

輝瑞大藥廠股份有限公司 函

地址：10016 台北市信義區松仁路 100 號 42,43 樓

聯絡人：陳盈瑜

電話：02-5575-2000

受文者：天主教中華聖母修女會醫療財團法人天主教聖馬爾定醫院

發文日期：中華民國 112 年 02 月 06 日

發文字號：輝西藥(112)行銷字第 017 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：病患贈藥支持計畫-病人同意書/醫師同意書/贈藥申請書

IBR5

主旨：敬邀貴院參與本公司藥品愛乳適 IBRANCE 膠囊之病患贈藥支持計畫，請查照 見覆。

說明：

- 一、贈藥商品名稱為愛乳適膠囊(IBRANCE)，業經衛部藥輸字第 027102 號/第 027103 號/第 027104 號許可之處方藥品，可用於衛福部核准之適應症。此藥品不符合健保給付條件者需自費使用。
- 二、得衛生福利部食品藥物管理署 FDA 藥字第 1080007136 號核可，依 92.04.30 藥物樣品贈品管理辦法第三條規定，「本辦法所稱藥物贈品，係指依本法規定已核發許可證之藥物，申請中央衛生主管機關核准贈與各級衛生醫療機構、醫院診所或救濟機構作為慈善事使用者」。敬邀貴院醫師依據病患需求向本公司委託之第三方獨立單位采照策略顧問有限公司申請愛乳適膠囊(IBRANCE)包含 125 毫克、100 毫克、75 毫克等三種劑量贈藥補助，以降低患者之經濟負擔，幫助病患完成完整療程延長存活期限，病患贈藥支持計畫執行期間從 107 年 2 月起展延至 113 年 12 月迄。
- 三、本案負責人為本公司 陳盈瑜 經理，連絡方式：電話：02-5575-2000



①

愛乳適®病人支持計畫 病人同意書

0800-313-581



一、計畫說明

愛乳適病人支持計畫(下稱「本計畫」)，由輝瑞大藥廠股份有限公司(下稱「輝瑞大藥廠」)委託采照策略顧問股份有限公司(下稱「采照」)提供獨立行政服務，針對符合衛福部核准之適應症，且曾申請過愛乳適健保給付達 24 個月後，已不符合健保給付條件之病人提供贈藥補助。病人經主治醫師評估適合處方愛乳適(Ibrance)，且同意自費接受治療者，即可向采照提出申請。申請醫師或病人有權隨時退出專案，采照將於醫師或病人通知退出專案日起，停止提供贈藥。

二、贈藥申請說明

●補助方式：每次贈藥申請需間隔至少 14 天

- 第一階段：自費購買愛乳適累計達 21 顆，並提供收據影本及/或藥袋影本，即可申請 21 顆補助贈藥。

- 全贈階段：自費治療達 210 顆後進入全贈階段，將無需提供收據影本及/或藥袋影本。

●贈藥申請應備文件：

①病人同意書：由病人及主治醫師簽章，僅首次申請需提供。

②贈藥申請單：由病人填寫及主治醫師簽章，贈藥申請單主治醫師以每次簽章一張為限。

③民國 108 年 9 月起有效之收據影本及/或藥袋影本：

◇收據或藥袋應能辨識病人姓名、購藥日期、藥品名稱、自費數量、自費證明或金額，若收據或藥袋無法辨識藥品名稱、自費數量或自費證明或金額，可於收據上註明藥品名稱及自費數量，由處方醫師簽章證明。

◇請勿寄回正本收據、藥袋及病歷資料，並請自行遮蔽其餘不相關或敏感性個人資料。專案小組為保護病人個資，得逕行遮蔽或刪除含有個資之部分內容，並不另行通知。

●申請方式：

將申請文件之完整清晰照片，以本計畫 LINE 帳號 - 醫藥通回傳或 E-mail 至 0800313581@media-wind.com，

- 紙本毋須寄回；贈藥申請自專案小組收件日起，需 10 個工作天，敬請注意申請時程。

三、注意事項

●本計畫的目標在於提高遵醫囑性及病人用藥之經濟壓力紓解，病人之療程、藥物之選擇完全依醫師之專業自主判斷，采照與藥品許可證廠商絕不會影響醫師處方意圖及提供任何治療上的建議。

