

財團法人彰化基督教醫院 人工水晶體自付差額同意書

*** 基本資料**

病人病歷號碼：_____ 男 女
 病人姓名：_____ 床 號：_____
 病人出生日期：民國_____年_____月_____日 治療負責醫師：_____

患者係以全民健康保險身份就醫，現因醫療需要且符合健保局已納入給付同類特殊材料之適應症及使用規範，經醫師詳細說明並充分了解後，自願使用較昂貴且未納入全民健康保險給付範圍之項目，為減少保險對象之負擔，由健保局按已納入給付同類特殊材料之支付金額支付（詳如下表），其餘差額同意由立同意書人負擔。

患者要求使用自付差額之自費治療項目為 衛材，其項目名稱：

特材品名	特材代碼	醫院 單價 (A)	健保 給付 價(B)	差額 A-B	數量 C	保險對象 負擔費用 =C*(A-B)
愛爾康式然銳視單片型人工水晶體	FALSNMULT2A1	62,901	2,744	60,157		
非球面黃色水晶體#SN60WF (Alcon) 6.0~30.0	FALSNWAVE1A1	32,744	2,744	30,000		
Foldable IOL #Tecnis ZA9003	FALSNWAVE2A2	29,901	2,744	27,157		
ReZoom#NXG1 回視明多焦點人工水晶體	FALSNMULT1A2	62,901	2,744	60,157		
Tecnics 前導波多焦點人工晶體 ZM900	FALSNMULT3A2	62,901	2,744	60,157		
ASPHERIC INJECTABLE ACRYLIC LENS INJECTION SYSTEM 銳能非球面推注式人 工水晶體 970C&920H	FALSNWAVE1RY	31,901	2,744	29,157		
AcrySof Toric Single-Piecece Natural Intraocular Lens 愛爾康 可舒視立明單片型人工水晶體	FALSNTORC1A1	47,744	2,744	45,000		
福來視(Tetraflex) 多焦點軟式人工水晶體	FALSNMULT1LS	47,901	2,744	45,157		
T-FLEX TORIC INJECTABLE ACRYLIC LENS INJECTION SYSTEM(銳能環明散光推注 式人工水晶體 573T&623T)	FALSNTORC1RY	44,901	2,744	42,157		
TECNIS 1-piece Acrylic Intraocular Lens 添視明單片型折疊式人工水晶體	FALSNWAVE4A2	31,901	2,744	29,157		



就本件同意書所列各自費項目之金額，可能因價格變動等因素，而與批價時之金額有所不同，故前開各自費項目之實際金額，仍須以批價時之金額為準。

此致

財團法人彰化基督教醫院

立同意書人簽名：

關係：病患之

立同意書人身份證字號：

住址：

電話：

日期：民國 年 月 日

時間： 時 分

附註：

- 一、依據全民健康保險法第 39 條第 12 款：「其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品之費用，不在本保險給付範圍」之規定辦理。
- 二、立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。
- 三、若病患本人為未成年者，須由法定代理人代簽。

