

CAD/CAM冠のご案内

2014年4月1日の保険診療報酬改定に伴い、CAD/CAM冠が保険適用となりました。つきましては、下記の注意事項をお読みの上、ご発注いただけますようお願いいたします。

必要書類及び手続について

必要書類	CAD/CAM冠の施設基準届出書添付書類（様式50の2） 特掲診療料の施設基準に係る届出書（別添2）
提出先	関東信越厚生局 窓口持参及び郵送にて申請をお願いいたします（正副2通）。 ※毎月月末までのご提出分は翌月より算定可 ※7月中提出分は8月より算定可。

CAD/CAM冠の臨床への応用

適応症例	小臼歯に対しての全部被覆冠(単冠のみ)	
プレパレーションガイド		<p>・軸面や咬合面側は鋭角な部分のないよう、丸みを帯びた形成が推奨とされています。</p> <p>・ジャンプマージン(遊離エナメル)、ナイフエッジ、凹んだショルダー、鋭角なショルダー、アンダーカットや、グループ、ホールなどの補助的形態は計測、加工に適しておりません。</p> <p>・1.5mm以上のクリアランスを必要とします。</p>

調整について

納品後の形態調整に関しましては、下記のポイントをご使用ください。



接着について

CAD/CAM冠の合着には、**接着性レジンセメント**をご使用ください。また、下記の**内面及び歯面への前処理**も必ず行っていただけますようお願いいたします。

- ・内面へのアルミナサンドブラスト処理
- ・内面へのプライマー塗布によるシランカップリング処理
- ・歯面へのプライマー塗布によるエッチング処理

推奨される接着性レジンセメント

- ・レジセム(松風)
- ・ジーセム リンクエース(GC)

シェードについて

A1, A2, A3, A3.5, B3

価格

CAD/CAM冠-¥9,000 CAD/CAM冠 材料-¥3,500 **合計¥12,500** ※左記価格は1本あたりの価格でございます。

納期について

中6日 日曜・祝日・社休日・受注日・納品日を除く。 ※お急ぎの症例に関しましては、各営業員にご相談ください。

再製作について

再製作にかかる材料代(CAD/CAM冠ブロック)につきましてはご負担いただきたく、何卒ご理解の程賜りますようお願い申し上げます。

CAD/CAM冠の施設基準届出書添付書類

1 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴(経験年数を含む。)

2 当該療養に係る歯科技工士の氏名等

氏名	備考
池田 健司	株式会社サプライ
阿部 誠	株式会社サプライ

3 当該療養に係る医療機関の体制状況等

	概要	
使用する 歯科用CAD /CAM装置	医療機器届出番号	①36B3X10001000020 (CAD) ②22B3X10006000020 (CAM)
	製品名	①デンタルラボシステム-3D スキャナ ②歯科用CAD/CAMマシン DWX-50
	製造販売業者名	①株式会社デンタス ②ローランド ディー. ジー. 株式会社
	特記事項	
その他 (特記事項)		

[記載上の注意]

- 歯科技工士が院内に配置されていない場合については、当該療養につき、保険医療機関と連携を行う歯科技工所名を「2」の備考欄に記載するとともに当該歯科技工所の歯科技工士名を記載すること。
- 「3」の使用する歯科用CAD/CAM装置については、装置の医療機器製造販売届出番号、製品名、製造販売業者名等を記載すること。

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード		届出番号	(歯CAD) 第	号
連絡先 担当者氏名: 電話番号:				
(届出事項) [CAD/CAM冠] の施設基準に係る届出				
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。				
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。				
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。				
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。				
標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。				
平成 年 月 日				
保険医療機関の所在地 及び名称				
			開設者名	印
関東信越厚生局長 殿				
備考1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。				
2 □には、適合する場合「レ」を記入すること。				
3 届出書は、正副2通提出のこと。				