인은 위의 사항을 모두 이해하였고 본 신청서와 기타 제출 서류에 기재된 내용은** **모두 사실임을 확인하며 락손필름코팅정150mg 환자 지원 프로그램을 신청합니다.**

|  |  |
| --- | --- |
| **서명일** |  **년 월 일** |
| **신청인 성명**  |  | **서명 또는 인** |  |

 |