

牙醫門診醫療服務南區審查分會



地址：台南市永康區中華路 196 之 14 號 10 樓
傳真：(06)3123202
聯絡人及電話：(06)3122908 藍于琇
電子郵件信箱：dent-sb@dentalways.org.tw

受文者：如正本

發文日期：中華民國 107 年 11 月 13 日
發文字號：南牙聯委字第 3099 號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關「前牙及後牙雙鄰接面複合樹脂充填」申報注意事項，詳如說明，
敬請 周知會員醫師知悉。

說明：

- 一、有關「前牙及後牙雙鄰接面複合樹脂充填」申報注意事項：
 1. 申報時以牙齒為單位，近心及遠心皆需有鄰牙，病歷請書寫清楚。
 2. 前牙雙鄰接面必須包含鄰接面 Mesial、Distal 及其他任一面。
 3. 後牙雙鄰接面必須包含鄰接面 Mesial、Distal 及 Occlusal。
 4. 若是第三大白齒兩側無鄰接牙，至多以三面申報。
- 二、自費用年月 108 年 1 月起未依上述說明申報，審查時將逕行核刪。

107.11.21	收
<input type="checkbox"/>	查
<input checked="" type="checkbox"/>	存
全體會員	擬辦
煒	簽名
2018.11.21	

：台南市牙醫師公會、嘉義市牙醫師公會、嘉義縣牙醫師公會、雲林縣牙醫師公會

主任委員 沈茂華