

牙醫門診醫療服務南區審查分會 函

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：如正副本

發文日期：中華民國 108 年 6 月 24 日

發文字號：南牙聯委字第 3223 號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關提升「牙周病統合治療實施方案(原牙周病統合照護計畫)」執行率，
本分會擬定相關鼓勵措施，詳如說明，請轉知 會員醫師。。

說明：

- 一. 依據 108 年 6 月 20 日牙醫門診總額 108 年第 1 次南區共管會議決議：「自費用年月 108 年 7 月起至 108 年 12 月止，院所每月申報牙周病統合治療實施方案件數 5 件以上，輔導積分扣減 1 分」。
- 二. 「牙周病統合治療實施方案」的申報金額，沒有列入指標 1 及新開(執)業未滿一年控管額度的計算。
- 三. 本分會擬定上述鼓勵措施立意良善，請院所執行此方案時除了患者要符合規定外，相關病歷及表格的製作也要完整嚴謹。

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 沈茂茶

108.6.28		收文彙辦
<input type="checkbox"/> 存查	<input checked="" type="checkbox"/> 轉知	
PO 全體會員		擬辦
知 2019 6627		簽名