

퀴자티닙 약제비 지원 프로그램 안내

퀴자티닙 처방 환자용

프로그램 소개

급성 골수성 백혈병 성인 환자의 경제적 부담을 완화하고, 환자의 치료 접근성을 향상시키기 위한 공익적 목적의 환자 약제비 지원 프로그램

지원 대상

FLT3-ITD 변이 양성인 새로 진단받은 급성 골수성 백혈병 성인 환자 중, **공고요법 후 단독유지요법**으로 퀴자티닙을 전액 본인 부담으로 투여받는 환자

지원 내용

- 퀴자티닙 투여 환자 대상, **17.7mg 및 26.5mg 정당 360,880원** 기준으로 약제비 일부 환급
- 환급은 **환자당 최대 36주기까지** 가능

운영 기간

2026년 04월 01일 ~ 보험급여 등재 전까지

- 본 사업은 회사의 내부 사정에 의해 예고 없이 조기 종료될 수 있습니다.

구비 서류

최초 신청 시	재 신청 시
<ol style="list-style-type: none">진료비 세부내역서 또는 처방전 (퀴자티닙 약제명이 명시되어 있어야 함)수납 영수증 (세부내역서에 기재된 진료 날짜와 동일한 영수증)의료진 추천서 (의료진 작성)환자 본인 명의 통장 사본	<ol style="list-style-type: none">진료비 세부내역서 또는 처방전 (퀴자티닙 약제명이 명시되어 있어야 함)수납 영수증 (세부내역서에 기재된 진료 날짜와 동일한 영수증)

필수 안내

- 이 프로그램은 급성 골수성 백혈병 성인 환자가 퀴자티닙 복용 시 전액 본인부담 약제비로 경제적 어려움을 겪는 환자 대상으로 공익목적으로 진행됩니다.
- 위 첨부서류는 하나도 빠짐없이 준비되어야만 접수가 완료됩니다.
- 약제비 지원금은 서류 구비 완료일 기준 최대 60일 이내로 입금됩니다.
- 지원 내용은 사전 고지 없이 변경 또는 종료될 수 있습니다.
- 추가 신청 시에는 진료비 세부내역서 (또는 처방전) 와 수납 영수증을 함께 제출하셔야 합니다.
- 환자 1인당 최대 36주기까지 지원 가능합니다.
- 환자 본인 명의 통장으로 입금이 원칙이며, 개인적인 사유로 불가한 경우에는 별도 문의해 주세요.
(위 구비서류 이외에 추가 서류를 작성하여 보내주셔야 합니다)
- 허위 보고나 그 밖의 부당한 방법으로 신청 시 불이익을 받으실 수 있습니다.

앱에서 환급 프로그램 신청 방법

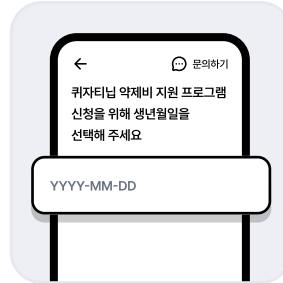
퀴자티닙 처방 환자용

- 레어노트 앱으로 신청하기 때문에 우체국 방문이나 서류 분실 우려가 없습니다.
- 앱에서 신청이 어려우신 경우, 우편으로도 신청 가능합니다. 우편 신청을 원하시면 담당자에게 전화 주세요 (010-6727-8127)
 - 우편 신청 시 앞면에 안내 되어 있는 구비서류 이외에 '신청서' 와 '개인정보처리동의서' 를 추가로 작성하여 보내주셔야 합니다.



Step 1

QR 코드를 촬영하여 스토어에서 '레어노트' 앱 다운로드



Step 5

SNS 가입자의 경우, 생년월일 및 휴대폰 번호 인증 최초 1회 진행

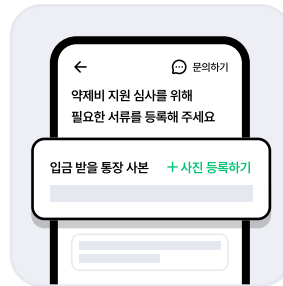
* 반드시 환자 본인명의 휴대폰으로 본인 인증을 진행하여야 합니다.



