

專業審查不予支付理由代碼編碼說明

壹、專業審查不予支付理由法源

依據「[全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法](#)」

第十九條 保險醫事服務機構申報非屬於住院診斷關聯群（以下稱診斷關聯群）之案件，經審查有下列情形之一者，應不予支付不當部分之費用，並載明理由：

- 一、治療與病情診斷不符。
- 二、非必要之連續就診。
- 三、治療材料之使用與病情不符。
- 四、治療內容與申報項目或其規定不符。
- 五、非必要之檢查或檢驗。
- 六、非必要之住院或住院日數不適當。
- 七、病歷記載不完整，致無法支持其診斷與治療內容。
- 八、病歷記載內容經二位審查醫藥專家認定字跡難以辨識。
- 九、用藥種類與病情不符或有重複。
- 十、用藥份量與病情不符。
- 十一、未依臨床常規選用非第一線藥物。
- 十二、用藥品項產生之交互作用不符臨床常規。
- 十三、以論病例計酬案件申報，不符合保險給付規定。
- 十四、以論病例計酬案件申報，其醫療品質不符專業認定。
- 十五、論病例計酬案件之診療項目，移轉至他次門、住診施行。
- 十六、論病例計酬案件不符出院條件，而令其出院。
- 十七、其他違反相關法令或醫療品質不符專業認定。

第二十條 保險醫事服務機構申報屬於診斷關聯群之案件，經專業審查有下列情形之一者，應不予支付，並載明理由：

- 一、非必要住院。
- 二、非必要之主手術或處置。
- 三、主手術或處置之醫療品質不符專業認定。
- 四、病情不穩定，令其出院。
- 五、病情與主診斷碼不符，次診斷碼亦無法認定得列為主診斷碼。

前項申報案件，有下列情形之一者，得以適當之診斷關聯群碼核付：

- 一、主診斷碼不適當，但次診斷碼經認定可列為主診斷碼。
- 二、次診斷碼、處置碼不適當。

第二十一條保險醫事服務機構申報屬於診斷關聯群之案件，其醫療費用高於上限臨界點或低於下限臨界點者，或經審查不適用診斷關聯群之案件，依第十九條規定辦理。

貳、代碼僅係輔助，而非要求審查醫事人員限用或遷就本代碼；如審查醫事人員認為代碼不敷使用，或認為不易於使用，仍請其依據全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法，清楚說明不予支付之內容及理由。

參、編碼分類原則說明

- 一、以支付標準歸類來區隔：以支付標準分類方式為主(例如下列第一碼之分類2~7)，另外加上支付標準中所缺乏之「病歷紀錄」、「診療品質」、「其他違反相關法令」等類。
- 二、除共通性項目外，歸入各該特定類別：共通性項目指非支付標準類別者，例如「病歷紀錄」含括各類病歷紀錄之規範、基本診療則包含一般手術/處置/檢驗/檢查/藥品/特材之收案條件等；其餘屬於支付標準特定獨立類別之醫療服務者，則因較為特殊，歸入各該類別(例如論病例計酬之適應症，不列為基本診療，而列入論病例計酬分類內)。
- 三、不予支付理由採「原則」來敘明：各項理由，不針對個別支付項目列出(例如 EPO、Albumin)，而以「原則」方式說明。

肆、代碼編碼方式

一、第一、二碼：大分類(數字碼)

代碼	西醫	中醫	牙醫
00	診療品質		
01	病歷紀錄	病歷紀錄	病歷紀錄
02	基本診療	基本診療	違反支付標準與審查事項
03	藥品、特材	藥品、特材	專業判斷
04	手術、麻醉、處置、血液使用	檢查、檢驗	通則
05	檢查、檢驗	其他不符健保支付或審查規定	
06	論病例計酬		
07	復健治療、精神治療		
08	其他不符健保支付或審查規定		
09	其他違反相關法令		

二、第三、四碼：前(第一、二)碼各分類下之序號。

三、第五碼：

- (一) 「A」碼代表西醫；「C」碼代表中醫；「D」碼代表牙醫；「G」碼代表診斷關聯群。
- (二) 為方便登錄作業，「A」碼得以「1」(數字碼)代替鍵入；「C」碼得以「3」(數字碼)代替鍵入；「D」碼得以「4」(數字碼)代替鍵入。