●藥物品質及流向追蹤：

- 本計畫之贈藥會標示「贈藥不得轉售」字樣，其內容物與市面上之銷售品相同，病人不得要求將贈藥出售、退費或轉贈他人。若有餘藥應轉交原主治醫師，由所屬醫院進行銷毀。

- 本計畫之贈藥供獲本計畫審查許可之病人使用，病人應領取並使用前一次的贈藥後，使得申請下一次贈藥，醫師應於病歷表上註記用藥紀錄。

- 病人應在專案小組通知贈藥發送後 30 個日曆天內，至指定醫療院所領取贈藥，逾期不得再主張任何權利。

●個資保護：

- 采照受輝瑞大藥廠之委託，為執行本計畫及履行相關法律義務之目的，於本計畫執行期間及相關法定義務完成前，將蒐集、處理、利用您所提供之個人資料，包括姓名、聯絡方式、藥品購買證明、資格證明及其他專案申請時所需提供之資訊。您得依法行使查詢或請求閱覽、請求製給複製本、請求補充或更正、請求停止蒐集、處理或利用以及請求刪除等權利，若您拒絕提供個人資料，或要求刪除，或停止處理、利用您的個人資料，采照將停止本計畫之服務及相關補助。

- 采照將依法妥善保存您所提供的個人資料，並僅於必要時，將您的個人資料提供給藥品許可證廠商、主管機關（如不良事件通報、稽查或所得稅申報），或其他參與本計畫執行之第三方機構，包括醫療院所、藥品物流、合作藥局或金融機構（進行匯款事宜），以及受託處理電子系統或資料維護之專業廠商，因該專業廠商服務提供地點涉及亞洲地區（日本）、美洲地區（美國），采照將依法檢視主管機關對於境外傳輸之限制，以確保合法。

- 本計畫所有相關資料（可能包含您的個人資料）將保留至少十年，以符合藥物安全通報相關政策與規定。

- 您同意本計畫得採用電子簽章，其效力等同於紙本簽章。

●藥物不良反應通報：若采照得知病人用藥後之不良事件時，在符合適用法規的前提下，相關不良事件資訊將通報給輝瑞大藥廠之藥物安全部門，並依病人與其主治醫師之意願進行後續追蹤，依循相關法規通報至衛生主管機關。

●結案說明：符合下述之情事者，將視為退出專案並停止贈藥補助，包括但不限於：申請人已符合健保給付資格、連續 180 天未申請贈藥、經醫師評估並告知專案小組病人停止使用藥物、醫師或病人告知專案小組退出計畫或可進行結案等。結案後如欲申請贈藥，需重新申請加入專案，不再適用先前之專案內容。

●聯絡方式：可於週一至週五（國定假日除外）9:30-12:00、13:30-18:00 撥打客服專線 0800-313-581，或來信 0800313581@media-wind.com。

●保留聲明：若本計畫適應症納入健保給付之範圍，或醫院無法配合執行本計畫時，則本計畫得經通知後終止；另若因政府法令或企業政策調整，或有其他變更，輝瑞大藥廠保留隨時變更、終止、修改專案內容之權利。

同意加入本計畫並簽章

*為必填欄位

若有塗改，請於塗改處簽章

采照及輝瑞大藥廠有義務向衛生主管機關通報與輝瑞相關之不良反應/事件資訊。請您勾選確認下列事項：

*我 ☐ 同意 ☐ 不同意 當發生不良反應/事件時，采照及輝瑞大藥廠得取得並使用我的個人資料與我聯繫進一步取得事件資訊。（若您選擇不同意，仍可加入本計畫）

*病人簽章：_____

*簽章日期：_____年_____月_____日

*醫師勾選：☐ 本人確認病人曾申請過愛乳適健保給付達 24 個月，已不符合健保給付條件，評估適合處方愛乳適。

*醫師簽章：_____

*簽章日期：_____年_____月_____日

*病人姓名	*聯絡人	☐ 本人 ☐ 指定窗口	*聯絡電話	
*醫療院所	*主治醫師	(無須醫師簽章)	醫師授權窗口	

首次申請－加入本計畫LINE帳號



加入LINE醫藥通(每位病人限一個帳號加入)

