

문서번호: 33-24

발 행: 2018.05.02

수 신: 병(의)원장

참 조: 진단검사의학과, 원무관련부서, 외부수탁담당자

제 목: Chromogranin A (CgA) 검사 포함 3 항목 보험정보 변경 안내

1. 귀 원의 무궁한 발전을 기원하며 아울러 저희 삼광의료재단을 이용해 주셔서 깊이 감사 드립니다.

2. 아래와 같이 검사정보가 변경되어 알려드리오니 병원업무 및 환자진료에 참고하시기 바랍니다.

◦ Chromogranin A (CgA) 검사 포함 3 항목 보험정보 변경 안내

검사정보 변경

검사명	검사정보		비고
	변경전	변경후	
Chromogranin A (CgA) (SML code: 01538)	<u>보험정보:</u> 신의료비급여 / 72,100 원	<u>보험정보:</u> 누 447 D4470003 (642.05) 52,260 원	◦보험정보 변경 (보건복지부 고시 제2018-84 호 의거) ◦적용일자: 2018 년5 월1 일 접수분부터
EGFR gene mutation (Real-time PCR) (SML code: 27645)	<u>보험정보:</u> 신의료비급여 / 400,000 원	<u>보험정보:</u> 나 583 나(1) C583119C (1468.7) 119,550 원	◦보험정보 변경 (보건복지부 고시 제2018-88 호 의거) ◦적용일자: 2018 년5 월1 일 접수분부터
Candida albicans PCR (SML code: 42696)	<u>보험정보:</u> 비보험 / 32,750 원	<u>보험정보:</u> 누 623 가 D623103C (402.35) 32,750 원	

끝