

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 108 年 10 月 4 日

發文字號：南牙聯委字第 3266 號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關「92094C 週六日及國定假日牙醫門診急症處置」申報注意事項，詳如說明，敬請 周知會員醫師知悉。

說明：

- 一、 92094C 除了限定週六、週日及國定假日可申報外，亦應符合支付標準表備註欄之規定及相關適應症。
- 二、 近來經由牙醫全聯會統計資料發現，全國 92094C 的申報量過大且申報有違支付標準規定及不符醫療需求，為使醫療資源正確運用，請加強宣導會員醫師依據支付標準正確申報。
- 三、 本分會將視申報狀況，依牙醫全聯會提供資料進行檔案分析。

正本：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

副本：

主任委員 沈茂榮



108.10.4		收文
☐	☒	彙辦
存查	轉知	
書 由		擬辦
理事長王瑞斌		簽名