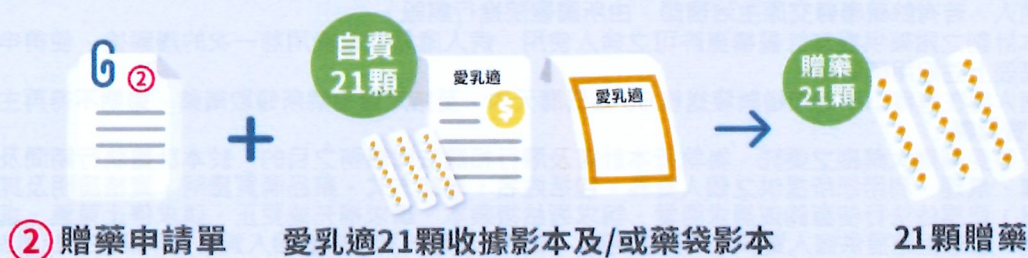
1. 確認①病人同意書已填寫完整,並由病人及主治醫師簽章
2. 開啟LINE,點選搜尋欄右方圖示,並掃描右方QR code
3. 依指示填入基本資訊,將①病人同意書外框處完整拍照上傳
4. 送出申請後,專案人員將於上班時間儘快為您審核



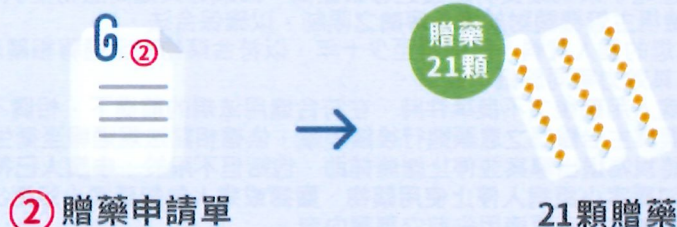
贈藥申請補助方式

每次自費21顆得申請21顆愛乳適贈藥,自費達210顆即可進入全贈

第一階段



全贈階段 (自費達210顆)



LINE-贈藥申請流程

- ① 以手機開啟LINE,點選搜尋欄右方圖示,並掃描右上方QR Code
- ② 點選下方功能【贈藥申請】,依照指示上傳申請文件的清晰圖檔
- ③ 送出申請後,可至醫藥通查詢進度,專案人員將於上班時間審核
- ④ 審核通過後,系統將通知預計出貨日期及指定配送地點
- ⑤ 配送時間依物流狀況調整,約需10個工作天,請於預計出貨日期過後**30天內**,前往指定配送地點領取贈藥:
 - 醫療院所:依院內流程預約回診並領取
 - 院外藥局:攜帶病人健保卡或身份證及處方箋領取並簽收

專案小組
客服專線

0800-313-581

週一至週五(國定假日除外)
9:30-12:00&13:30-18:00



愛乳適®病人支持計畫 病人同意書

0800-313-581



一、計畫說明

愛乳適病人支持計畫(下稱「本計畫」)，由輝瑞大藥廠股份有限公司(下稱「輝瑞大藥廠」)委託采照策略顧問股份有限公司(下稱「采照」)提供獨立行政服務，針對符合衛福部核准之適應症，且未符合健保給付條件之病人提供贈藥補助。病人經主治醫師評估適合處方愛乳適(Ibrance)，且同意自費接受治療者，即可向采照提出申請。申請醫師或病人有權隨時退出專案，采照將於醫師或病人通知退出專案日起，停止提供贈藥。

二、贈藥申請說明

●補助方式：凡自費購買愛乳適累計達 21 顆，並提供收據影本及/或藥袋影本，即可申請 21 顆補助贈藥，不限申請次數，惟每次需間隔至少 14 天。

於民國 111 年 1 月 26 日以前曾加入不同方案之病人，得選擇以原專案申請書贈藥條件繼續申請，或改以上述方式申請。

●贈藥申請應備文件：

①病人同意書：由病人簽章，僅首次申請需提供。

②贈藥申請單：由病人填寫及主治醫師簽章，贈藥申請單主治醫師以每次簽章一張為限。

③民國 108 年 9 月起有效之收據影本及/或藥袋影本：

◇收據或藥袋應能辨識病人姓名、購藥日期、藥品名稱、自費數量、自費證明或金額，若收據或藥袋無法辨識藥品名稱、自費數量或自費證明或金額，可於收據上註明藥品名稱及自費數量，由處方醫師簽章證明。

◇請勿寄回正本收據、藥袋及病歷資料，並請自行遮蔽其餘不相關或敏感性個人資料。專案小組為保護病人個資，得逕行遮蔽或刪除含有個資之部分內容，並不另行通知。

●申請方式：

將申請文件之完整清晰照片，以本計畫 LINE 帳號 - 醫藥通回傳或 E-mail 至 0800313581@media-wind.com，紙本毋須寄回；贈藥申請自專案小組收件日起，需 10 個工作天，敬請注意申請時程。

