

財團法人彰化基督教醫院雲林分院自費項目價目表

【健保法第 39 條健保不給付範圍】

品項名稱	規格/數量	廠牌	收費明細	備註
門診掛號費			80 元	1. 慢性病連續處方 簽免收 2. 70 歲以上 40 元
急診掛號費			250 元	
急診基本部份負擔			300 元	
牙科門診基本部份負擔			50 元	
門診部分負擔			240 元	1. 持轉診單就醫者 140 元。 2. 門診手術後及 住院患者出院後 7 日內之一次回 診 視同轉診。
藥品部份負擔			每 100 元加 收 20 元	1001 元以上均收 200 元。
復健物理治療第二次~第六次部份負擔			每次 50 元	
住院部分負擔			10%-30%	1-30 日 10% 31-60 日 20% 61 日以上 30%
呼吸照護病房生活照護費			800/每日	
男性結紮			5000	
女性結紮			5000	
避孕器取出			200-800	門診 300 開刀房 1000
裝置避孕器			1500	
住院普通伙食費(天)			150	

【健保法第 39 條健保不給付範圍】

品項名稱	規格數量	廠牌	收費明細	備註
住院普通伙食費(早)			30	
住院普通伙食費(午)			60	
住院普通伙食費(晚)			60	
住院治療伙食費(天)			180	
住院治療伙食費(早)			36	
住院治療伙食費(午)			72	
住院治療伙食費(晚)			72	
術後自控式止痛			5000 元	
病房差額(雙人)			1200	
病房差額(單人)			2000	
病歷複製費/張			10 元	
病歷複製費/本			200 元	
X 光片 COPY			200 元	
COPYX-rayfilm inCDR			200 元	
診斷書(非訴訟用)			100 元	副本 50 元
診斷書(訴訟用)			1000 元	

製表日期 104 年 10 月 21 日

【健保法第 39 條健保不給付範圍】

品項名稱	規格/ 數量	廠牌	收費明細	備註
醫院診斷證明書(兵役專用)			500 元	
公勞農保殘廢證明書			500 元	
重大傷病申請書			120 元	
英文診斷書			100 元	
中英文死亡證明書			50 元	3 張以內免費，第 4 張起每張 50 元
救護車特別護士費			依里程	
救護車費			依里程	
子宮頸疫苗			3500	
B 肝疫苗			350	
成人肺炎鏈球菌疫苗			1200	
小兒肺炎鏈球菌疫苗			3200	
RotarixVaccine			2500	
流感疫苗			450 元	
齒溝封填劑	顆		1,000	
Tooth bleaching (each visit)	顆		1,500	
Nightguard vital bleaching (special)	副		20,000	
MTA (Mineral Trioxide Aggregate)(A)	次		1,000	
MTA(Mineral Trioxide Aggregate)(B)	次		2,000	
MTA(Mineral Trioxide Aggregate)(C)	次		6,000	
Micro-endodoneics(A)	次		3,000	
Micro-endodoneics(B)	次		7,000	

【健保法第 39 條健保不給付範圍】

品項名稱	規格/ 數量	廠牌	收費明細	備註
Micro-endodoneics(C)	次		12,000	
Sand blast (simple)	次		2,000	
Sand blast (complex)	次		3,000	
Free gingival graft	次		5,000	
Bone graft (自體骨)	次		4,000	
Demineralized freezed dry bone graft 0.25gm	次		7,000	
Demineralized freezed dry bone graft 0.5gm	次		8,000	
Laterlly repositioned flap	次		5,000	
GTR MEMBRANE-SINGLE TOOTH	次		7,000	
GTR MEMBRANE-WRAPAROUND	次		8,000	
GTR MEMBRANE-WRAPAROUND INTERPROXIMAL	次		9,000	
GTR MEMBRANE-GTAM	次		10,000	
Fluoride carrier	次		3,000	
Crown lengthening	次		6,000	
Bilateral wrought wire denture	副		6,500	
Complete Denture (One Jaw) -1 Simple	副		20,000	
Complete Denture (One Jaw) -2 Regular	副		25,000	
Complete Denture (One Jaw) -3 Special	副		30,000	
Complete denture 金屬板 A(另加)	副		10,000	
Complete denture 金屬板 B(另加)	副		20,000	
Complete denture 金屬板 C(另加)	副		30,000	
Casting partial denture, 彈性牙床(單顆)	副		7,000	

