【附件 1】

先天性唇顎裂疾病及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務(齒顎矯正)給付試辦計畫支付標準

通則：

一、本項所訂支付點數均包括人員（醫事、技工及相關人員）、矯正過程中使用之材料（含特殊材料）及儀器折舊等費用在內。

二、先天唇顎裂及顱顏畸形症疾病適用範圍如下：

(一) 唇裂(Cleft lip)、顎裂(Cleft palate) 、唇顎裂(Cleft lip and palate) 、顏面裂(Facial Cleft)、呼吸終止症候群、小臉症、顏面不對稱並領有身心障礙手冊者。(其中呼吸終止症候群限導因於先天性唇顎裂及顱顏畸形患者所導致之個案)

(二) 骨性咬合不正及齒列咬合不正需配合進行唇顎裂植骨手術或顏面整形或重建手術者。

(三) 其他經事前審查核准之先天性唇顎裂疾病及顱顏畸形者。

三、因病情需要施行本項齒顎矯正裝置，須個案事先報經保險人同意後方可實施。惟乳牙期及混合牙期僅施行空間維持器者，不須事前審查。

四、牙齒矯正裝置於嬰兒期、乳牙期、混合牙期及恆牙期等期限各施行一次，其中恆牙期應按編號 92115B-92124B 按分次方式申報醫療費用。

五、恆牙期矯正病患於未完成矯正治療而變更就醫醫院時，現行治療特約醫療院所於申請事前審查時應檢附病歷影印本、治療計畫書、X 光片、前就醫醫院無法繼續完成理由，估計仍需繼續治療月份數字資料以申報未完成時程之費用。

六、因外傷造成需實施治療性齒列矯正者，得個案事先報經保險人同意後，比照本支付標準支付點數，並以案件分類「19：牙醫其他專案」申報費用。

編　號	診　療　項　目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92101B	矯正檢查，部分（口腔檢查、石膏模型、照相）、(次) Orthodontic Examination, Partial (dental check-up, dental cast, intraoral and extraoral photography) 註：施行本項檢查不需要事前審查，惟限一至三歲病童有治療需要者，最多申報五次（建議施行期間為初次門診、三個月、六個月、一歲及三歲）。		✓	✓	✓	1690

編　號	診　　療　　項　　目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92102B	矯正檢查（口腔檢查、石膏模型、照相、測顱X光、全景X光）（次） Orthodontic Examination, Total (dental check-up, dental cast, intraoral and extraoral photography, panoramic radiography, cephalometric radiography (lateral and posterioanterior views) 註：施行本項檢查不需事前審查，惟限三歲以上有治療須要者，每兩年限施行乙次。		✓	✓	✓	3000
92103B	活動牙齒矯正裝置（單顎） Removable orthodontic appliance (one jaw)		✓	✓	✓	4806
92104B	活動牙齒矯正裝置（雙顎） Removable orthodontic appliance (two jaws)		✓	✓	✓	7209
92105B	空間維持器（單側），固定或活動式 Space maintainer, unilateral 註：限上下顎各施行乙次為原則。		✓	✓	✓	1500
92106B	空間維持器（雙側），固定或活動式 Space maintainer, bilateral 註：限上下顎各施行乙次為原則。		✓	✓	✓	2500
92107B	單齒矯正裝置及直接粘著裝置 Orthodontic band or direct bonding bracket, single tooth		✓	✓	✓	800
92108B	環鉤，彈力線或唇面弧線，每件 Clasp, Finger spring or labial arch, per piece		✓	✓	✓	348
92109B	亞克力基底板Acrylic plate		✓	✓	✓	2000
92110B	咬合板或斜面板Bite plate or inclined plate		✓	✓	✓	1867
92111B	矯正調整及矯正追蹤檢查（次）Orthodontic adjustment 註：1.以每三個月實施乙次為限。 2.不得與92115B~92124B項目合併申報		✓	✓	✓	1000
92112B	面罩A　Facial mask A 註：面罩A指混合牙期或恆牙期病情需要使用於顎骨延長術(Distraction Osteogenesis)之裝置。		✓	✓	✓	12476
92113B	面罩B　Facial mask B 註：面罩B指混合牙期或恆牙期病情需要使用於上顎及上顎齒列前移之面罩。		✓	✓	✓	3748
92114B	顎弓擴大器Palatal expansion appliance		✓	✓	✓	6259