三、注意事項

●本計畫的目標在於提高遵醫囑性及病人用藥之經濟壓力紓解，病人之療程、藥物之選擇完全依醫師之專業自主判斷，采照與藥品許可證廠商絕不會影響醫師處方意圖及提供任何治療上的建議。

●藥物品質及流向追蹤：

- 本計畫之贈藥會標示「贈藥不得轉售」字樣，其內容物與市面上之銷售品相同，病人不得要求將贈藥出售、退費或轉贈他人。若有餘藥應轉交原主治醫師，由所屬醫院進行銷毀。

- 本計畫之贈藥供獲本計畫審查許可之病人使用，病人應領取並使用前一次的贈藥後，使得申請下一次贈藥，醫師應於病歷表上註記用藥紀錄。

- 病人應在專案小組通知贈藥發送後 30 個日曆天內，至指定醫療院所領取贈藥，逾期不得再主張任何權利。

●個資保護：

- 采照受輝瑞大藥廠之委託，為執行本計畫及履行相關法律義務之目的，於本計畫執行期間及相關法定義務完成前，將蒐集、處理、利用您所提供之個人資料，包括姓名、聯絡方式、藥品購買證明、資格證明及其他專案申請時所需提供之資訊。您得依法行使查詢或請求閱覽、請求製給複製本、請求補充或更正、請求停止蒐集、處理或利用以及請求刪除等權利，若您拒絕提供個人資料，或要求刪除，或停止處理、利用您的個人資料，采照將停止本計畫之服務及相關補助。

- 采照將依法妥善保存您所提供的個人資料，並僅於必要時，將您的個人資料提供給藥品許可證廠商、主管機關（如不良事件通報、稽查或所得稅申報），或其他參與本計畫執行之第三方機構，包括醫療院所、藥品物流、合作藥局或金融機構（進行匯款事宜），以及受託處理電子系統或資料維護之專業廠商，因該專業廠商服務提供地點涉及亞洲地區（日本）、美洲地區（美國），采照將依法檢視主管機關對於境外傳輸之限制，以確保合法。

- 本計畫所有相關資料（可能包含您的個人資料）將保留至少十年，以符合藥物安全通報相關政策與規定。

- 您同意本計畫得採用電子簽章，其效力等同於紙本簽章。

●藥物不良反應通報：若采照得知病人用藥後之不良事件時，在符合適用法規的前提下，相關不良事件資訊將通報給輝瑞大藥廠之藥物安全部門，並依病人與其主治醫師之意願進行後續追蹤，依循相關法規通報至衛生主管機關。

●結案說明：符合下述之情事者，將視為退出專案並停止贈藥補助，包括但不限於：申請人已符合健保給付資格、連續 180 天未申請贈藥、經醫師評估並告知專案小組病人停止使用藥物、醫師或病人告知專案小組退出計畫或可進行結案等。結案後如欲申請贈藥，需重新申請加入專案，不再適用先前之專案內容。

●聯絡方式：可於週一至週五(國定假日除外)9:30-12:00、13:30-18:00 撥打客服專線 0800-313-581，或來信 0800313581@media-wind.com。

●保留聲明：若本計畫適應症納入健保給付之範圍，或醫院無法配合執行本計畫時，則本計畫得經通知後終止；另若因政府法令或企業政策調整，或有其他變更，輝瑞大藥廠保留隨時變更、終止、修改專案內容之權利。

病人同意加入本計畫並簽章

*為必填欄位

若有塗改，請於塗改處簽章

采照及輝瑞大藥廠有義務向衛生主管機關通報與輝瑞相關之不良反應/事件資訊。請您勾選確認下列事項：

*我 ☐ 同意 ☐ 不同意 當發生不良反應/事件時，采照及輝瑞大藥廠得取得並使用我的個人資料與我聯繫進一步取得事件資訊。（若您選擇不同意，仍可加入本計畫）

*病人簽章：_____

*簽章日期：_____年_____月_____日

*病人姓名	*聯絡人	☐ 本人 ☐ 指定窗口	*聯絡電話
*醫療院所	*主治醫師	(無須醫師簽章)	
原專案病人贈藥申請補助方式 (限民國 111 年 1 月 26 日以前曾簽章專案申請書加入專案之病人勾選)		☐ 以原申請書補助方式 ☐ 以本病人同意書補助方式 (勾選並完成下一次贈藥申請後，即無法進行變更)	