伍、診斷關聯群

1. 依照不予支付理由，編列「給付註記」代碼。

(1) DRG 案件整件核減不予支付理由代碼

給付 第一、 不予支付理由

註記 二碼

(代碼)

1 01 非必要住院及非必要主手術(處置)

2 02 主手術或處置之醫療品質不符專業認定

3 03 病情不穩定、令其出院(病危自動出院之病患除外)

4 04 病情與主診斷碼不符，次診斷碼亦無法認定可為主診斷碼

5 05 違反 Tw-DRGs 支付標準或其他相關規定

(2) DRG 案件改支、部分核減不予支付理由代碼

給付 第一、二碼 不予支付理由

註記 (代碼)

Y 90 診斷、手術代碼不適當，改支其他 DRG。

Y 91 其他非整件核減。

2.個別醫令核刪，適用一般案件不予支付理由編碼原則。

3.第五碼：一律為「G」碼，為方便登錄作業，「G」碼得以「7」(數字碼)代替鍵入。

陸、代碼之增列：代碼如認有增列必要，請將不予支付理由彙總後，提請本署醫審及藥材組統一增列。

柒、不予支付理由代碼

註1、表中所列法源，指依據「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19條、第20條、第21條。

註2、不予支付理由「/」表示「或」。

註3、理由欄空格部分，另以文字說明。

(一) 西醫專業審查不予支付代碼

代碼	代碼名稱	法源
00-	類別：診療品質	
0001A	診療品質不符專業認定，理由_____	19
0004A	治療與病情診斷不符	19
0005A	非必要之門診/連續就診	19
0006A	非必要之住院，且其相關診療、檢驗、檢查、用藥等亦非屬必需。	19
0009A	依據病歷紀錄，病患已實施該器官/組織切除，該部分無再進行治療及處方之可能/必要	1901
0010A	採用之療法（診療/手術/麻醉/處置/治療/檢驗/檢查/藥品/特材）不符醫療常規/不符正規療程計畫	1901
0011A	一般（簡表）案件用藥影響病人安全之處方	1909
0012A	非必要之住院，但其相關診療、檢驗/檢查、用藥等全部或部分仍屬必需	1906
01-	類別：病歷紀錄	
0103A	所附病歷（含影像、會診紀錄等）/報告錯誤，或所附資料錯誤/不符（非本個案或基本資料、性別、日期/期限等錯誤）	1901
0105A	檢查報告或治療紀錄無執行者（醫師/醫檢師/治療師）簽章	1907
0106A	無病歷醫囑/手術記錄/病程紀錄或無醫師簽名或蓋章，該部分費用/住院/診察費用應予核扣	1907
0108A	申報醫令項目/數量，與病歷紀錄不符	1901
0113A	不同病人但所附病歷資料均雷同，缺乏個別病人之具體治療內容，無法支持其診斷與治療內容	1907
0114A	此病人所附病歷資料每次記載內容均同、缺乏個別就醫時之具體病況，無法支持其治療之必要性	1907
0115A	所附病歷資料(含影像)字跡潦草/模糊/凌亂，無法辨識或判讀	1907
0120A	病歷紀錄內容前後不一	1907
0121A	手術紀錄過於潦草簡單/無開刀 finding//手術過程無詳細紀錄	1907
0122A	「精神科藥物治療特別處理費」未依規定於病歷中載明不合作之情形	19
0123A	申報項目與病歷/手術紀錄不符，改按_____給付	19
0124A	有剪貼、遮掩或修改，致無法確認其內容之正確或真實性（修改要劃線或蓋章）	19
0181A	病歷資料缺乏具體內容或過於簡略，未能顯示或判斷施予該項醫令之必要	1907
0182A	僅附電腦處方箋，無法支持其診斷與治療之必要	1907
0191A	未附病歷（含影像、會診紀錄等），或所附病歷資料不齊(含病理報告)	1907
0192A	未依規定附期限內之相關病歷資料（含檢查/檢驗報告/紀錄/照片/會診紀錄等）	1904
0193A	未依規定附手術前後檢查/檢驗之報告/紀錄/照片，或相關手術/麻醉前評估/麻醉/麻醉恢復紀錄	1904
02-	類別：基本診療	