Step 2

SNS/이메일 가입 클릭 후 관계 선택 시 '본인으로 시작' 클릭

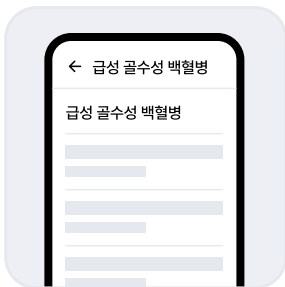
* 보호자가 대리 신청 시에도 '내게 질환이 있어요' 선택 필수



Step 6

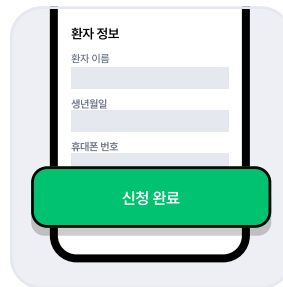
병원, 진료과, 주치의 입력 및 약관 동의 후 준비한 필수 서류를 안내에 따라 등록

* 대리인 명의 통장으로 지원금을 받을 경우 별도 문의



Step 3

가입 시 질환명 '급성 골수성 백혈병' 선택



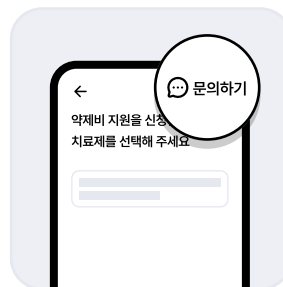
Step 7

입력한 환자 정보, 업로드한 신청 서류 및 계좌 정보 최종 확인 후 '신청 완료' 버튼 클릭하면 접수 끝!



Step 4

약제비 지원 프로그램 안내 확인 후, 치료제 선택에서 '퀴자티닙 약제비 지원 프로그램' 선택



문의하기

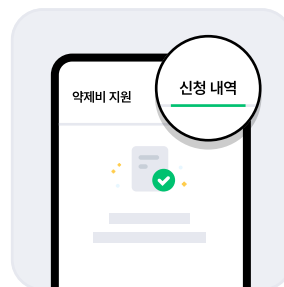
화면 상단의 문의하기를 선택하여 레어노트 카카오톡 채널을 통해 문의

프로그램 문의 및 신청 내역 확인하기



프로그램 문의 방법

1. 좌측 QR 코드를 촬영하여 카카오톡 채널 문의
2. 전화 : 010-6727-8127
3. 이메일 : help@lifex.io



신청 이후 신청 내역 확인

신청 내역을 선택하여 실시간 확인이 가능하며, 신청 내역 변동 시 앱 알림을 통해 전달

'퀴자티닙' 약제비 지원 프로그램 신청서

신청인 (환자)	성 명		생년월일	
	연 락 처		성 별	□남 □여
	치료병원		주 치 의	

프로그램 신청 시 (준비된 서류는 본인 체크란을 통해 체크하며 빠짐없이 준비해주세요)

첨부서류	최초 신청시	항 목	구 분	본인 체크란
		1. 퀴자티닙 환자 약제비 지원 프로그램 신청서	환자	<input type="checkbox"/>
		2. 개인정보 처리 동의서	환자	<input type="checkbox"/>
		3. 퀴자티닙 환자 약제비 지원 프로그램 추천서 (의료진 작성)	병원	<input type="checkbox"/>
		4. (퀴자티닙 치료 내역을 확인할 수 있는) 진료비 세부내역서 또는 처방전	병원	<input type="checkbox"/>
		5. (퀴자티닙 약제비 납부 내역을 확인할 수 있는) 수납 영수증	병원(또는 약국)	<input type="checkbox"/>
		6. 환자 본인 명의의 통장 사본	환자	<input type="checkbox"/>
		추가 신청시	1. (퀴자티닙 치료 내역을 확인할 수 있는) 진료비 세부내역서 또는 처방전	병원
2. (퀴자티닙 약제비 납부 내역을 확인할 수 있는) 수납 영수증	병원(또는 약국)	<input type="checkbox"/>		

