

全民健康保險治療巴金森病之特材「深層腦部刺激器(DBS)」特殊專案審查申請表

修訂日期：108.8.2

申請類別：		<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 送核補資料 <input type="checkbox"/> 申復 <input type="checkbox"/> 申復補資料		受理日期：			受理編號：			
醫療機構	名稱	保險對象	姓名	出生	原受理編號 (申復時填用)		預定實施日期			
	代號		身分證 統一編號	科別	<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院	病歷 號碼	申請醫師 身分證號			
國際疾病 分類代碼			疾病名稱							
特材代碼		申請類別	給付規定		用法 用量	申請 數量	保險人核定欄			
<input type="checkbox"/> FND01SC376M4 (刺激器-單側) <input type="checkbox"/> FND02PC376M4 (刺激器-雙側) <input type="checkbox"/> FND01DB364ST (刺激器-雙側) <input type="checkbox"/> FND033387SM4 (導線組-含導線及導線固定蓋) <input type="checkbox"/> FND0333879M4(導線) <input type="checkbox"/> FND03DL364ST(導線) <input type="checkbox"/> FND0337086M4(導線延長線) <input type="checkbox"/> FND03DE364ST(導線延長線) <input type="checkbox"/> FND0392425M4(導線固定蓋) <input type="checkbox"/> FND03DB373ST(導線固定蓋)		<input type="checkbox"/> 初次裝置 <input type="checkbox"/> 更換電池	詳『全民健康保險治療巴金森病之特材「深層腦部刺激器(DBS)」特殊專案審查檢附資料查檢表』				<input type="checkbox"/> 同意備查。 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 不符合給付規定之適應症。 <input type="checkbox"/> 補附資料再審，請補充以下資料 <input type="checkbox"/> 其他：			
注意 事項	1. 本申請書限一人一案，由本保險特約醫事服務機構填報，相關表單、病歷及佐證資料(含影像及錄影檔)，請以 PACS 上傳，不必備文，請醫事服務機構逕向所轄之保險人分區業務組申請審核。 2. 「原受理編號」申復時填寫，初次送核不須填寫。 3. 本案特材之審查歸屬專家小組特殊專案審查，不適用本標準第64條之規定及全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第25條之規定。 4. 應專案審查之項目，未依規定專案審查申請核准者，不予給付費用；專案審查申請核准之個案，日後如經審定保險對象或醫事服務機構有不符全民健康保險給付規定者，亦不予給付費用。 5. 對核定結果如有異議，得於收到核定通知之日起六十日內，重行填寫乙份申請書(應勾註申復，並填明原受理編號)向原核定單位申請複核。 6. 對複核結果如有異議，得於收到複核通知之日起六十日內向全民健康保險爭議審議會申請審議。 7. 對核定結果如有異議者，應循上述申復及爭議審議途徑申請複核或審議，不得以新個案重新申請送核，否則不予受理。						保險人		日期章戳	
	醫院	申請日期： 年 月 日				承辦人	複核	科長	決行	
醫事服務機構	印信	文號：								