

2019年10月

医療関係者 各位

第一三共エスファ株式会社

ラニチジン錠 75mg/150mg 「YD」を服用されている患者様への
治療薬変更に伴う患者様の負担額精算について

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。
平素は弊社製品につきまして、格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、弊社が販売しております H₂ 受容体拮抗剤『ラニチジン錠 75mg 「YD」』、『ラニチジン錠 150mg 「YD」』(以下、ラニチジン錠「YD」)につきまして、全ロットを対象とした自主回収(クラス I)を実施しております。今般、患者様のお手元にある当該製品におきましても回収させていただくことといたしました。

これにより、本剤を服用中の患者様が、治療薬の変更及びそれに伴う費用の返金を希望されるケースがあると思われま。治療薬の変更及びそれに伴う患者様の負担額につきましては、弊社にて負担させていただきます。以下の通り患者様の負担額精算手順をご案内申し上げます。

1. 対象

患者様が服用を終える前のラニチジン錠「YD」を代替薬に切り替えるために医療機関を受診した際に生じた費用

2. 弊社が負担させていただく費用項目

- | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">・ 代替薬剤費(調剤費を含む) *・ 代替薬剤処方のために発生した再診費 *・ 代替薬剤処方のために発生した交通費(一律 3,000 円) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

* 保険給付外としてお取り扱いください。

なお、患者様からのラニチジン錠「YD」の返品(残薬)に対する返金はいたしかねますので、ご容赦ください。

3. 医療関係者の皆様へお願いしたい内容

- ・ 代替薬剤の処方及び調剤のための諸費用に関しましては、保険給付外としてお取り扱いいただきますようお願いいたします。
- ・ 診療及び調剤にかかった費用の領収証に、ラニチジン錠「YD」の代替処方・代替調剤である旨を記載いただき、医師又は薬剤師のご捺印もお願いいたします。領収証及び処方薬剤の明細書のコピーを証左として、患者様の費用を負担させていただきます。
- ・ 費用の請求に関する具体的な手順につきましては、下記にあります弊社お客様相談室へお電話いただくよう、患者様へお伝えください（10月18日より受け付けを開始いたします）。

第一三共エスファ株式会社 お問い合わせ先

TEL : 0120-100-601

上記フリーダイヤルがご使用いただけない場合 TEL : 03-3548-2218
(月～金 9:00～17:30 / 土日祝・会社休日を除く)

4. 具体的な精算手順について

- (1) 患者様に弊社お客様相談室へお電話いただき、手順を確認いたします。
- (2) 弊社お客様相談室より、精算に必要な書類（支払依頼書など）を患者様へ郵送いたします。
- (3) 患者様には、郵送いたしました支払依頼書に必要な事項を記入いただきます。
- (4) 支払依頼書と共に下記の必要書類を封入の上、返送いたします。

《必要書類》

- ・ 診療費の領収証
- ・ 代替薬剤調剤費の領収証（但し書き「ラニチジン錠「YD」の代替処方」と薬剤師また医師のご捺印が必要です）
- ・ 代替処方薬剤の明細書のコピー

- (5) 弊社より患者様の振込口座へ費用をお振込みさせていただきます。

5. お問い合わせ先（月～金 9:00～17:30 / 土日祝・会社休日を除く）

第一三共エスファ株式会社 お客様相談室 TEL 0120-100-601
上記フリーダイヤルがご使用いただけない場合 TEL 03-3548-2218

この度の件につきまして、医療関係者の皆様、患者様に多大なるご迷惑をおかけすることになり、心より深くお詫び申し上げます。

何卒事情ご賢察の上、ご理解とご協力を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

謹白