【健保法第 39 條健保不給付範圍】

品項名稱	規格/ 數量	廠牌	收費明細	備註
Casting partial denture, 彈性牙床 (1<tooth<7 /每增加一顆)	顆		1,000	
Casting partial dentureA	副		20,000	
Casting partial dentureB	副		25,000	
Casting partial denture C	副		30,000	
Full immediate denture (one jaw)	副		10,000	
Casting crown A	顆		6,500	
Casting crown B	顆		8,500	
Casting crown C	顆		10,000	
Casting crown, gold alloy with fused	顆		12,000	
Casting crown, gold alloy with fused	顆		15,000	
Full porcelain crown	顆		15,000	
Full porcelain crown (cercon)	顆		20,000	
Temporary crown c prep	顆		2,500	
Core post	顆		1,000	
Casting Core 代用銀	顆		1,200	
Casting Core Gold	顆		4,000	
Casting core-all ceramic	顆		5,000	
fiber post	顆		2,000	
copping	顆		6,000	
Porcelain; veneer	顆		12,000	
Telescopic inner crown	顆		7,000	
Implant; treatment plan & surgical stent	顆		5,000	

【健保法第 39 條健保不給付範圍】

品項名稱	規格/ 數量	廠牌	收費明細	備註
Implant; treatment plan & surgical stent total edentulous	顆		10,000	
Implant body; each	顆		35,000	
Abutment connection; surgical	顆		5,000	
Single crown each (implant)	顆		30,000	
implant prosthesis with casting abument	顆		40,000	
implant prosthesis - all ceramic	顆		50,000	
temporary crown for implant(each)	顆		10,000	
Implant support overdenture; one arch	顆		40,000	
Precision attachment for implant prosthesis	顆		10,000	
Change ERA male	次		1,500	
Sinus lift (unilateral) material fee 另計	次		15,000	
GTR (a) 一般	次		10,000	
GTR (b) 中度	次		15,000	
GTR (c) 複雜	次		20,000	
Bone graft only (0.5mg)	次		5,000	
Implant (Fixture A)	次		40,000	
Implant fixed prosthesis	顆		30,000	
vestibuloplasty 1/2 jaw	次		10,000	
vestibuloplasty one jaw	次		20,000	
Ridge augmentation; 1/2 jaw	次		10,000	
Ridge augmentation; one jaw	次		20,000	
矯正錨定用骨釘	次		6,000	

【健保法第 39 條健保不給付範圍】

品項名稱	規格/ 數量	廠牌	收費明細	備註
OBTURATOR WITH DENTURE PARTIAL	次		10,000	
OBTURATOR WITH DENTURE FULL	次		20,000	
Removable appliance (A)	類		4,000	
Removable appliance (B)	類		6,000	
Removable appliance (C)	類		8,000	
Removable appliance (D)	類		10,000	
Orthodontic records (A)	次		3,000	
Orthodontic records (B)	次		4,000	
Rebonding bracket	類		600	
Lost or broken Hawley	類		2,000	
Fix Space maintainer (Bilateral)	類		5,000	
Porcelain Bracket	類		5,000	
Periapical radiography	次		120	
Bite-wing radiography	次		120	
Occlusal radiography	次		200	
Panoramic radiography	次		800	
Cephalometric radiography	次		800	
Take TMJ x-ray	次		800	
General examination	次		200	
Impression examination	次		600	
乳牙後牙金鋼牙套	類		3,000	
乳牙前牙美觀性樹脂牙套	類		3,000	

【健保法第 39 條健保不給付範圍】

品項名稱	規格/ 數量	廠牌	收費明細	備註
恆牙前牙美觀性樹脂牙套	顆		3,500	
恆牙後牙金鋼牙套	顆		3,500	
乳牙義齒	副		10,000	

製表日期 104 年 10 月 21 日

【行政院衛生署公告健保部分給付】

品項名稱	規格/數量	廠牌	收費金額(保險對象自付部分)	備註
愛爾康式然銳視單片型人工水晶體	EA	愛爾康 Alcon	63000	
銳能非球面推注式人工水晶體 970C&920H	EA	Rayner	30000	
愛爾康可舒視立明單片型人工水晶體	EA	愛爾康 Alcon	47843	
銳能環明散光推注式人工水晶體 573T&623T	EA	Biolitec	45000	
添視明單片型折疊式人工水晶體	EA	眼力健 AMO	30000	

製表日期 104 年 10 月 21 日