

「藥品給付規定」修訂對照表
 第 14 節 眼科製劑 Ophthalmic preparations
 (自 115 年 5 月 1 日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p>14.9.2. 新生血管抑制劑 (Anti-angiogenic agents) : ranibizumab (如 Lucentis)、 aflibercept (如 Eylea)、 faricimab (如 Vabysmo) (100/1/1、101/5/1、102/2/1、 103/8/1、104/5/1、105/2/1、 105/7/1、105/11/1、105/12/1、 106/4/1、106/12/1、108/4/1、 109/2/1、109/3/1、109/6/1、 109/12/1、112/2/1、112/3/1、 113/1/1、114/5/1、<u>115/5/1</u>)</p> <p>本類藥品使用須符合下列條件： 1. ~4. (略) 5. 限 ranibizumab、aflibercept 及 faricimab 擇一申請，且未曾申請給付 dexamethasone 眼後段植入劑者 (DME 及 CRVO 除外)、或 verteporfin(PCV)。另 faricimab 僅限用於 wAMD、DME、PCV、<u>CRVO 及 BRVO</u> 疾病；aflibercept 8mg 僅限用於 wAMD、DME 及 PCV 疾病。(109/2/1、109/3/1、113/1/1、114/5/1、<u>115/5/1</u>) 6. ~7. (略) 備註 1: DME、CRVO、CNV 及 BRVO 事前審查申請表以附表二十九之一。 (109/12/1、<u>115/5/1</u>)</p>	<p>14.9.2. 新生血管抑制劑 (Anti-angiogenic agents) : ranibizumab (如 Lucentis)、 aflibercept (如 Eylea)、 faricimab (如 Vabysmo) (100/1/1、101/5/1、102/2/1、 103/8/1、104/5/1、105/2/1、 105/7/1、105/11/1、105/12/1、 106/4/1、106/12/1、108/4/1、 109/2/1、109/3/1、109/6/1、 109/12/1、112/2/1、112/3/1、 113/1/1、114/5/1)</p> <p>本類藥品使用須符合下列條件： 1. ~4. (略) 5. 限 ranibizumab、aflibercept 及 faricimab 擇一申請，且未曾申請給付 dexamethasone 眼後段植入劑者 (DME 及 CRVO 除外)、或 verteporfin(PCV)。另 faricimab 僅限用於 wAMD、DME 及 PCV 疾病；aflibercept 8mg 僅限用於 wAMD、DME 及 PCV 疾病。(109/2/1、109/3/1、113/1/1、114/5/1) 6. ~7. (略) 備註 1: DME、CRVO、CNV 及 BRVO 事前審查申請表以附表二十九之一。 (109/12/1)</p>

備註 2:wAMD 及 PCV 事前審查申請表以附表二十九之二。(109/12/1、 <u>115/5/1</u>)	備註 2:wAMD 及 PCV 事前審查申請表以附表二十九之二。(109/12/1)
---	--

備註：劃線部份為新修訂之規定。

附表二十九之一 全民健康保險新生血管抑制劑(Anti-angiogenic agents) 事前審查申請表(DME、CRVO、CNV、BRVO)										<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 申覆		受 理	日期	
醫 療 機 構	名稱	保 險 對 象	姓名	出生 日期	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	<input type="checkbox"/> 門 診 <input type="checkbox"/> 住 院	病 歷 號 碼	申 請 醫 師 姓 名 身 分 證 號							
ICD-10-CM 代碼		<input type="checkbox"/> DME: _____ <input type="checkbox"/> CNV: _____ <input type="checkbox"/> CRVO: _____ <input type="checkbox"/> BRVO: _____						使用 日期	年 月 日至 年 月 日					
藥品名稱及代碼	申請適應症、類別及數量			檢附資料				用法 用量	健 保 署 核 定 欄					
<input type="checkbox"/> ranibizumab <input type="checkbox"/> aflibercept <input type="checkbox"/> faricimab	<input type="checkbox"/> DME：限 ranibizumab、 aflibercept 及 faricimab 擇 一申請。第一次申請以 5 支為 限，每眼上限為 14 支，須於 第一次申請核准後 5 年內使用 完畢 <input type="checkbox"/> 第一次申請(支) <input type="checkbox"/> 第 次申請(支) <input type="checkbox"/> 第 次申復 <input type="checkbox"/> CNV：限 ranibizumab 及 aflibercept 擇一申請。申請 以一次為限，每眼最多給付 3 支，申請核准後有效期限為 5 年。			<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼 1、 病眼最佳矯正視力： 2、 1個月內有效之 <input type="checkbox"/> fluorescein angiography (FAG) <input type="checkbox"/> optical coherence tomography (OCT) <input type="checkbox"/> 彩色眼底照片 3、 DME需另行檢附： <input type="checkbox"/> 中央視網膜厚度： μm <input type="checkbox"/> 近 3 個月之 HbA1c 數值： _____				<input type="checkbox"/> 同意備查。 <input type="checkbox"/> 使用劑量不符合常規，核定量為_____ <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 不符合適應症。 <input type="checkbox"/> 不符給付規定。 <input type="checkbox"/> 下列需排除之情況未排除： <input type="checkbox"/> 相關檢驗、檢查報告不全，補附資料再審，請 補充以下資料：						

