

檔 號：
保存年限：

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：邵格蘊 (02)25000133 轉 261

電子郵件信箱：green@cda.org.tw

受文者：詳如正本

發文日期：中華民國 111 年 11 月 24 日

發文字號：牙全彥字第 00482 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：特定身心障礙者牙醫醫療服務期末報告

主旨：有關 112 年「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」醫療團執行資格之申請，詳如說明段，並請周知醫療團醫師應儘早辦理，敬請 查照。

說明：

- 一、每年度結束後 20 日內須繳交醫療團期末報告【附件一】及醫師個人期末報告【附件二】兩份報告書面紙本資料和電子檔(由醫療團所屬縣市公會彙整後)，一併函送本會審核，審核不通過或有違規或異常者，經本會及保險人分區業務組確認，得停止延續執行本計畫。
- 二、有關醫療團執行下年度計畫之資格，須待審核通過後，始得繼續執行之；爰此，請 貴單位務必於截止日前(截止日：112 年 1 月 20 日郵戳為憑)提供，逾期繳交本會將不予受理，敬請諒察。

正本：台北市牙醫師公會、新北市牙醫師公會、宜蘭縣牙醫師公會、基隆市牙醫師公會、苗栗縣牙醫師公會、桃園市牙醫師公會、新竹市牙醫師公會、新竹縣牙醫師公會、台中市牙醫師公會、台中市大台中牙醫師公會、南投縣牙醫師公會、彰化縣牙醫師公會、台南市牙醫師公會、雲林縣牙醫師公會、嘉義市牙醫師公會、嘉義縣牙醫師公會、屏東縣牙醫師公會、高雄市牙醫師公會、澎湖縣牙醫師公會、台東縣牙醫師公會、花蓮縣牙醫師公會、行天宮醫療志業醫療財團法人恩主公醫院、衛生福利部雙和醫院〈委託臺北醫學大學興建經營〉、中山醫學大學附設醫院

牙醫全聯會
校對章(263)

理事長 陳彥廷

本案依照分層負責規定
授權 主委 決行

第一頁 共一頁

收文日期：11年 11月 29日	批示日期：年 月 日	簽章
批示項目		
☐ 備查		
☐ 公告 ☐ 官網 ☐ 社群 ☐ LINE@		
☐ 轉知 主委		
☐ 出席(數贈) 花籃 ☐ 禮金 \$ 元		

【附件一】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

牙醫醫療服務期末報告（醫療團）

____年____月____日至____年____月____（計畫執行期間）

一、醫療團/執行醫療服務地點名稱：_____

執行醫療服務地點報備支援代號：_____

*執行身障機構/特教學校/精神科醫院，人數：_____人

（*務必填寫現行機構/學校/醫院最新人數）

二、醫師人力

序號	醫師姓名	身分證字號	院所名稱	醫事機構代號

（表格不敷使用可自行增加欄位）

三、年度排班及執行成果

月份	排班 醫師數	總診次	總時數	總服務 人次	論次費用	論量費用	論次論量 費用小計
1月							
2月							
3月							
4月							
5月							
6月							
7月							
8月							
9月							
10月							
11月							
12月							
總計							

備註：資料統計來源-醫療團月報表。

四、本年度執行計畫之困難：

五、下年度延續執行計畫申請

(一)醫師人力

序號	醫師姓名	身分證字號	院所名稱	醫事機構代號	備註
					☐ 延續 ☐ 不延續
					☐ 延續 ☐ 不延續
					☐ 延續 ☐ 不延續
					☐ 延續 ☐ 不延續
					☐ 延續 ☐ 不延續
					☐ 延續 ☐ 不延續

(表格不敷使用可自行增加欄位，醫療團新增醫師時，須由申請單位另外向牙醫全聯會函文提出申請。)

(二)下年度預定執行方式

- 1.全年執行人次目標
- 2.全年申報金額估算
- 3.治療計畫(如：執行醫療服務單位身心障礙者的口腔狀況改善情形)
- 4.維護計畫
- 5.口腔衛生計畫
- 6.經費評估
- 7.成效預估
- 8.機構醫療服務地點執行醫療服務單位的人數及服務診次
- 9.後送醫院(須為本計畫之進階照護院所)

(* 每年度結束後 20 日內繳交期末報告，並由醫療團所屬縣市公會彙整後，函送牙醫全聯會審核，審核通過後始得延續執行下年度之計畫資格。)

【附件二】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
牙醫醫療服務期末報告（醫師個人）

____年____月 ~ ____月（計畫執行期間）

一、醫療團/執行醫療服務地點名稱：

二、醫師姓名：

三、年度每月執行情形

月份	總服務 診次	總服務 時數	總服務 人次	論次費用	論量費用	論次論量 費用小計
範例	2	6	10	14400	10550	24950
1 月						
2 月						
3 月						
4 月						
5 月						
6 月						
7 月						
8 月						
9 月						
10 月						
11 月						
12 月						
總計						

備註：資料統計來源-醫療團月報表；**請確實填寫，經查不實者，牙醫全聯會將移請
保險人暫停院所或醫師執行該計畫。

（填寫方式：以醫師為單位，1 個支援服務單位填寫 1 張，2 個支援服務單位
填寫 2 張，以此類推。）