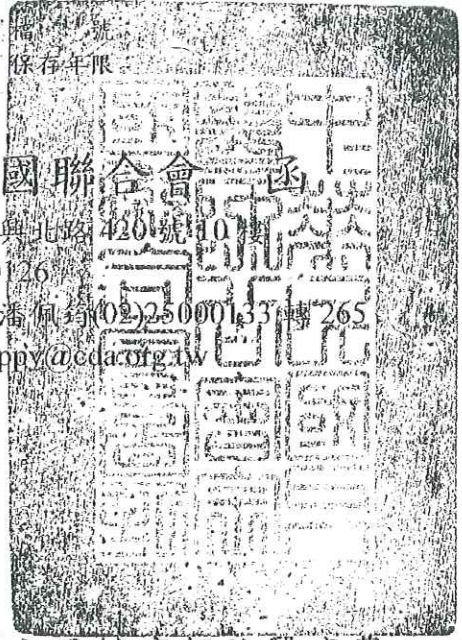




社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

地址：台北市復興北路420號10樓
傳真：(02)25000126
聯絡人及電話：潘佩鈞(02)25000133 轉 265
電子郵件信箱：ppv@cda.org.tw

受文者：詳如正、副本收受者

發文日期：中華民國 107 年 3 月 27 日

發文字號：牙全廷字第 1131 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公告「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」其回推倍數上限值及隨機抽樣案件數計算方式，自 107 年 4 月 1 日(費用年月)起生效，敬請周知會員，請 查照。

說明：依據衛生福利部中央健康保險署中華民國 107 年 3 月 15 日健保審字第 1070035055 號公告，詳附件。

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

牙醫全聯會
校對章(262)

理事長 謝尚廷

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門診醫療服務審查執行會 主委決行

107.4.2	收文
☐ 存查	☒ 轉知
PO 網	擬辦
煒 2018 6408	簽名

1529