

1074

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 2614

電子郵件信箱：green@cda.org.tw



受文者：詳正本受文者

發文日期：中華民國 113 年 10 月 4 日

發文字號：牙全仁字第 01806 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：詳如說明

主旨：函轉衛生福利部中央健康保險署函，有關「P3601C 特定疾病病人牙科就醫安全查詢雲端藥歷之回溯性審查」，自費用年月 113 年 12 月起生效，將依醫令自動化檢核結果不符者自費用年月 114 年 3 月起不予支付費用，敬請周知會員，請 查照。

說明：

- 一、檢送衛生福利部中央健康保險署 113 年 9 月 30 日健保醫字第 1130663921 號函如附件。
- 二、衛生福利部中央健康保險署已建置回溯性醫令自動化 (REA) 檢核邏輯：「申報 P3601C 特定疾病病人牙科就醫安全者，於就醫日期前 6 日至就醫當日，如無雲端藥歷線上查詢或批次下載紀錄，則核減該筆費用」，將於 113 年 12 月上線(即檢核 113 年 10 月之案件)，輔導期 3 個月(輔導 113 年 10 月至 12 月之案件)，爾後如仍未依規定申報，自費用年月 114 年 3 月(即檢核 114 年 1 月之案件)起，不予支付費用。

正本：牙醫門診醫療服務審查執行會六區審查分會、各縣市牙醫師公會

牙醫全聯會  
校對章(265)

理事長 江錫仁

本案依照分層負責規定  
授權 牙醫門診醫療服務審查執行會 主委決行

收文日期: 113年10月14日	第1074號	簽章
批示日期: 113年10月15日		
批示項目	<input checked="" type="checkbox"/> 存查 <input checked="" type="checkbox"/> 轉知 <input checked="" type="checkbox"/> 全體會員 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 學術主委 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 健保主委 <input checked="" type="checkbox"/> 4. 環保主委 <input checked="" type="checkbox"/> 5. 口衛主委 <input checked="" type="checkbox"/> 6. 聯誼主委 <input checked="" type="checkbox"/> 7. 總務主委 <input checked="" type="checkbox"/> 8. 資訊主委 <input checked="" type="checkbox"/> 9. 偏遠主委 <input checked="" type="checkbox"/> 10. 公關主委 <input checked="" type="checkbox"/> 11. 法令主委 <input checked="" type="checkbox"/> 12. 需求主委	

理事長王啓芳

花PO  
藍禮網  
金

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號

聯絡人：莊玉芬

聯絡電話：02-27065866 分機：3607

傳真：02-27069043

電子郵件：A111392@nhi.gov.tw

受文者：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國113年9月30日

發文字號：健保醫字第1130663921號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨

主旨：有關P3601C特定疾病病人牙科就醫安全查詢雲端藥歷之回溯性審查(附件)，自費用年月113年12月起生效，將依醫令自動化檢核結果自費用年月114年3月起不予支付費用，請轉知轄區特約醫事服務機構配合辦理，請查照。

說明：

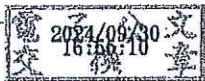
- 一、依據113年度全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫暨113年9月16日本署健保審字第1130672602號書函辦理。
- 二、本署業已建置回溯性醫令自動化(REA)檢核邏輯：「申報P3601C特定疾病病人牙科就醫安全者，於就醫日期前6日至就醫日期當日，如無雲端藥歷線上查詢或批次下載紀錄，則核減該筆費用」，前開邏輯將於113年12月上線，輔導期3個月，請轉知轄區特約醫事服務機構依規定正確申報，爾後如仍未依規定申報，自費用年月114年3月起，依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第18條規定，不予支付費用。



三、副本抄送社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會(請轉知會員知悉)。

正本：本署各分區業務組

副本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會



裝

訂

線

