

【附件 10】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫
 特定身心障礙牙醫醫療服務報酬論次論量申請表

受理日期		受理編號								
醫事服務機構名稱		醫事服務機構代號								
序號	診治醫師	身分證字號	支付別	日期	地點	服務時數	診療人次	申請金額	核減額	核定額
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										
本頁小計										
總表	項目	申請次數	服務時數	診療人次	每次申請金額	申請金額總數	核減次數	核減金額	核定次數	核定金額
	支付別									
	P30001									
	P30003									
	P30004									
總計										
負責醫師姓名：				一、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫。 二、支付別：特定身心障礙者 P30001、發展遲緩兒童 P30004 等，每診次服務以 3 小時為限(不含休息、用餐時間)每小時 2400 點(內含護理費，平均每小時至少服務 1 人次，否則不得申請該小時費用)。 三、到宅及特定需者 P30003、每診次服務以 3 小時為限(不含休息、用餐時間)每小時 1900 點(內含護理費，平均每小時至少服務 1 人次，否則不得申請該小時費用)；每日達 5 人以上第 5 人起按 6 折支付，每日最多 8 人為限，且每月不超過 80 人，每位醫師支援每週不超過 2 日，另每一個案以 2 個月執行 1 次為限。 四、診療人次：填寫當次診療之人次。 五、填寫時請依同一支付別集中申報，同一診治醫師亦應集中申報。本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄本保險之分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請牙醫門診總額專款專用醫療報酬」。 填表日期 年 月 日						
醫事服務機構地址：										
電話：										
印信：										

一式三聯 第一聯保險人之分區、第二聯送中華民國牙醫師公會全國聯合會、第三聯醫療院所自行留存