首次申請－加入本計畫LINE帳號



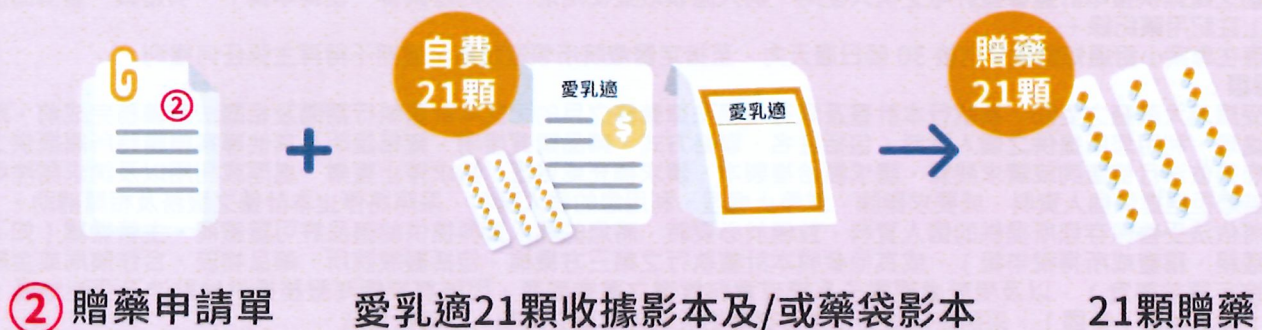
加入LINE醫藥通(每位病人限一個帳號加入)

1. 確認①病人同意書已填寫完整，並由病人簽章
2. 開啟LINE，點選搜尋欄右方圖示，並掃描右方QR Code
3. 依指示填入基本資訊，將①病人同意書外框處完整拍照上傳
4. 送出申請後，專案人員將於上班時間儘快為您審核



贈藥申請補助方式

每次自費21顆得申請21顆愛乳適贈藥，不限申請次數



於民國111年1月26日以前曾簽章專案申請書加入專案之病人，
得以原申請書贈藥條件申請，或以上述方式申請。

LINE-贈藥申請流程

- ① 以手機開啟LINE，點選搜尋欄右方圖示，並掃描右上方QR Code
- ② 點選下方功能【贈藥申請】，依照指示上傳申請文件的清晰圖檔
- ③ 送出申請後，可至醫藥通查詢進度，專案人員將於上班時間審核
- ④ 審核通過後，系統將通知預計出貨日期及指定配送地點
- ⑤ 配送時間依物流狀況調整，約需10個工作天，請於預計出貨日期過後**30天內**，前往指定配送地點領取贈藥：
 - 醫療院所：依院內流程預約回診並領取
 - 院外藥局：攜帶病人健保卡或身份證及處方箋領取並簽收

專案小組
客服專線

0800-313-581

週一至週五(國定假日除外)
9:30-12:00&13:30-18:00

愛乳適®病人支持計畫 醫師同意書

0800-313-581



一、計畫說明

愛乳適病人支持計畫(下稱「本計畫」)，由輝瑞大藥廠股份有限公司(下稱「輝瑞大藥廠」)委託采照策略顧問股份有限公司(下稱「采照」)提供獨立行政服務。病人經主治醫師評估適合處方愛乳適(Ibrance)，且同意自費接受治療者，即可向采照提出申請。申請醫師或病人有權隨時退出專案，采照將於醫師或病人通知退出專案日起，停止提供贈藥。

二、贈藥申請說明

- 補助方式：依照本計畫最新之病人同意書方案，進行贈藥補助。
- 贈藥申請應備文件：**主治醫師需先簽章醫師同意書加入專案，病人使得進行贈藥申請。**
 - ① 病人同意書：由病人簽章，僅首次申請需提供。
 - ② 贈藥申請單：由病人填寫及主治醫師**確認符合專案贈藥條件後簽章**，贈藥申請單主治醫師以每次簽章**一張**為限。
 - ③ 民國 108 年 9 月起有效之**收據影本**及/或**藥袋影本**：
 - ◇ 收據或藥袋應能辨識**病人姓名、購藥日期、藥品名稱、自費數量、自費證明或金額**，若收據或藥袋無法辨識藥品名稱、自費數量或自費證明或金額，可於收據上註明藥品名稱及自費數量，由處方醫師簽章證明。
 - ◇ **請勿寄回正本收據、藥袋及病歷資料，並請自行遮蔽其餘不相關或敏感性個人資料**。專案小組為保護病人個資，得逕行遮蔽或刪除含有個資之部分內容，並不另行通知。
- 申請方式：
將申請文件之完整清晰照片，以本計畫 LINE 帳號 - 醫藥通回傳或 E-mail 至 0800313581@media-wind.com，**紙本毋須寄回**；贈藥申請自專案小組收件日起，需 10 個工作天，敬請注意申請時程。