• 제출 및 문의처

- 1 수신처 : 라이프엑스 주식회사 퀴자티닙 담당자
- 2 주 소 : (06165) 서울시 강남구 봉은사로 82 길 21, 2 층
- 3 문의처 :
 - 1) 온라인 : '레어노트' 카카오톡 채널 (오른쪽 QR 코드 이용하여 접속)
 - 2) 이메일 : help@lifex.io
 - 3) 전 화 : 010-6727-8127



▲ 레어노트
카카오톡 채널 연결

• 유의사항

- 1 이 프로그램은 급성 골수성 백혈병 성인 환자가 퀴자티닙 복용 시 전액 본인부담 약제비로 경제적 어려움을 겪는 환자 대상으로 공익목적으로 진행됩니다
- 2 위 첨부서류는 하나도 빠짐없이 준비되어야만 접수가 완료됩니다.
- 3 약제비 지원금은 서류 구비 완료일 기준 최대 60일 이내로 입금됩니다.
- 4 지원 내용은 사전 고지 없이 변경 또는 종료될 수 있습니다.
- 5 추가 신청 시에는 1) 진료비 세부내역서 (또는 처방전) 와 2) 수납 영수증을 함께 제출하셔야 합니다.
- 6 환급은 환자당 최대 36 주기까지 가능합니다.
- 7 환자 본인 명의 통장으로 입금이 원칙이며, 개인적인 사유로 불가한 경우에는 별도 문의해 주세요.
- 8 허위 보고나 그 밖의 부당한 방법으로 신청 시 불이익을 받으실 수 있습니다.

본인은 프로그램 신청과 관련하여 위의 사항을 모두 이해하였고,
기록 및 제출서류가 모두 사실임을 확인하며 퀴자티닙 약제비 지원을 신청합니다.

신 청 일 자	년 월 일
신청인(환자)	(서명 또는 인)

한국다이이찌산쿄(주) 귀하

퀴자티닙 약제비 지원 의료진 추천서

- ※ 본 약제는 아래 요건에 해당하시는 환우분들에 한해 지원 가능합니다.
의료진께서는 대상 환자가 해당 요건에 적합한지 확인 후 추천해 주시기 바랍니다.
- ※ 아래 요건에 '예'로 표시되어야 지원 가능합니다.

추천 요건	FLT3-ITD 변이 양성인 새로 진단받은 급성 골수성 백혈병 성인 환자 중, 공고요법 후 단독유지요법으로 퀴자티닙을 전액 본인 부담으로 투여 받는 환자 인가요?			<input type="checkbox"/> 예
추천 환자	성 명			
	성 별	나 이		
	연락처			

상기 환자를 퀴자티닙 약제비 지원 프로그램 대상자로 추천합니다.

_____년 월 일

_____ 병원

_____ 과 _____ (서명/인)

한국다이이찌산쿄(주) 귀하

퀴자티닙 약제비 지원 프로그램 개인정보 처리 동의서

성명 (환자 본인)		연락처	
----------------------	--	------------	--

한국다이이찌산쿄주식회사 (이하 "회사", 수탁업체: 라이프엑스 주식회사)는 퀴자티닙 약제비 지원 프로그램 (이하 "사업"이라 함)의 원활한 진행을 위해 퀴자티닙 약제비 지원과 관련, 귀하의 개인정보(민감정보 포함)를 아래와 같이 처리하게 됩니다. 아래 내용을 자세히 읽으신 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