編　號	診　療　項　目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92115B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第一次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (one jaw)		✓	✓	✓	6631
92116B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第一次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (two jaws) 註：1.恆牙期牙齒矯正各次給付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2.第一次給付申報時間及基本、選擇性診療項目如下： (1)申報時間：事前審查經本局同意後，至完成裝置矯正器。 (2)基本診療項目：單顎或雙顎固定帶環裝置。 (3)選擇性診療項目：面罩B、顎弓擴大器、因診療必須之拔牙。 (4)申報醫療費用時應檢附病歷影本作為審查依據。 3. 內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	12000
92117B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第二次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (one jaw)		✓	✓	✓	4973
92118B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第二次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (two jaws) 註：申報時間、基本診療項目如下： 1.申報時間：第一次給付後六個月。 2.基本診療項目：6次以上矯正調整。 3.申報醫療費用時應檢附病歷影本作為審查依據。 4.內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	7236
92119B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第三次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (one jaw)		✓	✓	✓	4973
92120B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第三次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (two jaws) 註：申報時間、基本診療項目如下： 1.申報時間：第二次給付後六個月。 2.基本診療項目：6次以上矯正調整。 3.申報醫療費用時應檢附病歷影本作為審查依據。 4.內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	7236

編　號	診　　療　　項　　目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92121B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第四次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (one jaw)		✓	✓	✓	6631
92122B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第四次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (two jaws) 註：申報時間、基本診療項目如下： 1.申報時間：第三次給付後六個月。 2.基本診療項目：6次以上矯正調整。 3.申報醫療費用時應檢附病歷影本作為審查依據。 4.內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	9648
92123B 92124B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第五次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (one jaw) 恆牙期牙齒矯正（雙顎）第五次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (two jaws) 註：申報時間、基本診療項目及完成治療之臨床表徵如下： 1.申報時間：第四次給付後至完成治療。 2.基本診療項目： (1)矯正調整至完成治療。 (2)完成治療配戴維持器。 3.完成治療之臨床表徵： (1)齒列排列整齊，穩定咬合。 (2)前牙無倒咬或開咬情形。 (3)唇顎裂牙床裂縫旁牙齒之間隙關閉或改善。 4.申報第五次醫療費用時應檢附X光片或照片作為審查依據。 5.內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	9946 15000
92125B	正顎手術術前牙板 Surgical stent for orthognathic surgery 註：適應症範圍唇腭裂及其他顱顏畸形和外傷所造成的骨性咬合不正需正顎手術者，而外傷所造成的骨性咬合不正須合併手術申報。		✓	✓	✓	5000

編　號	診　療　項　目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92126B	唇顎裂嬰兒鼻型齒槽骨矯正治療前印模單側鼻型齒槽骨矯正牙板 nasoalveolar molding, impression & nasoalveolar molding plate,unilateral 註：1.適應症範圍單側唇顎裂鼻翼歪斜併齒槽骨裂隙，須合併手術才可申報。 2.須檢附治療前後照片與病歷記錄。 3.不得與92125B併報。		✓	✓	✓	12000
92127B	唇顎裂嬰兒鼻型齒槽骨矯正治療前印模雙側鼻型齒槽骨矯正牙板nasoalveolar molding, impression & nasoalveolar molding plate,bilateral 註：1.適應症範圍雙側唇顎裂鼻柱塌陷、前顎前突併齒槽骨裂隙，須合併手術才可申報。 2.須檢附治療前後照片與病歷記錄。 3.不得與92125B併報。		✓	✓	✓	15000
92128B	鼻型齒槽骨矯正定期調整 nasoalveolar molding, adjustment 註：1.適應症範圍單側唇顎裂鼻翼歪斜併齒槽骨裂隙，及雙側唇顎裂鼻柱塌陷、前顎前突併齒槽骨裂隙。 2.須檢附治療前後照片與病歷記錄。 3.7日內不得重覆申報。 4.同一病例申報次數以8次為上限。		✓	✓	✓	1000

