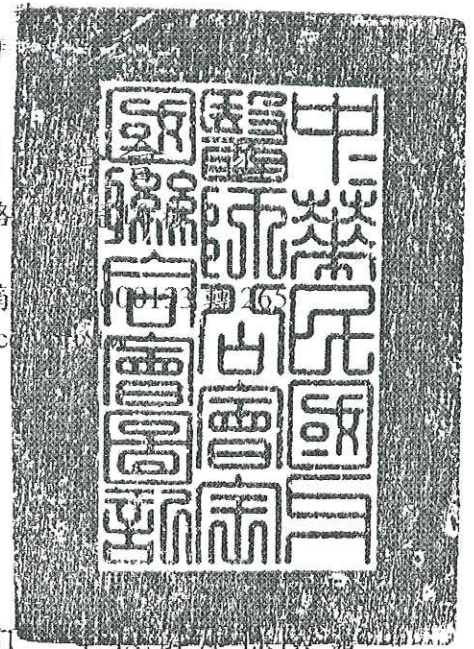


全國牙醫師公會中華民國法人社團

地址：台北市復興北路
傳真：(02)25000126
聯絡人及電話：潘佩筠
電子郵件信箱：ppy@c



受文者：詳如正、副本收受者

發文日期：中華民國 107 年 2 月 8 日

發文字號：牙全廷字第 0952 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明段

主旨：函轉衛生福利部中央健康保險署書函，修訂「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分規定，並自 107 年 3 月 1 日施行，詳如附件，敬請周知會員，請查照。

說明：

- 一、本會 107 年 1 月 10 日牙全廷字第 0837 號諒達。
- 二、函轉衛生福利部中央健康保險署 107 年 2 月 2 日健保審字第 1070034803A 號書函，檢送有關「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分修正規定。本次僅刪除贅字、修正英文大小寫及紅斑性狼瘡之英文，語句原意未更動。
- 三、上述公告修正內容電子檔已刊登於本會網站，供會員自行下載。本會網址：www.cda.org.tw；路徑：法規資料庫 > 全民健保總額相關法規 > 總額相關法規。

正本：各縣市牙醫師公會

副本：牙醫門診醫療服務審查執行會六區審查分會



延尚辦事

本業依照分層負責規定
授權 主委決行

牙醫門診醫療
服務審查執行會

簽名

光
3/2

107.2.4	收文
<input type="checkbox"/> 存查	<input checked="" type="checkbox"/> 轉知
PO	擬
授權	簽
光	名

「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分修正規定

107.3.1 生效

第三部 牙醫醫療費用審查注意事項

陸、口腔外科：(101/2/1)

五 (原三十四)、拔牙後單純傷口處置(92001C 非特定局部治療)及拆線(92005C)為同一療程。(107/2/1)(107/3/1)

十一、申報92073C(口腔黏膜難症特別處置)須經臨床特徵或病理報告確診為特殊口腔黏膜難症疾病患者。(107/2/1)(107/3/1)

例如：口腔黏膜下層纖維化症(Oral submucous fibrosis)導致反覆性潰瘍、口腔黏膜類天疱瘡(Oral pemphigoid)、口腔扁平苔蘚(Oral lichen planus)、紅斑性狼瘡(Lupus erythematosus)、念珠菌口炎(Oral candidiasis)、類扁平苔蘚病灶 (Lichenoid lesion)，全身性疾病導致之口腔潰瘍或疼痛等。

中華民國
衛生部
醫事司
醫事科