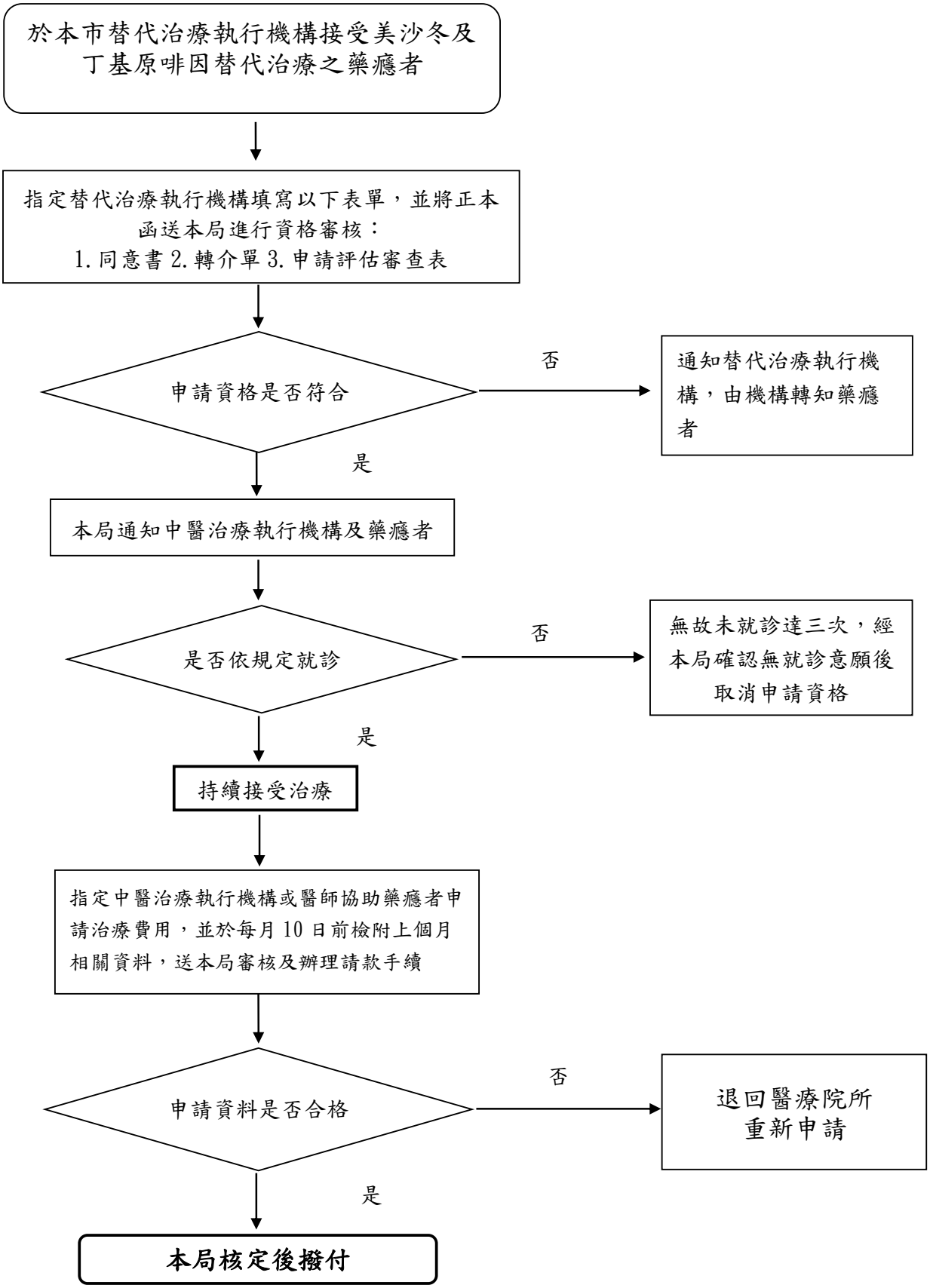
表一：服務流程圖


於本市替代治療執行機構接受美沙冬及丁基原啡因替代治療之藥癮者
指定替代治療執行機構填寫以下表單，並將正本函送本局進行資格審核：
1.同意書 2.轉介單 3.申請評估審查表
申請資格是否符合
否
通知替代治療執行機構，由機構轉知藥癮者
是
本局通知中醫治療執行機構及藥癮者
是否依規定就診
否
無故未就診達三次，經本局確認無就診意願後取消申請資格
是
持續接受治療
指定中醫治療執行機構或醫師協助藥癮者申請治療費用，並於每月10日前檢附上個月相關資料，送本局審核及辦理請款手續
申請資料是否合格
否
退回醫療院所重新申請
是
本局核定後撥付