【附件 2】

特定身心障礙者牙醫醫療服務給付試辦計畫申請書

（以院所為單位）

診所申請類別
□初級□進階

一、 醫療院所名稱：　　代號：

二、 所屬層級別：□醫學中心 □區域醫院 □地區醫院 □基層診所

三、 院所負責醫師姓名：　　身分證字號：

四、 申請醫師（負責醫師如符合申報資格條件，併請填報，欄位不夠可自行增加）

1、姓名：　　身分證字號：

2、姓名：　　身分證字號：

3、姓名：　　身分證字號：

五、 院所電話：(　)　　傳真：(　)

六、 聯絡人姓名：　　電話：

七、 e-mail address：

八、 地址：□□□□□

九、 目前能提供身心障礙使用之設備名稱及數量：

甲、 □有專用椅子　　□無專用椅子

乙、

丙、

丁、

十、 即將採購之設備名稱：

甲、

乙、

丙、

丁、

十一、有無違規紀錄：□無 □記點 □扣減 □停止特約 □終止特約

十二、是否曾申請過：□有，執行日期：　　□無

【附件3】

特定身心障礙者牙醫醫療服務給付試辦計畫申請書（以醫療團為單位）

一、　公會別：

二、　申請教養院所：

三、　申請檢附資料：

□　教養院所同意函

□　教養院所介紹：院所簡介暨立案證明、院生數及身心障礙類別輕重程度別等

□　牙科治療計畫書：院生口腔現況、預估每年醫療服務點數量、服務人次等預估成效、預估達成率等

□　牙科診間設備表

□　醫師服務排班表

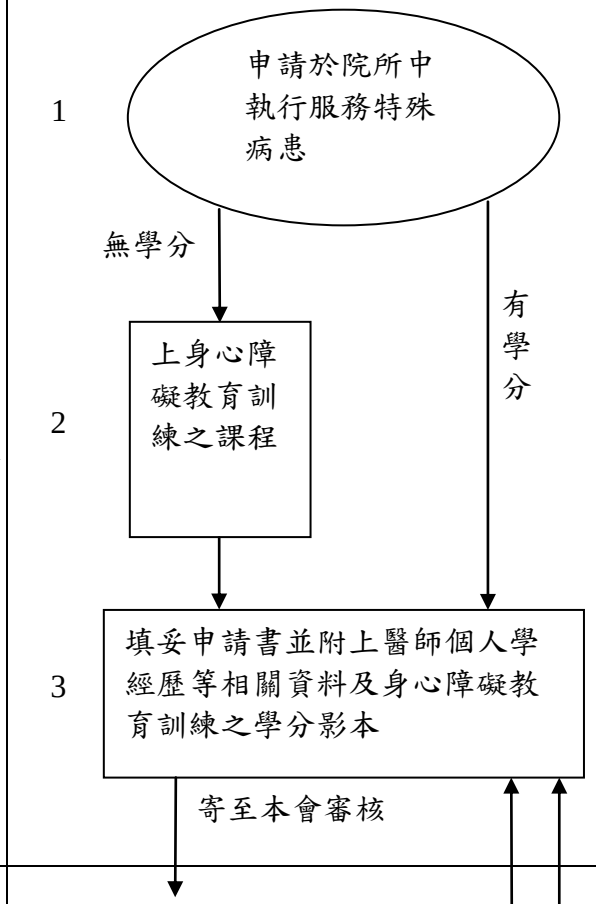
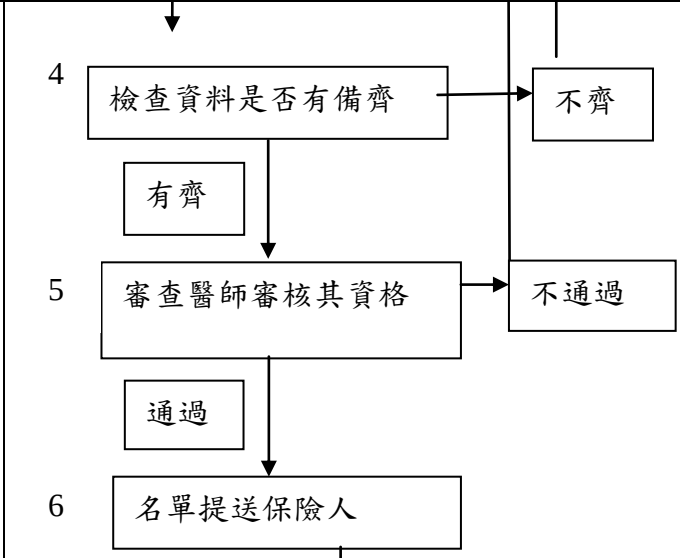
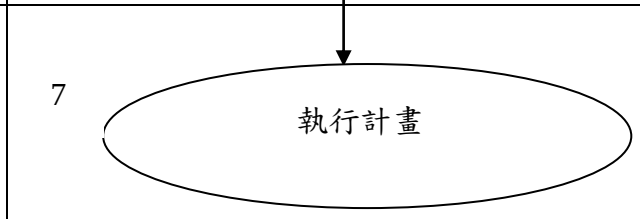
□　後送醫療院所