代碼	代碼名稱	法源
0203A	不符急診或暫留支付規定/急診經適當處置治療後已無急診暫留之必要	1907
0207A	不符該類病房（加護病房/燒傷中心/隔離病房/新生兒中重度病房）適應症規定	1904
0208A	依病況應可轉入一般病房：重症病床住院日數過長，改按一般病床支付	1906
0209A	依病況應可轉入慢性病房，急性病床住院日數過長，改按慢性病床支付（限精神科急性病房改慢性病房使用）	1906
0210A	住院日數不適當/病況應已可出院或於門診繼續追蹤	1906
0211A	屬於內含於病房費/住院治療項目內，不得另行申報	1904
0212A	不符精神科院外治療支付規定	1904
0213A	會診次數超過規定	1904
0214A	會診專科別不符規定/西醫住院不得會診中醫	1904
0215A	依病況記載，無/未達會診之必要	1907
0217A	屬同療程之（門、急、住診療/手術/麻醉/處置/治療/檢驗/檢查/藥品/特材），不應重複申報	1904
0218A	應優先施以保守療法即可/尚未達到或無執行本項（診療/手術/麻醉/處置/治療/檢驗/檢查/藥品/特材）之必要/不適當	1901
0221A	不符管灌飲食適應症規定	1904
0222A	治療內容與申報項目或其規定不符	19
0223A	依據病歷記載病況，不符試辦計劃收案條件/追蹤管理照護條件/年度評估管理照護條件	1907
0224A	藥事服務費及全日護病比加成因住院日數/藥費/檢查不予支付，併同不予支付	19
03-	類別：藥品、特材	
0301A	慢性病使用簡表，應整筆核減	19
0302A	本材料費因手術/處置/檢查不予支付，併同不予支付	1904
0303A	屬於內含於檢查或處置之藥品/特材，不得另行申報	1904
0304A	限專科醫師使用之藥品/特材	1904
0305A	未經報備及核准，不得使用該藥品或特材	1904
0306A	已實施相關處置，依病況無再投予類似藥品/特材之必要	1909
0308A	適應症/種類/用量（劑量/天數等），不符主管機關核准規定/給付規定/醫療常規	1904
0316A	門診上呼吸道感染雖有細菌性感染之佐證，但使用抗生素之種類、劑量及使用天數不當	19
0317A	依據診斷/病況，無使用該類藥品治療之必要	1909
0318A	不當使用抗生素作為預防性投藥	1910
0319A	未依臨床常規而逕用非第一線藥物	1911
0320A	不宜長期使用之藥物	1909
0321A	病患已可進食，亦無其他具體或適當理由需要再投予電解質或營養靜脈補充輸液之必要	1909
0322A	對病況無積極療效或非必要用之藥品，理由_____	1909
0324A	已投予同性質藥物/無醫學上之特殊理由，用藥種類重複/不需併用多種類之藥物	1909
0328A	如有必要使用抗生素，應採口服即可，無施予注射之必要	1909