三、注意事項

- 本計畫的目標在於提高遵醫囑性及病人用藥之經濟壓力紓解，病人之療程、藥物之選擇完全依醫師之專業自主判斷，采照與藥品許可證廠商絕不會影響醫師處方意圖及提供任何治療上的建議。
- 藥物品質及流向追蹤：
 - 本計畫之贈藥會標示「贈藥不得轉售」字樣，其內容物與市面上之銷售品相同，病人不得要求將贈藥出售、退費或轉贈他人。若有餘藥應轉交原主治醫師，由所屬醫院進行銷毀。
 - 本計畫之贈藥供獲本計畫審查許可之病人使用，病人應領取並使用前一次的贈藥後，使得申請下一次贈藥，醫師應於病歷表上註記用藥紀錄。
 - 病人應在專案小組通知贈藥發送後 30 個日曆天內，至指定醫療院所領取贈藥，逾期不得再主張任何權利。
- 個資保護：
 - 采照受輝瑞大藥廠之委託，為執行本計畫及履行相關法律義務之目的，於本計畫執行期間及相關法定義務完成前，將蒐集、處理、利用您所提供之個人資料，包括姓名、聯絡方式、藥品購買證明、資格證明及其他專案申請時所需提供之資訊。您得依法行使查詢或請求閱覽、請求製給複製本、請求補充或更正、請求停止蒐集、處理或利用以及請求刪除等權利，若您拒絕提供個人資料，或要求刪除，或停止處理、利用您的個人資料，采照將停止本計畫之服務及相關補助。
 - 采照將依法妥善保存您所提供的個人資料，並僅於必要時，將您的個人資料提供給藥品許可證廠商、主管機關（如不良事件通報、稽查或所得稅申報），或其他參與本計畫執行之第三方機構，包括醫療院所、藥品物流、合作藥局或金融機構（進行匯款事宜），以及受託處理電子系統或資料維護之專業廠商，因該專業廠商服務提供地點涉及亞洲地區（日本）、美洲地區（美國），采照將依法檢視主管機關對於境外傳輸之限制，以確保合法。
 - 本計畫所有相關資料（可能包含您的個人資料）將保留至少十年，以符合藥物安全通報相關政策與規定。
 - 您同意本計畫得採用電子簽章，其效力等同於紙本簽章。
- 藥物不良反應通報：若采照得知病人用藥後之不良事件時，在符合適用法規的前提下，相關不良事件資訊將通報給輝瑞大藥廠之藥物安全部門，並依病人與其主治醫師之意願進行後續追蹤，依循相關法規通報至衛生主管機關。
- 結案說明：符合下述之情事者，將視為退出專案並停止贈藥補助，包括但不限於：**申請人已符合健保給付資格、連續 180 天未申請贈藥、經醫師評估並告知專案小組病人停止使用藥物、醫師或病人告知專案小組退出計畫或可進行結案等**。結案後如欲申請贈藥，需重新申請加入專案，不再適用先前之專案內容。
- 聯絡方式：可於週一至週五(國定假日除外)9:30-12:00、13:30-18:00 撥打客服專線 **0800-313-581**，或來信 0800313581@media-wind.com。
- 保留聲明：若本計畫適應症納入健保給付之範圍，或醫院無法配合執行本計畫時，則本計畫得經通知後終止；另若因政府法令或企業政策調整，或有其他變更，輝瑞大藥廠保留隨時變更、終止、修改專案內容之權利。

主治醫師同意加入本計畫並簽章(若有塗改，請於塗改處簽章)

掃描加入醫藥通

*醫療院所	*科別	
指定窗口姓名 (可於醫藥通查詢申請紀錄)	窗口電話	
窗口 E-mail		
*加入醫藥通後是否同意使用電子簽章簽署病人贈藥申請單： ☐ 是 ☐ 否		
*醫師簽章：_____ *簽章日期：_____年____月____日		

