聖雅各福群會
St. James' Settlement

惠澤社區藥房
Philanthropic Community Pharmacy

如需要更多有關資助計劃的詳情，請致電聖雅各福群會惠澤社區藥房查詢

For details of the Subsidy Scheme, please call St. James' Settlement Philanthropic Community Pharmacy

藥房查詢熱線 Pharmacy Hotline

(必須致電登記 Phone Registration is Needed)

2831 3289

WhatsApp

5131 3638

網址及表格下載 **Website & Forms : https://charityservices.sjs.org.hk**

灣仔藥房 Wan Chai

香港灣仔石水渠街85號 更新:910室

聖雅各福群會9樓~~002~~室 (灣仔港鐵站A3出口)

R~~m. 00~~2, 9/F, 85 Stone Nullah Lane,
Wanchai, Hong Kong
(Wan Chai MTR Station Exit A3) Updated: Rm 910

電話 Tel：2831 3289

傳真 Fax：3104 3660

觀塘藥房 Kwun Tong

九龍觀塘成業街10號

電訊一代廣場12樓C1舖 (觀塘港鐵站B1出口)

Shop C1, 12/F, TG Place,
10 Shing Yip Street, Kwun Tong, Kowloon
(Kwun Tong Station Exit B1)

電話 Tel：2116 4958

傳真 Fax：3104 3684

深水埗藥房 Sham Shui Po

九龍深水埗福榮街188號曉盈地下7號舖
(長沙灣港鐵站A2出口)

Shop 7, G/F, High One Grand,
188 Fuk Wing Street, Sham Shui Po, Kowloon
(Cheung Sha Wan Station Exit A2)

電話 Tel：2389 9456

傳真 Fax：3104 3621

火炭藥房 Shatin

新界沙田火炭山尾街18-24號

沙田商業中心9樓917室 (火炭港鐵站B出口)

Rm. 917, 9/F, Shatin Galleria,
18-24 Shan Mei Street, Fo Tan, N.T.
(Fo Tan Station Exit B)

電話 Tel：2116 1276

傳真 Fax：3104 3601

本資助計劃乃羅氏大藥廠香港有限公司支持。

M-HK-00001171 Valid until 4/18/2025 or until change is required in accordance with the regulatory requirements, whichever comes first.

聖雅各福群會
St. James' Settlement

惠澤社區藥房
Philanthropic Community Pharmacy

晚期/無法切除的肝細胞癌

食道胃十二指腸鏡檢查資助計劃

公營服務病人專用計劃

本小冊子是由聖雅各福群會惠澤社區藥房授權人士或醫護人員向獲醫生轉介的病人派發

有關你個人的治療情況，請諮詢你的醫生以作出準確的診斷，並提供合適的治療

申請資格

持有效
香港身份證

醫院管理局
病人

毋須資產審查

未曾接受全身系統性療程且晚期或無法切除的
肝細胞癌(HCC)成年患者

申請所需文件

- 香港身份證副本
- 銀行戶口號碼證明文件
  (如提款卡/月結單/銀行存摺首頁副本)
- 醫院管理局轄下醫院臨床腫瘤科或內科腫瘤科發出的食道胃十二指腸鏡檢查(Oesophago-Gastro-Duodenoscopy)轉介信
- 醫生填寫的資助計劃申請表

申請程序

1 集齊所須證明文件，電郵、WhatsApp或親身遞交至聖雅各福群會惠澤社區藥房進行審批。(聯絡資料見後頁)

2 獲通知成功申請人，可自行預約任何位於香港的私營醫療機構，進行食道胃十二指腸鏡檢查。完成檢查後，將**收據正本**郵寄或親身遞交至聖雅各福群會惠澤社區藥房。

3 收據必須在2023年4月17日後發出，申請人必須於收據發出**兩個月內**遞交，逾時將不獲補發。聖雅各福群會惠澤社區藥房所收取的收據正本一概不會發還給申請人。

4 聖雅各福群會惠澤社區藥房會以自動轉賬方式，將資助金額直接存入申請人的銀行戶口。

注意事項

- 計劃開始日期：**2023年4月17日**
- 獲資助之金額因單據上所顯示的費用而定，**最高資助金額為港幣$5,000**
- 每位合資格患者只可獲得一次資助
- 名額有限，先到先得
- 建議前往私營醫療機構接受檢查前，查詢收費及相關事宜

資助計劃申請表

申請人姓名: _____

醫療狀況 ：(必須符合以下全部條件)

☐ 晚期或無法切除的肝細胞癌　　☐ 未曾接受全身系統性療程

醫院： _____

醫生姓名： _____

醫生簽署： _____ **日期：** _____

備註

- 聖雅各福群會保留修改以上細則之權利，以及任何爭議的最終決定權。
- 本資助計劃乃羅氏大藥廠香港有限公司支持。聖雅各福群會或羅氏大藥廠香港有限公司有權隨時停止或更改資助的方式。