代碼	代碼名稱	法源
0329A	可加入使用中之靜脈輸液一起灌注，無需再另施予注射之必要	1909
0330A	非必要之注射/使用針劑過多	1909
0332A	申報藥量（劑量/天數等）過多，不符醫療常規一般醫理或慣用通則	1910
0333A	使用藥量過少，不符醫療常規或有礙醫療品質	1910
0338A	用藥品項產生之交互作用不符臨床常規	19
0339A	空針依針劑數量核減	19
0340A	非慢性病範圍改核一般處方藥事服務費	1909
0341A	有一般醫療通則列舉之禁忌症，不適宜使用此項藥物/劑量	1910
0342A	臨床狀況已改善應依一般醫療通則予以減量或停藥	1910
0344A	跨院所已實施相關處置，依病況無再投予類似藥品/特材之必要	1909
0345A	跨院所同時已投予同性質藥物（）/用藥種類重複	1909
0346A	跨院所用藥品項產生之交互作用不符臨床常規	1912
0348A	抗生素未依敏感試驗結果變更適當藥品	1909
0349A	無細菌性感染之佐證，無使用抗生素之必要性	19
0350A	用藥種類/用藥份量/治療材料之使用，與病情不符	19
04-	類別：手術、麻醉、處置、血液使用	
0401A	手術切取標本未送病理檢查，手術相關費用併同核刪	19
0402A	本麻醉費因手術不予給付，併同不予支付	1904
0404A	基層院所非急救不可申報本項治療/處置	1904
0406A	手術前未施予適當檢查、評估及藥物治療/未確立診斷，由病歷紀錄缺乏實施該手術/處置之具體理由	1907
0407A	施行前一項手術/處置後，應先予觀察/未經適當觀察期，無實施第二次手術/處置之必要	1901
0408A	未進行詳細理學檢查、問診、評估，逕予進行該項治療/處置，不符一般醫療常理//程序，且病歷未記載具體或特殊之理由	1907
0410A	與病情無關之治療/處置（含研究、預防或健康檢查）	1904
0411A	短期內實施相同或類似之處置，不合理/有重複申報之嫌	1902
0412A	同一部位手術重複	1904
0413A	同一部位治療重複	1904
0414A	本次手術應與前次手術併行	1901
0415A	手術/麻醉/處置/血液使用申報項目/數量/時間不符醫療常規/給付規定	1904
0416A	非兒童加成手術項目	1904
0417A	非急診加成手術項目	1904
0418A	由病歷紀錄之病況，缺乏手術急診加成之具體理由	1907
0421A	因第一次手術所引起併發症之手術，依其所定支付點數之一半計算之，並僅計算一項，但第一次手術在他院者不受限制	1904
0422A	屬於為達手術最終目的的過程中附帶之手術/處置，不得視為副手術或另行另報	1904
0424A	屬同一目的之二種麻醉，應按主麻醉計算，本項不另計算	1904
0425A	屬於手術或麻醉內含項目，不得另行申報	1904
0426A	已包含於手術費之麻醉費用，不得另行申報	1904
0427A	應按主處置所定點數計算，本項不另計算	1904

代碼	代碼名稱	法源
0602A	論病例計酬項目不當移轉至他次門/住診施行，應不予支付，改納入論病例計酬案件內申報	19
0603A	屬論病例計酬案件，於規定日期內再入院/再門診重複同論病例計酬項目，應併入前案計算，本案不予支付	1904
0604A	屬論病例計酬案件，於規定日期內再入院/再門診重複實施其他論病例計酬項目，應併案改核其他論病例計酬支付項目	1904
0605A	必要執行項目/申報項目未執行或不符規定	1904
0606A	論病例計酬案件不符出院條件	1916
0607A	論病例計酬案件醫療品質不符專業認定	1914
07-	類別：復健治療精神治療	
0701A	非醫師不得執行該項治療	1904
0702A	依據病歷記載病況，不符收案條件規定/不符適應症	1901
0703A	非積極性或非必要之復健治療/精神治療/社區復健/居家訪視	1901
0705A	為同療效之治療，無論治療機轉相同與否，不應重複實施	1904
0706A	同部位不應重複實施及申報	1904
0707A	依據病歷記載，非特殊或複雜性病例，無重複評估之必要	1907
0708A	非居家照護或精神疾病社區復健給付項目	1904
0709A	屬於內含項目，不得另行申報	1904
0710A	檢查項目不足，不符合支付標準預防保健之規定	1904
0711A	申報之時間/項目/代碼/療程/次數與規定不符	1904
0712A	復健治療未照規定之原則辦理	1904
0713A	已逾黃金治療期，不需密集實施復健治療	1905
0714A	屬非必要超次訪視費申報	19
0715A	居家訪視紀錄未記載訪視時間/未請患者或其家屬簽章	19
0716A	依據病歷記載，不符居家訪視資源耗用群/不符安寧居家訪視時間	19
0717A	依據病歷記載病況不足以支持急性後期整合照護與高強度復健費用，改支付一般強度復健費用	1907
0791A	實際執行項目與專業認定不符:依據病歷紀錄判斷，原項目不給付，另予改核。	1901
0792A	實際執行項目與申報項目不符:依據病歷紀錄判斷，原項目不給付，另予改核。	1901
08-	類別：其他不符健保支付或審查規定	
0801A	不符審查注意事項一般原則第 條之規定，理由_____	19
0802A	不符 科審查注意事項第_____條之規定，理由_____	19
0803A	其他違反相關法令或醫療品質不符專業認定，理由_____	19
0804A	設備/個案未經報備/核准不得實施	19
0805A	非規定醫院/專科醫師/專門治療小組，不得實施該項手術/治療/處置	19
09-	類別：其他違反相關法令	
0901A	應屬職業災害，請改以職災申報	19
0902A	係屬汽車交通事故，請改以汽車交通事故申報	19
0903A	病患家屬不應於本個案申報	19
0904A	非本保險給付範圍	19