四、　新增醫療團名單

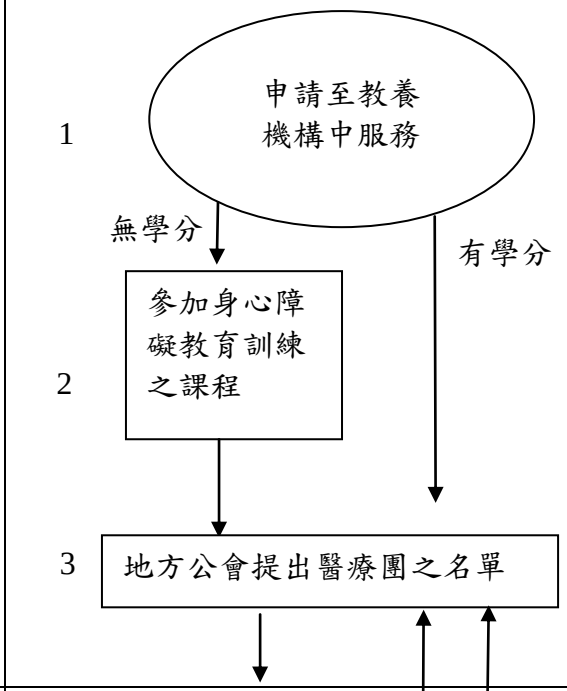
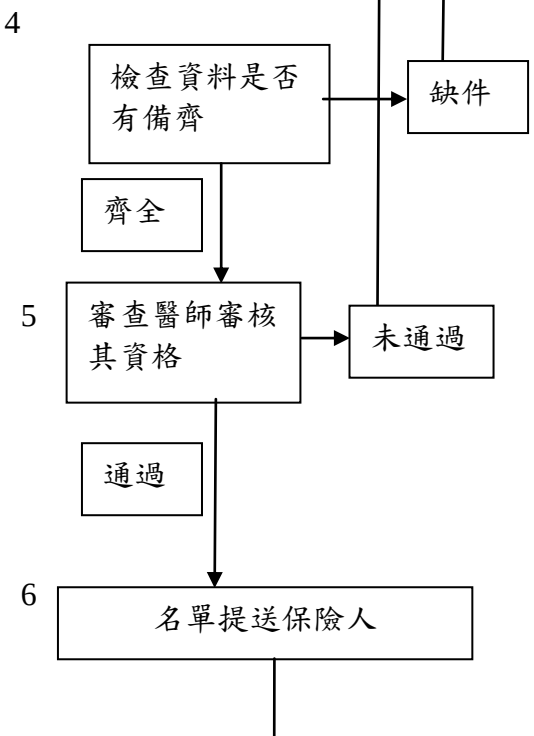
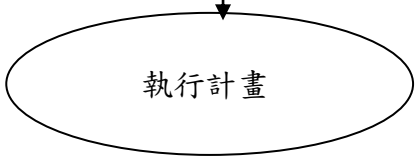
本保險分區別	姓名	身份證字號	醫事機構代號	醫事機構名稱	地址	電話	相關教育訓練（檢附學分證明）