	<input type="checkbox"/> CRVO：限 ranibizumab、 aflibercept 及 faricimab 擇 一申請，且未曾申請給付 dexamethasone 眼後段植入劑 者。第一次申請以 5 支為限， 每眼上限為 14 支，須於第一 次申請核准後 5 年內使用完畢 <input type="checkbox"/> 第一次申請(支) <input type="checkbox"/> 第__次申請(支) <input type="checkbox"/> 第__次申復 <input type="checkbox"/> BRVO：限 ranibizumab、 aflibercept 及 faricimab 擇 一申請。第一次申請以 3 支為 限，每眼上限為 9 支，須於第 一次申請核准後 5 年內使用完 畢 <input type="checkbox"/> 第一次申請(支) <input type="checkbox"/> 第__次申請(支) <input type="checkbox"/> 第__次申復	4、 CRVO、BRVO需另行檢附： <input type="checkbox"/> 中央視網膜厚度： _____ μm 5、 CNV需另行檢附： <input type="checkbox"/> 近視度數_____。 <input type="checkbox"/> 眼軸長_____mm。 <input type="checkbox"/> 因 CNV 病變而導致動態滲漏 或中央視網膜內或視網膜下 液。 6、 前次申請資料(已核准1次之 後申請者)		<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，不必備文，請逕向健保署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保爭議審議委			衛生福利部中央健康保險署 日期章戳	

	<p>員會申請審議。</p> <p>6. 對核定結果有異議者，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。</p> <p>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。</p> <p>8. 經核准使用者，醫令申報請選擇符合適應症之 ICD-10-CM 代碼申報，以利檢討及統計。</p>							
<p>醫事 服務 機構</p>	<p>負責醫師</p> <p>印信</p>	<p>申請日期： 年 月 日</p> <p>文號：</p>	<p>承 辦 人</p>		<p>複 核</p>	<p>科 長</p>		

附表二十九之二全民健康保險新生血管抑制劑(Anti-angiogenic agents)										<input type="checkbox"/> 送核		受	日期		
事前審查申請表(wAMD、PCV)										<input type="checkbox"/> 申覆		理	編號		
醫療機構	名稱		保險對象	姓名		出生日期	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	<input type="checkbox"/> 門診	<input type="checkbox"/> 住院	病歷號碼	申請醫師姓名		身分證號			
ICD-10-CM 代碼		<input type="checkbox"/> wAMD: _____ <input type="checkbox"/> PCV: _____					使用日期		年 月 日至 年 月 日						
藥品名稱及代碼		申請適應症、類別及數量			檢附資料			用法用量		健保署核定欄					
<input type="checkbox"/> ranibizumab <input type="checkbox"/> aflibercept <input type="checkbox"/> verteporfin <input type="checkbox"/> faricimab		<input type="checkbox"/> wAMD: 限 ranibizumab、aflibercept 及 faricimab 擇一申請。第一次申請時以 8 支為限，第二次申請為 3 支，第三次申請 3 支，每眼給付以 14 支為限，須於第一次申請核准後 5 年內使用完畢 <input type="checkbox"/> 第一次申請(支) <input type="checkbox"/> 第 次申請(支) <input type="checkbox"/> 第 次申請(支) <input type="checkbox"/> 第 次申請(支) <input type="checkbox"/> 第 次申復(支) <input type="checkbox"/> PCV: 限 verteporfin、aflibercept、ranibizumab 及 faricimab 擇一申請。verteporfin 每次申請給付 1 支，每眼上限為 3 支；aflibercept、ranibizumab 及 faricimab 第一次申請時以 8			<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼 第一次: 1. 申請前一個月內有效之矯正視力(介於0.05-0.5(含)之間) 2. 彩色眼底照片 3. Fluorescein angiography (FAG) 4. Optical coherence tomography (OCT) 5. Indocyanone green angiography (ICGA), PCV患者檢附。 6. 相關病歷紀錄資料 第二次以後:需檢附先前之完整申請資料 1. 申請前一個月內有效之矯正視力(介於0.05-0.5(含)之間)			<input type="checkbox"/> 同意備查。 <input type="checkbox"/> 使用劑量不符合常規，核定量為_____ <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 不符合適應症。 <input type="checkbox"/> 不符給付規定。 <input type="checkbox"/> 下列需排除之情況未排除： <input type="checkbox"/> 相關檢驗、檢查報告不全，補附資料再審，請補充以下資料： <input type="checkbox"/> 其他：							

	支為限，第二次申請為 3 支，第三次申請 3 支，每眼給付以 14 支為限 <input type="checkbox"/> 第一次申請(支) <input type="checkbox"/> 第__次申請(支) <input type="checkbox"/> 第__次申請(支) <input type="checkbox"/> 第__次申請(支) <input type="checkbox"/> 第__次申復(支)	2. 彩色眼底照片 3. OCT(或OCTA) 4. 相關病歷紀錄資料 5. ICGA、FAG事前審查時要求補附才需檢附。							
注意事項	<ol style="list-style-type: none"> 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，請逕向健保署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保爭議審議委員會申請審議。 6. 對核定結果有異議者，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。 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. 經核准使用者，醫令申報請選擇符合適應症之 ICD-10-CM 代碼申報，以利檢討及統計。 			衛生福利部中央健康保險署 日期章戳					
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		