代碼	代碼名稱	法源
0905A	此次就醫不適用重大傷病卡身分	19

(二) 西醫專業審查 DRG 案件整件核減不予支付代碼

代碼	代碼名稱	法源
01-	類別：非必要住院及非必要主手術(處置)	
0101G	可門診診療之傷病／手術，且無述明需住院之理由。	20
0102G	可門診診療之傷病／手術，所述理由不足以支持住院之必要性。	20
0103G	無相關臨床證據支持手術處置之必要性(例如未執行特定檢查，無法證明施行手術處置之必要性)。	20
0104G	本次住院之主要是為手術或處置目的，而該手術或處置不符合本保險給付規定或適應症範圍者。	20
0199G	其他非必要住院及非必要主手術(處置)	20
02-	類別：主手術或處置之醫療品質不符專業認定。	
0201G	未依規定送病理檢查。	20
0202G	專科醫師資格不符規定。	20
0203G	依病況應提供之診療未提供或提供不足。	20
0299G	其他主手術或處置之醫療品質不符專業認定。	20
03-	類別：病情不穩定、令其出院(病危自動出院之病患除外)	
0301G	出院前24小時內生命徵象不穩定而令其出院。	20
0302G	尚有併發症(complication)未獲妥善控制而令其出院。	20
0303G	傷口有嚴重感染、血腫或出血現象而令其出院。	20
0304G	排尿困難或留置導尿管情況仍不穩定而令其出院。	20
0305G	使用靜脈點滴、手術傷口引流管未拔除而令其出院。	20
0306G	非因醫療需要之轉院。	20
0399G	其他經醫療專業認定仍有必要住院治療而令其出院。	20
04-	類別：病情與主診斷碼不符，次診斷碼亦無法認定可為主診斷碼。	
0401G	主診斷不正確或主診斷非引起病人此次住院醫療之主要原因，次診斷亦無法認定可為主診斷。	20
0402G	主診斷沒有證據支持，次診斷亦無法認定可為主診斷。	20
0403G	主診斷正確但主診斷編碼錯誤，次診斷碼亦無法認定可為主診斷碼。	20
0499G	其他病情與主診斷碼不符，次診斷碼亦無法認定可為主診斷碼。	20
05-	類別：違反 Tw-DRGs 支付標準或其他相關規定	
0501G	將屬 DRG 住院範圍之相關費用移轉至門診或急診申報。	20
0502G	應一次住院診療，卻分次住院。	20
0503G	違規向保險對象收取給付範圍費用。	20
0504G	連續住院不符切帳規定，卻刻意切帳申報 DRG。	20
0505G	未附病歷摘要或病歷摘要與病歷不符或病歷摘要不完整(例如未記載主次診斷或主次處置、轉院者未記載轉院之理由...)	20
0599G	其他違反 Tw-DRGs 支付標準或其他相關規定。	20
9-	類別：診斷、手術代碼不適當，改支其他 DRG	
9001G	申報之主診斷碼不適當，但次診斷碼經認定可列為主診斷碼，改支其他 DRG (不論手術處置碼是否改變)。	20