【附件4】

院所申請流程圖

階段	流程	說明
申請前段		1-1 院所有醫師希望能申請本計畫之經費時。 1-2 請至本會網站（www.cda.org.tw）的下載專區，下載本計畫全文且詳讀。 2-1 若醫師無身心障礙相關課程基礎六學分請執行 2-2 的步驟。若醫師已有身心障礙相關課程六學分請直接執行 3-1 之步驟。 2-2 請電洽各地方公會詢問是否於近期內有舉辦身心障礙相關課程，若無可請所屬地方公會協助詢問鄰近公會，或請所屬地方公會籌畫身心障礙課程。 3-1 填寫好院所之申請表（以院所為單位），且於申請表後需附上： a. 醫師個人學經歷等相關資料（身份證字號、學經歷、專長背景及從事相關工作訓練或經驗說明） b. 身心障礙教育訓練之學分證明影本。
申請中段		4-1 每月 5 日前將資料備齊寄至全聯會。 4-2 確定資料是否備齊，若無備齊請申請院所將資料補齊，並依補齊資料日期為主（每月 5 日前將申請資料寄至全聯會）。其未齊之資料僅保存半年。 5-1 將由審查醫師審核資格。 5-2 未通過者依照其未通過之原因，若因學分不符請該院所待有學分後再次來申請。若因遭違規處分，行文給該院所告知目前尚不能申請此計畫。 6-1 通過者名單以公文方式提送全民健康保險保險人。
申請後		7-1 收到保險人覆文後，院所可執行此計畫。（此計畫為年度計畫，請每年年初於計畫公告後，再提報本會或接受本會辦理再進修課程） 7-2 執行計畫期間若遭違規處分，將停止執行計畫之資格。

醫療團申請流程圖

階段	流程	說明
申請前段		1-1 醫師想加入醫療團或成立新的醫療團。 1-2 網站（www.cda.org.tw）的下載專區，下載本計畫全文且詳讀。 2-1 無身心障礙相關課程六學分請執行 2-2 的步驟。若醫師已有身心障礙相關課程六學分請直接執行 3-1 之步驟。 2-2 向所屬公會詢問是否於近期內有舉辦身心障礙相關課程，若無可請所屬公會協助詢問鄰近公會，或請公會辦理課程。 3-1 向所屬公會洽詢，加入現有醫療團或者提出成立新的醫療團，將資料交由所屬公會彙整後行文至牙醫全聯會申請。（申請書及檢附資料詳本計畫內容）
申請中段		4-1 地方公會每月 5 日前將申請資料寄至本會 4-2 確定資料是否備齊，若缺件請地方公會將資料補齊，並依補齊資料日期為申請日。 5-1 醫療團負責人須至全聯會進行口頭報告。 5-2 若通過全聯會將名單送至保險人。若未通過依照其未通過之原因，若因學分不符請該公會通知該醫師待有學分後再次申請。若因遭違規處分或者執行醫療團地點未符合本計畫者，行文給所屬公會告知審核結果。 6-1 彙整通過者名單以公文方式提送保險人。副本給各地方公會。
申請完成		7-1 收到保險人回覆函後其醫療團（醫師）可執行此計畫。（此計畫為年度計畫，請每年年初於計畫公告後，再提報本會或接受本會辦理再進修課程） 7-2 執行計畫期間醫療團之醫師若遭違規處分，將停止該醫師執行計畫之資格。

☆ 地方公會務必替執行醫療團之醫師向衛生主管機關報備至教養機構執行醫療服務。

【附件 5】

特定身心障礙者牙醫醫療服務給付試辦計畫期末報告（以醫療團為單位）

一、醫療團/巡迴地點：

二、醫師人力

流水號	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、排班及執行成果

月份	排班醫師數	總診次	總時數	論次費用	論量費用	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						

註：資料統計來源-醫療團月報表。

四、本年度執行計畫困難

五、下年度延續執行計畫申請

(一)醫師人力

醫師姓名	身分證字號	院所名稱	醫事機構代號	備註
				□延續 □新增
				□延續 □新增
				□延續 □新增
				□延續 □新增
				□延續 □新增
				□延續 □新增
				□延續 □新增

(表格不敷使用可自行增加欄位)