如簽章紙本，請將完整外框清晰圖檔回傳至：0800313581@media-wind.com



愛乳適®病人支持計畫 贈藥申請單暨治療計畫書

0800-313-581



本計畫之補助藥品依藥物樣品贈品管理辦法及衛生福利部食品藥物管理署核准辦理。

贈藥處方及主治醫師簽章		*為必填欄位 若有塗改，請於塗改處簽章	
*病人姓名		*就診醫院	
*申請劑量	☐ 75mg ☐ 100mg ☐ 125mg		
★ 確認此病人已領取並使用前一次的贈藥。 ★ 確認此病人目前疾病治療狀況符合臺灣衛福部核准及專案條件之適應症，並且無法獲得健保給付；若病人符合健保給付之適應症，請優先協助病人申請健保給付。 ★ 依臨床治療判斷及病人病情需要擬處方 21 顆愛乳適贈藥，申請醫師應於病歷表上註記用藥紀錄。 ★ 贈藥申請單以每次簽章一張為限，每次贈藥申請應至少間隔 14 天，以確保病人用藥狀況。 *醫師簽章：_____ *簽章日期：_____年_____月_____日 如使用電子簽章簽署，其效力等同於簽章紙本			
處方藥物	愛乳適膠囊，劑量依醫師勾選	頻次/天數	依醫囑療程而定
贈藥用量	21 顆	途徑	口服
衛生福利部核准之適應症	請參閱愛乳適膠囊最新核准之仿單，或至衛生福利部食品藥物管理署-藥證業務管理資訊系統查詢。		

★ 贈藥申請應備文件：

- ②贈藥申請單：由病人填寫及主治醫師簽章，贈藥申請單主治醫師以**每次簽章一張**為限。

- 民國 108 年 9 月起有效之收據影本及/或藥袋影本：

◇ 收據或藥袋應能辨識**病人姓名、購藥日期、藥品名稱、自費數量、自費證明或金額**，若收據或藥袋無法辨識藥品名稱、自費數量或自費證明或金額，可於收據上註明藥品名稱及自費數量，由處方醫師簽章證明。

◇ 請勿寄回正本收據、藥袋及病歷資料，並請自行遮蔽其餘不相關或敏感性個人資料。

★ 申請方式：

- 將申請文件之完整清晰照片，以本計畫 LINE 帳號 - 醫藥通回傳或 E-mail 至 0800313581@media-wind.com，紙本毋須寄回；贈藥申請自專案小組收件起，需 10 個工作天，敬請注意申請時程。

本計畫 LINE 帳號 - 贈藥申請流程

- 備妥【②贈藥申請單】、【愛乳適收據影本及/或藥袋影本】
- 以手機開啟 LINE，點選搜尋欄右方圖示，並掃描右方 QR Code
- 點選下方功能【贈藥申請】，依照指示上傳申請文件的清晰圖檔
- 送出申請後，可至醫藥通查詢進度，專案人員將於上班時間審核
- 審核通過後，系統將通知預計出貨日期及指定配送地點
- 配送時間依物流狀況調整，約需 10 個工作天，請於預計出貨日期過後 30 天內，前往指定配送地點領取贈藥：
 - ✓ 醫療院所：依院內流程預約回診並領取
 - ✓ 院外藥局：攜帶病人健保卡或身份證及處方箋領取並簽收



★ 注意事項：

- 提交贈藥申請後，病人領取贈藥之情形如有任何異動，請儘早告知專案小組，以免影響用藥權益。
- 本計畫之贈藥會標示「贈藥不得轉售」字樣，其內容物與市面上之銷售品相同，病人不得要求將贈藥出售、退費或轉贈他人。若有餘藥應轉交原主治醫師，由所屬醫院進行銷毀。
- 本計畫之贈藥供獲本計畫審查許可之病人使用，病人應領取並使用前一次的贈藥後，使得申請下一次贈藥，醫師應於病歷表上註記用藥紀錄。
- 病人應在專案小組通知贈藥發送後 30 個日曆天內，至指定醫療院所領取贈藥，逾期不得再主張任何權利。
- 若發生用藥不良事件時，請遵循與市售品相同之標準與途徑，按規定通報。

★ 聯絡方式：可於週一至週五(國定假日除外)9:30-12:00、13:30-18:00 撥打客服專線 [0800-313-581](tel:0800-313-581)。