代碼	代碼名稱	法源
9002G	申報之次診斷碼不適當，予核刪次診斷碼，改支其他 DRG（不論手術處置碼是否改變）	20
9003G	申報之手術處置碼不適當，予核刪手術處置碼，改支其他 DRG。	20
9004G	病情與主診斷碼不符，但經審查建議之主診斷碼重新編審之 DRG 與申報 DRG 相同	20
9099G	其他診斷、手術代碼不適當，改支其他 DRG。	20
9101G	部分醫令核減，DRG 不變，支付型態改變，核減差額。	20
9102G	部分醫令核減，DRG 不變，支付型態不變，核減差額。	20

(三) 中醫專業審查不予支付理由代碼

代碼	代碼名稱	法源
01-	類別：病歷紀錄	
0101C	資料不全：未附病歷(含影像等)/報告，或所附病歷資料不齊(實施本項(診療/處置/治療/檢驗/檢查/藥品)，未依規定附期限內之相關病歷資料(檢查/檢驗報告))	1904
0103C	所附病歷(含影像等)/報告錯誤，或所附資料錯誤/不符(非本個案或基本資料、性別、日期/期限等錯誤)	1901、1904
0104C	病歷醫囑記錄上無醫師簽名或蓋章，該部分費用應予核扣	1907
0105C	檢查報告或治療記錄無執行者(醫師/醫檢師/治療師)簽章	1907
0106C	月日後醫師診療之病程紀錄無醫師簽名或蓋章，該部分診察費用應予核扣	1907
0107C	病歷未記載/無醫囑；或申報項目/數量與病歷記載不符	1901
0108C	治療紀錄皆以定型化單張勾選「或以堆疊式紀錄」，缺乏個別病患之具體治療內容	1907
0111C	不同病患但所附病歷資料均雷同	1907
0112C	所附病歷資料每次記載內容均雷同	1907
0113C	所附病歷資料凌亂，未依診療次序裝釘，無法辨識	1907
0114C	病歷記載字跡過於潦草，無法辨識	1908
0115C	病歷記載內容與醫令或申報不符	1917
0181C	無充分病歷資料(如主訴、病史、治療經過等)無法支持其診斷與治療內容	1907
0182C	僅附電腦處方箋，無法支持其診斷與治療內容	1907
0191C	病歷紀錄缺乏具體內容或過於簡略(主訴、病況、治療經過等)，無法支持其診斷與治療內容	1907
0192C	檢查檢驗結果，無法支持其診斷與治療內容	1907
0193C	未能顯示或判斷施予該項醫令之適當理由或必要性	1907
02-	類別：基本診療	
0201C	依據病歷記載及病況，不足以支持執行本項治療/不符醫療常規	1917
0202C	屬同療程之(診療/處置/治療/檢驗/檢查/藥品)，不應重複申報	1904、1917
0203C	本患者在該院所之看診次數頻繁，依據病況及病歷紀錄判斷並無需如此頻繁就醫，且亦不符醫學常理；屬非必要之連續就診，另應加強對於病患之說明/衛生教育	1902
0204C	治療內容與本保險支付標準不符	1906
0205C	治療與醫令/病歷記載不符	1917
0207C	藥事服務費因藥費不予支付，併同不予支付	19
03-	類別：藥品、特材	
0301C	已實施相關處置，依病況無再投予類似藥品之必要	1909
0302C	適應症/種類/用量(劑量/天數等)不符藥品/給付一般通則規定	1904
0303C	用藥份量重複(重複者：)	1910
0304C	申報藥品天數，不符醫學常規/一般醫理或慣用通則	1910