(二)執行方式

1.全年執行人次目標

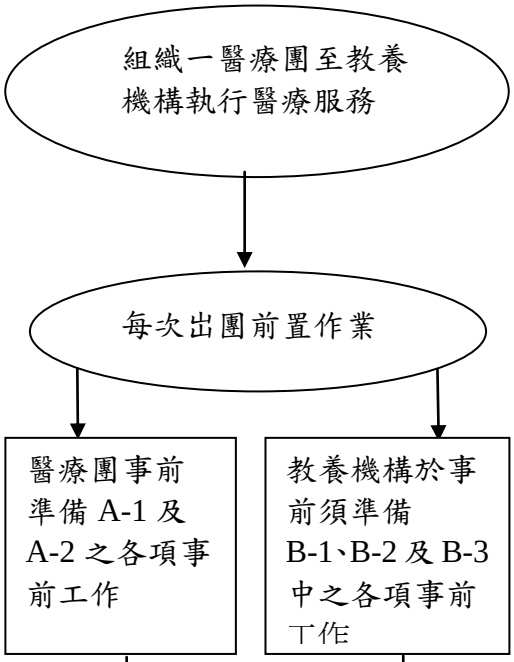
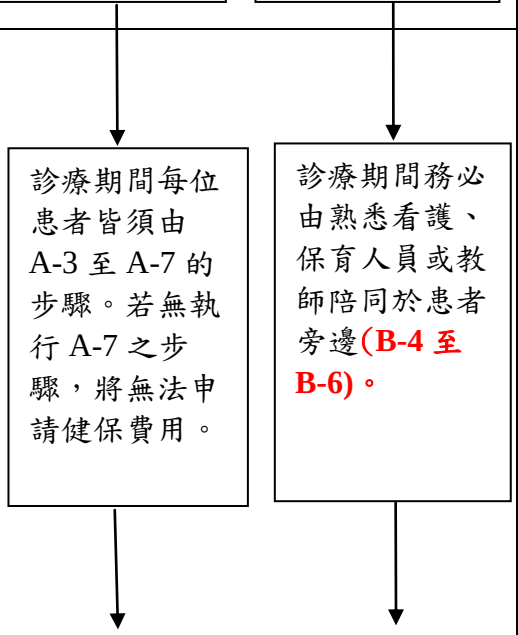
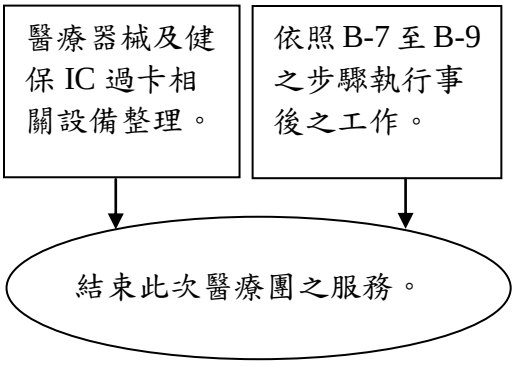
2.全年申報金額估算

3.提供治療處置內容

4.成效預估

【附件 6】

執行身心障礙牙科服務醫療團流程圖

階段	流　　程	A、醫療團負責部份	B、教養機構負責部份
執行醫療服務前		A-1 於每次至教養機構執行服務前先準備妥善執行服務時所需之相關醫療器材及健保 IC 過卡相關之設備，屆時帶至教養機構。 A-2 至教養機構時將相關醫療器材及健保 IC 過卡之相關設備於治療前皆先擺設及設定完成。	B-1 事前須匯集教養機構中有醫療需求或必需回診之院生名單。 B-2 完成就診前準備工作，擬定看診名單。 B-3 製作名冊、IC 卡、殘障手冊影本或其他事前文書準備工作。
執行醫療服務中		A-3 核視醫療需求病紀錄醫療紀錄單（檢查部分）。 A-4 助手應協助醫師及負責人員安撫患者情緒，並完成治療。 A-5 告知保育人員術後之注意事項及回診日期。 A-6 完成醫療紀錄單之記載。 A-7 健保 IC 卡寫入。	B-4 機構責任：由熟悉看護或保育人員或教師等陪同就診並協助安撫病患情緒並告知醫師是否有特殊需求或特殊狀況及醫病史。 B-5 協助醫師完成治療。 B-6 接受醫師完成診療後之照護及術後之注意事項。
執行醫療服務後		A-8 醫療器械相關設備及健保 IC 過卡相關設備的整理。	B-7 護送院生返回教室或看護診場所。 B-8 場地整理及器械消　毒。 B-9 醫療廢棄物之處理。

