



# 標準治療藥物補助

- ♥申請對象：本會收案並經評估後確有經濟困難者。
- ♥申請方式：由治療醫院之社工單位統一送件申請。
- ♥補助項目：使用下列TPOG標準治療用藥，且健保/私人保險無法給付者，由本會提供全額補助。

Protocol	自費藥物名稱
TPOG RMS 2016 HR	Irinotecan
TPOG HS 2003	IVIG (請優先申請健保)
TPOG MB 2019 VHR/infant	Thiotepa, Melphalan
TPOG RB 2017 TPOG HBL 2017 TPOG MaGCT 2017 TPOG MaGCT 2024 (Poor Risk) TPOG N 2020 (LR/IR) TPOG MB 2019 (VHR, Infant) TPOG WT 2016 (RTK, UH1, UH2)	Carboplatin (請優先申請健保)
TPOG MaGCT 2017 (R/R) TPOG MaGCT 2024 (Poor Risk)	Paclitaxel
TPOG-ALL-2021 TPOG-ALL-2022 infant	Venetoclax (須符合療程規範, 檢附醫療補助審核表)
TPOG-ALL-2022 infant	Blinatumomab (須符合療程規範, 檢附醫療補助審核表)
TPOG-ALL-2021 TPOG-ALL-2022 infant TPOG NHL 2024 T-LBL	Bortezomib (須符合療程規範, 檢附醫療補助審核表)
TPOG NHL 2024 ALCL	Brentuximab (須符合療程規範, 檢附醫療補助審核表)
TPOG-AML-2021	Fludarabine, Midostaurin (請優先申請健保, 須符合療程規範, 檢附醫療補助審核表)

## ♥申請文件：

1. 本會醫療及生活補助申請表、TPOG Protocol藥物補助審核表(如附件)。
2. 醫藥費用單據&自費明細(日期須在半年內，且單次收據以補助一次為限)。

## ♥其他說明：

1. 本會提供之醫療與藥物補助，每人單次最高補助新台幣30萬元整，且合計一年補助上限為新台幣100萬元整(不含支持性藥物補助)。
2. 申請申請Blinatumomab、Venetoclax、Bortezomib、Brentuximab、Fludarabine、Midostaurin此六種藥物者，需另檢附由主治醫師填寫之「TPOG Protocol藥物補助審核表」(如附件)，連同申請資料一併繳交本會。

