附表二十七　全民健康保險眼科含 cyclosporine 製劑事前審查申請書

										□送核 □申覆	受理	日期	
												編號	
醫療機構	名稱		保險對象	姓名		出生	年　月　日	原受理編號			預定實施日期	年　月　日	
	代號			身分證 統一編號		科別		□ 門診　□ 住院	病歷號碼		申請醫師 姓名 身分證號		
診斷代碼 (必填)								使用日期	年　月　日至　年　月　日				

藥品代碼	申請類別	給付規定	用法用量	申請數量	保險人 核 定 欄
Restasis 項次:1 項目類別:1	□ 第一次申請 □ 治療後第次申請	□淚液分泌測試（Schirmer’s test without anesthesia）少於5mm/5min，需附檢查試紙 □淚膜崩裂時間（Tear Film Break-Up Time）小於或等於5秒 □彩色外眼照片及螢光染色之照片(顯示有嚴重角膜點狀上皮缺損，結膜充血染色且有絲狀角膜炎，角膜潰瘍，或眼瞼結膜粘連，角膜結膜角質化之情形) □曾使用局部抗發炎藥物或淚點塞或人工淚液未見改善 □續用條件—主述症狀改善：乾澀、畏光或產生眼睛分泌物 合併以下任一條件改善□淚眼分泌測試、□淚膜崩裂時間、□角膜病變-螢光染色照片、□結膜充血或結膜染色-症狀改善			□同意備查。 □　使用劑量不符合常規，核定量為 □不同意 □　不符合適應症。 □　不符給付規定。 □　相關檢驗、檢查報告不全補附資料再審，請補充以下資料 □　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，不必備文，請逕向保險人各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. 應事前審查之項目未依規定事前申請核准者，不予給付費用；事前申請核准之個案，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。
4. 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。
5. 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。
6. 對核定結果有異議者，應循上述申複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。
7. 保險醫事服務機構如因事出緊急，得以書面說明電傳保險人報備後，先行處理治療，並立即備齊應附文件備查。
8. 診斷代碼為必填欄位，並請依代碼勾選或自行鍵入(無代碼可勾選者)，且醫令申報本藥品時診斷代碼需相同。

保險人　　日期章戳

審查醫師	

醫事服務機構	負責醫師 印信	申請日期：　年　月　日 文號：	承辦人		複核		科長		決行	