1. 개인정보의 처리에 관한 동의

(1) 개인정보의 수집·이용

개인정보의 수집 및 이용 목적	- 사업 대상자 선정 및 관리, 사업 정책 수립 - 지원금 지급을 포함한 본 사업 운영 및 증빙자료 보관 - 이상사례 보고, 추적조사
수집하는 개인 정보의 범위 및 항목	- 성명, 성별, 생년월일, 주소, 연락처(전화번호 또는 휴대폰 번호), 환자번호, 은행계좌정보, 보호자 연락처, 기타 지원금 신청을 위해 제출한 자료에 포함된 개인정보 일체
개인정보 보유 및 이용기간	사업 대상자 지원 종료일로부터 3년

※ 귀하는 이에 대한 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의가 없을 경우 약제비 지원 대상자 신청이 불가능할 수 있으며 지원 대상자 선정 및 관리 등이 원활하게 진행되지 않을 수 있습니다.

- 개인정보 수집·이용에 관한 동의 동의함 동의하지 않음

(2) 개인정보의 제 3자 제공

개인 정보를 제공받는 자	개인정보를 제공받는 자의 목적	제공하는 개인정보의 항목	개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용기간
식품의약품안전처 (한국)	이상사례 보고 데이터 베이스 구축·분석	성명(이니셜), 성별, 생년월일, 이상 사례 정보, 병원 정보	제공받는 자의 보유 및 이용 목적 달성 시까지

※ 귀하는 이에 대한 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의가 없을 경우 약제비 지원 대상자 신청이 불가능할 수 있으며 지원 대상자 선정 및 관리 등이 원활하게 진행되지 않을 수 있습니다.

- 개인정보 제 3자 제공에 관한 동의 동의함 동의하지 않음

(3) 개인정보의 국외이전

개인정보를 이전받는 자	개인정보를 이전받는 자의 목적	이전하는 개인정보의 항목	개인정보를 이전받는 자의 개인정보 보유 및 이용기간
회사의 본사 및 전세계 계열회사* *계열회사의 현황은 https://www.daiichisankyo.com/worldwide/ 에서 확인하실 수 있습니다. 이전 일시 및 방법: 해당 소재국으로 정보통신망으로 전송되는 등의 방법으로 수시로 이전	이상사례 보고·분석·관리, 추적 조사, 해당국가 법령 준수	성명(이니셜), 성별, 생년월일, 이상 사례 정보, 병원 정보	이전받는 자의 보유 및 이용 목적 달성 시까지

※ 귀하는 이에 대한 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의가 없을 경우 약제비 지원 대상자 신청이 불가능할 수 있으며 지원 대상자 선정 및 관리 등이 원활하게 진행되지 않을 수 있습니다.

- 환자의 개인정보 국외 이전에 관한 동의 동의함 동의하지 않음

2. 민감정보의 처리에 관한 동의

(1) 민감정보의 수집·이용

민감정보의 수집 및 이용 목적	- 사업 대상자 선정 및 관리, 사업 정책 수립 - 지원금 지급을 포함한 본 사업 운영 및 증빙자료 보관 - 이상사례 보고·분석·관리, 추적조사
수집하는 민감정보의 범위 및 항목	- 진단명, 진단일자, 치료병원, 주치의 성명, 입원 시작, 종료일 및 외래 진료일, 퀴자티닙 투약 여부 및 투여 용량, 투약일자 및 약제비 등 의료진 확인서, 기타 귀하가 지원금 신청을 위해 제출한 제출자료에 포함된 환자의 건강 관련 정보 일체 - 퀴자티닙 관련 이상사례 보고된 경우, 의약품 안전성 관리를 위해 필요한 민감정보
민감정보 보유 및 이용 기간	사업 대상자 지원 종료일로부터 3년

※ 귀하는 이에 대한 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의가 없을 경우 약제비 지원 대상자 신청이 불가능할 수 있으며 지원 대상자 선정 및 관리 등이 원활하게 진행되지 않을 수 있습니다.

- 환자의 민감정보 수집·이용에 관한 동의 동의함 동의하지 않음