代碼	代碼名稱	法源
0305C	使用藥量，不符醫學常規或有礙醫療品質	1910
0306C	處方用藥與醫令/病歷記載/本保險支付標準規定不符	1904
04-	類別：檢查、檢驗	
0401C	與病情無關之檢查/檢驗(含研究、預防或健康檢查)	1901
0402C	未進行詳細理學檢查、問診、評估，逕予進行該項檢查/檢驗，不符一般醫學常理/程序，且病歷未記載具體特殊理由	1905
0403C	施行該項檢查/檢驗過於頻繁不合常理/無特殊理由，該項檢查不應列為常規檢查/無例行性檢查之必要	1905
0404C	依據之前的檢查/檢驗，已足以進行診斷/已達追蹤病況之目的，不需要再施行本項檢查/檢驗	1905
05-	類別：其他不符健保支付或審查規定	
0501C	不符審查注意事項一般原則第 條之規定	1917
0502C	不符審查注意事項第 條之規定	1917

(四) 牙醫專業審查不予支付理由代碼

代碼	代碼名稱	法源
01-	類別：病歷紀錄	
0101D	資料不全；未附病歷或所附病歷資料不齊未依規定期限內檢附之相關病歷資料。	1904、1907
0102D	病歷記載內容與申報不符。	1904
0103D	所附 X 光片或照片與病歷記載內容不符。	1904
0104D	本項診療處置未附 <input type="checkbox"/> 術前或 <input type="checkbox"/> 術後 X 光片或相片。	1904
0105D	根管治療申報難症特別處理之 90095C、90097C，未附 <input type="checkbox"/> 術前（原始診斷）X 光片或 <input type="checkbox"/> 術中（插針）X 光片或 <input type="checkbox"/> 術後（充填完成）X 光片。	1904
02-	類別：違反支付標準與審查事項	
0201D	病歷醫囑無醫師簽章無法確認醫療者及醫療專業程序是否合法完成。	1907
0202D	病歷內容及資料之記載未依規定塗改修正及未由該診治醫師簽章。	1907
0203D	病歷未具體記載主訴或發現或診斷或治療等情形無法支持其診斷及治療之必要性。	1907
0204D	屬同一療程之診療不應重複申報 <input type="checkbox"/> 診察費或 <input type="checkbox"/> 處置費用。	1904
0205D	違反全民健保服務機構服務審查辦法第 條，第 款。	1917
0206D	違反爭議審議委員會判例，理由 。	1917
0207D	不符合支付標準表醫療項目備註欄之規定。	1917
0208D	不符合全民健康保險醫療費用審查注意事項總則第貳條病歷審查原則第？項第？款第？目規定（請敘述理由）。	1917
0209D	違反附表 3.3.1 根管治療充填給付原則第 項。	1917
0210D	違反附表 3.3.2 牙周病給付原則第 項。	1917
0211D	01271C、01272C、01273C 於病歷中未載明診斷或發現。	1907
0212D	無具體醫療處置內容（90004C，90015C，91001C，92001C，92003C，92066C）。	1904
0213D	不符合牙醫醫療費用審查注意事項第？條第？項第？款第？目規定（請敘述理由）。	1917
0214D	不符合牙醫醫療服務試辦計畫適用對象條件（請敘述計畫名稱）	1917
03-	類別：專業判斷	
0301D	病歷記錄不完整或僅附電腦處方箋，無法確認診療醫師其醫療作業是否符合專業程序。	1917
0302D	X-ray 無法判讀。	1907
0303D	病歷記載字跡潦草無法辨識或判讀。	1908
0304D	處方用藥或治療缺乏積極療效。	1901
0305D	看診次數頻繁，病況及病歷紀錄依據專業醫療判斷，不符醫學常理屬非必要之連續就診。	1902
0306D	由整體病歷研讀（研判），處置、手術等治療記載不完整。	1907
0307D	根管未完成而做 O·D· 不合醫療常規。	1917
0309D	根管治療經詳細判讀所檢附 X 光片及病歷記載不符合醫療品質之訴求。	1917

代碼	代碼名稱	法源
0310D	根管治療90091C—90094C 所檢附之術前、術後、X光片無法充分舉證其難症狀況。	1907
04-	類別：通則	
0401D	原送審之處方明細及病歷影本上均已註明刪減理由，依醫師法及醫療法規，請勿修改病歷逕行申復。	1917
0402D	高額案件（申報金額： ）屬嚴審作業。	19
0403D	異常案件（理由 ）屬嚴審作業。	19
0404D	藥事服務費因藥費不予支付，併同不予支付	19