

| 寶建醫療社團法人寶建醫院「細胞治療項目」收費一覽表    |      |                |                     |                                                              |
|------------------------------|------|----------------|---------------------|--------------------------------------------------------------|
| 品項名稱                         | 自費金額 | 適應症            | 計畫核准期間              | 核准字號                                                         |
| ※說明：依據衛福部核准特管辦法細胞治療技術施行計畫辦理。 |      |                |                     |                                                              |
| 自體軟骨細胞(層片)移植治療               | 85萬元 | 膝關節軟骨缺損        | 111/12/19-114/12/17 | 衛部醫字第1111669031號<br>屏府授衛醫字第11231614600號                      |
| 自體脂肪幹細胞移植治療-單膝               | 31萬元 | 退化性關節炎及膝關節軟骨缺損 | 112/11/09-115/11/08 | 衛部醫字第1121670515號<br>屏衛醫字第11330516700號<br>屏府授衛醫字第11330511300號 |
| 自體脂肪幹細胞移植治療-雙膝               | 32萬元 |                |                     |                                                              |

※若有收費標準異動者，以實際計價當時之價格為準。

113.02修訂

