

彰化縣牙醫師公會 函



受文者：各醫療團醫師

發文日期：中華民國 111 年 12 月 2 日

發文字號：(111) 彰牙醫先字第 1160 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主 旨：有關 112 年「全民健保牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」醫療團執行資格之申請，請執行該計畫醫師準備今年度醫師個人期末報告及醫療團期末報告，並於 112 年 1 月 13 日前寄至本會，以俾彙整函轉全聯會審核，請 查照。

說 明：一、依據全聯會 111.11.24 牙全彥字第 00482 號函辦理。
二、同屬一機構醫師請互推舉一人將每張個人期末報告(附件二) 加總於醫療團期末報告(附件一)，兩份報告書面紙本資料及電子檔一併寄至本會。
(本會電子信箱：nal20603@ms23.hinet.net)
三、各醫療團原已通過之醫師名單皆要列入並請勾選延續或不延續。
四、電子檔表格已寄至各位醫師信箱或請至本會網站下載
<http://www.chda.org.tw/> 訊息公告/特照委員會。

理 事 長

楊 奕 先

【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：

【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。）