【附件 7】　全民健康保險牙醫總額專款專用醫療報酬論次論量申請表

特定身心障礙牙醫醫療服務

受理日期				受理編號						
醫事服務機構名稱				醫事服務機構代號						
編號	請領人姓名	請領人身分字號	給付別	日期	地點	服務時間(小時)	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.										
16.										
17.										
18.										
19.										
20.										
本頁小計										

總表	項目／類別	申請次數	診療人次	服務時間(小時)	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
	P30001									
	總計									

負責醫師姓名：

醫事服務機構地址：

電話：

印信：

一、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫。

二、給付別：P30001 每次服務每小時 2400 元。

三、診療人次：填寫當次診療之人次(平均每小時至少服務 1 人次，否則不得申請該小時費用)。

四、填寫時請依同一給付別集中申報，同一請領人姓名亦應集中申報。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門診組，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

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

【附件 8】

醫療團日報表　　日期:

流水號	障別代號	病患姓名	身分証字號	卡號	診察費	處置費	診治醫師
合計							

註：障礙類別代號如下：A.肢體障礙(限腦性麻痺)、B.智能障礙、C.自閉症、D.染色體異常、E.中度以上精神障礙、F.失智症、G.多重障、H.頑固性(難治型)癲癇、I.其他(非特定障別之身心障礙患者)。。

【附件 9】

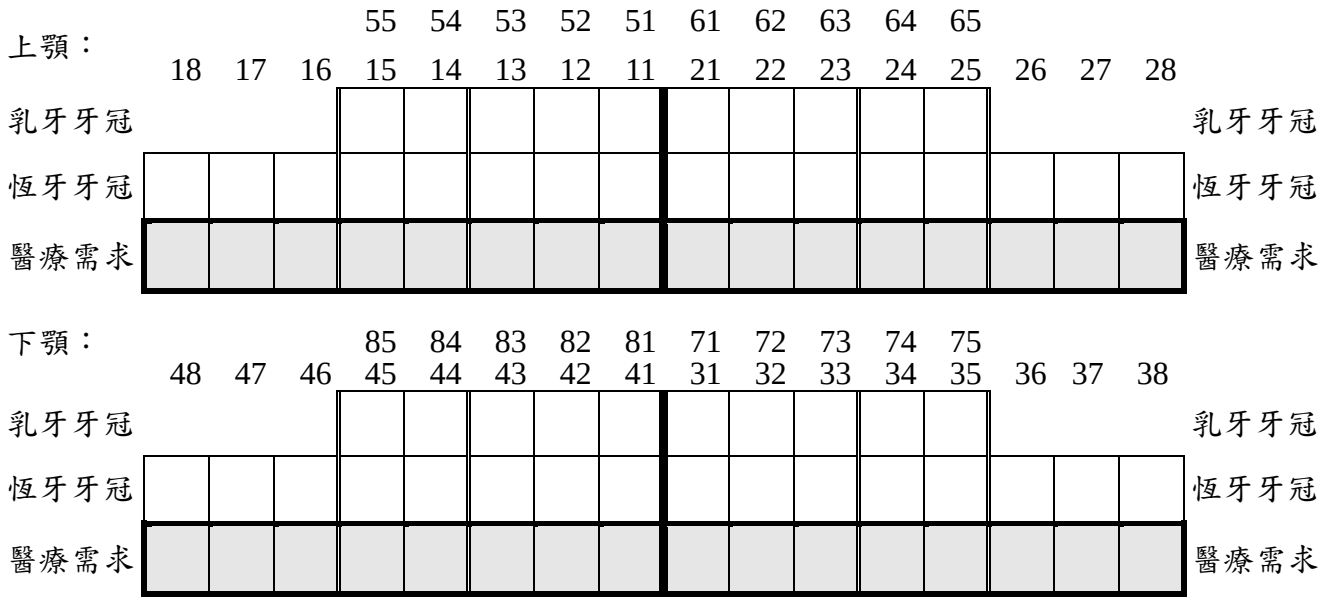
_____身心障礙福利機構就診紀錄

基本資料		
姓名：	出生年月日：	監護人：
地址：		

醫病史（Medial History）	
父母：	殘障手冊資料或影本黏貼處
親屬：	
本人：	
特別注意事項：	

牙醫病史

口腔發現（oral finding）



填表說明：D=Decayed
X=Missing
M=Mobility
RR=Residual Root
F=Filled

診療記錄

日期	診療項目（健保代號）	簽名