

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人 114 年 3 月 4 日門診就醫自付之醫療費用計新臺幣 1 萬 1,500 元部分申請審議不受理。</p> <p>二、其餘申請審議駁回。</p>
事 實	<p>一、就醫地點：○診所、○大學醫學院附設醫院○分院。</p> <p>二、就醫情形：以自費身分於 114 年 3 月 3 日及 4 日計 2 次門診。</p> <p>三、醫療費用：計 2 萬 1,105 元。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>(一) 申請(收據)金額：2 萬 1,105 元。</p> <p>(二) 不給付金額 1 萬 6,476 元：</p> <p>1. 掛號費 100 元。</p> <p>2. 收據與健保醫令費用差額 1,426 元(如附表)。</p> <p>3. 自費檢查 1 萬 4,950 元：磁振頭部攝影為非必要檢查。</p> <p>(三) 部分負擔費用 540 元。</p> <p>(四) 核付費用金額：4,089 元(21,105 元-16,476 元-540 元=4,089 元)。</p> <p>五、申請人主張其因健保卡遺失而自費就診，經主治醫師診察後，認為有必要安排 MRI 檢查，並明確告知此檢查為健保給付項目，無需自費，嗣後補辦健保卡向健保署申請退費，該項目卻遭拒絕等語，就未准核退之費用計 1 萬 6,476 元部分不服，向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款。</p> <p>(二) 全民健康保險法第 40 條第 1 項、第 51 條第 10 款及第 55 條第 4 款。</p> <p>(三) 全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 6 條第 1 項第 1 款。</p> <p>(四) 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第二節診療項目「磁振造影-有造影劑」(編號 33085B)之支付規範。</p> <p>二、本件經綜整卷附「押單收據」、「門診醫療費用收據」、門診醫令明細列表、健保署意見書及補充意見，查核分述如下：</p> <p>(一) 關於醫療費用 1 萬 1,500 元部分</p> <p>此部分醫療費用申請人於 114 年 8 月 6 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新審查核定，同意按前揭支付標準診療項目「磁振造影-有造影劑」(編號 33085B)之支付點數，補核退 1 萬 1,500 元，並於 114 年 11 月 6 日以受理號碼○全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書核退在案，則此部分申請爭議審議標的已不存在。</p> <p>(二) 關於其餘未准核退之醫療費用 4,976 元部分</p>

	<p>此部分係本保險不給付項目之掛號費(114年3月4日)100元及申請人114年3月3日及4日計2次門診費用收據與健保醫令費用差額計4,876元[含原核定認定醫令差額1,426元及補付磁振造影檢查費用1萬1,500元後之醫令差額3,450元(14,950元-11,500元=3,450元)]，健保署未准核退，於法並無不合。</p> <p>三、綜上，原核定關於重新核定核退醫療費用計1萬1,500元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘醫療費用計4,976元部分，健保署未准核退，並無不合，原核定關於此部分應予維持。</p> <p>據上論結，本件申請為部分不受理，部分無理由，爰依全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第18條第1項第4款暨第19條第1項規定，審定如主文。</p>
--	--

中 華 民 國 114 年 12 月 22 日

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起30日內向衛生福利部(臺北市南港區忠孝東路6段488號)提起訴願。

相關法令：

一、全民健康保險爭議事項審議辦法第18條第1項第4款

「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：四、原核定通知已不存在。」

二、全民健康保險法第40條第1項

「保險對象發生疾病、傷害事故或生育時，保險醫事服務機構提供保險醫療服務，應依第二項訂定之醫療辦法、第四十一條第一項、第二項訂定之醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準之規定辦理。」

三、全民健康保險法第51條第10款

「下列項目不列入本保險給付範圍：十、病人交通、掛號、證明文件。」

四、全民健康保險法第55條第4款

「保險對象有下列情形之一者，得向保險人申請核退自墊醫療費用：四、保險對象於保險醫事服務機構診療或分娩，因不可歸責於保險對象之事由，致自墊醫療費用。」

五、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第6條第1項第1款

「保險人審查結果，認應核退醫療費用時，應依下列規定及基準辦理：一、發生於臺灣地區內之案件：由保險人依本保險醫療費用審查、支付、給付及自行負擔費用等有關規定辦理核退。」

六、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第二節診療項目「磁共振造影-有造影劑」（編號33085B）之支付規範

「支付點數：11,500；1. 本項須限經保險人同意之醫療院所實施。2. 申報費用時必須附上報告結果。」

[附表]

單位：元

就醫日期	收據費用項目	明細	自費金額	健保醫令費用	差額
114/3/3	押金	門診診察費、藥費、藥事服務費	400	325 (220+66+39=325)	75
114/3/4	藥費	Neuquinon、Methycobal、Smecta、Tofranil、Rivotril、Lyrica、Diphenidol	2,128	1,591	537
	治療處置費	治療處置費	1,521	2,324	697
	檢查檢驗費	腦幹聽覺誘發電位檢查、面神經刺激檢查、瞬眼反應、肌酸酐（血液）	1,500		
	診察費	門診診察費	398	306	92
	藥事服務費	藥事服務費	108	83	25
小計			6,055	4,629	1,426