

## 표적항암 및 카티(CAR-T) 약물허가치료 확인서(보험회사 제출용)

약제구분  표적항암치료제  카티(CAR-T)치료제  기타

※ 청구하시는 약제의 분류를 체크하여 주시기 바랍니다.

## 인적사항

환자의 성명	초진일	년	월	일
주민등록번호				

## 약물치료 내용

질병명 <sup>1)</sup>	질병분류번호 <sup>2)</sup>	년	월	일
발병일	진단일	년	월	일
의약품 명칭(제품명)	주 성분명			
제약회사 명칭	최초 처방(투약)일	년	월	일
식품의약품안전처 '효능효과'내 투약여부	<input type="checkbox"/> 범위 내(On-label) <input type="checkbox"/> 범위 외(Off-label)	년	월	일
급여적용 여부	<input type="checkbox"/> 급여 <input type="checkbox"/> 비급여	허가범위 외 사용 시 건강보험심사평가원 암질환심의위원회 심사결과	<input type="checkbox"/> 사전 승인·기승인 <input type="checkbox"/> 불승인(거절)	<input type="checkbox"/> 사후 승인·심사중
비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과) 이내 사용근거 및 소견				

1) 정확한 보험금 산정을 위해 암이 발생한 부위에 대해 모두 기재 바랍니다.(예: 림프에 전이가 있는 경우 림프암도 기재)

2) 질병명에 기재된 모든 암에 대한 질병코드를 기재하며, 한국표준질병사인분류상 네자리코드(C\*\*)를 원칙으로 하되, 세자리코드(C\*\*)도 기입 가능합니다. 가급적 병기분류가능한 코드로 기재 바랍니다.

※ 기재하신 내용이 확인되는 의무기록 및 투약내역(처방전, 진료비계산서 등)을 함께 제출하여 주시기 바랍니다.

※ '사후승인·심사중'에 청구되는 경우(심사 결과가 통보되지 않은 경우), 암질환심의위원회 사후승인 절차에 따라 승인·통보 이후 보험금청구 접수(심사)가 가능합니다.

## 확인자 내용

상기와 같이 처방(투약) 치료하였음을 확인합니다.				
의료기관명 및 부서명	의사명	(인)		
요양기관번호	면허번호			
전화번호	작성일	년	월	일

※ 당사 보험금청구서 양식 외 요양기관의 자유양식을 제출하실 수 있으나, 상기 내용이 필수 내용으로 기재 되어야 하며 이는 전문의사 확인을 통해 작성되어야 함을 안내 드립니다.