附表三十之一全民健康保險使用陣發性夜間血紅素尿症治療藥品eculizumab、ravulizumab、crovalimab特殊專案審查申請表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請類別: | | | | □送核□補資料□申復□資料異動 | | | | | | | | 受理日期： | | | | 受理編號： | | | | | | | 緊急傳真日期： | | | | | | | |  |
| 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 |  | □門診□住院 | | | 病歷號碼 | |  | | | | 申請醫師身分證號 | | | |  | | | |  |
| ICD-10代碼 | | |  | | | | | 疾病名稱 | |  | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | |  |
| Soliris  □YC00016243  Ultomiris  □YC00045216  YC000452C3  Piasky  □YC00055212 | | | □第一次申請  □治療後再次申請續用 | | |  | | | | | | | |  |  | | □同意備查。  □使用劑量不符合常規，核定量為  □不同意  □不符合給付規定之適應症。  □未有佐證資料，排除其他原因引起之貧血。  □治療計畫未註明menigococcal vaccine(流行性腦脊髓膜炎疫苗)施打計畫。  □未附治療計劃(預計使用上述藥物之劑量及預計使用次數)  □相關檢驗、檢查報告不全(如影像診斷報告或生化檢驗數據)  □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，併附3份相關之病歷及佐證資料，不必備文，請逕向保險人臺北業務組申請審核。  2.本案藥品續用之申請，請於前次准用期限一個月前，向保險人臺北業務組申請審核，以免斷藥。  3.使用本項藥品前必須施打流行性腦脊髓膜炎疫苗，申請使用之治療計畫書必須含流行性腦脊髓膜炎疫苗施打計畫，申請續用時，請檢附最近一次流行性腦脊髓膜炎疫苗施打之資料供參。  4.原受理編號」申復時填寫，初次送核不須填寫。  5.本案藥品之審查歸屬專家小組特殊專案審查，不適用本標準第64條及第65條之規定。  6.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。  7.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。  8.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。  9.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。 | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 保險人日期章戳 | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 醫事服務機構 | | 醫院申請日期：年月日  印信 文號： | | | | | | | | | | | | | | | 承辦人 |  | | 複核 |  | | | 科長 | |  | | 決行 |  | | |