

程序審查不予支付理由代碼表(人工處理部分)

(90.03.08.健保審字第90006141號函)

代碼 F01-F99	資格、規定不符	代碼 H01-H99	申報錯誤	代碼 K01-K99	支付標準
F01-01	保險對象資格不符	H01-03	部分負擔註記錯誤	K11-03	提供居家照護個案之服務與申報之資源耗用
F02-02	不符保險給付範圍之規定	H02-03	部分負擔金額計算錯誤		群類別不符
F03-03	特約醫事服務機構資格不符	H03-08	重大傷病證明檔查無此人	K12-03	物理治療(中醫針灸)超過合理量計算
F04-03	特殊醫療服務之醫事人員資格不符	H04-08	與重大傷病證明檔出生日期不符	K13-03	申報數量超過規定之百分比
F05-03	申報醫師資格不符	H05-08	就醫期間在重大傷病證明檔生效日前或有效截止日後	K14-03	申報項目名稱已內含於各類病房費
F06-03	申報治療人員資格不符	H06-08	院所表示該筆費用誤報	K15-03	不符支付標準通則(備註)之規定
F07-03	居家照護、社區復健個案未經核准收案	H07-08	申報金額計算錯誤	K16-03	申報項目已內含於相關項目
F08-03	居家照護、社區復健個案未依規定申請延長	H08-08	申報數量(劑量)與病歷記載不符	K17-07	申報品項(數量)與事前審查同意品項(數量)不符
F09-04	資料填載不完整	H09-08	申報項目與病歷記載不符		
F10-05	檢附資料不齊全，未附：	H10-08	申報與實際不符	K99	其他請註明理由
F11-07	事前審查未報備	H11-08	申報之醫事人員身分證號與病歷記載或實際執行者不符		
F12-08	非有效期間內申報之費用				
F13-08	非特約科別或項目	H12-08	院所列印書面資料與媒體申報資料不符	L01-L99	特材
F14-08	住院期間經查不在醫院、亦未按規定請假	H13-08	其他申報錯誤		
F15-08	檢附報告非住院期間報告	H14-08	其他重複申報	L01-03	比照藥物核減
F16-08	案件分類申報不符規定	H99	其他請註明理由	L02-03	比照檢查費核減
F17-08	地區醫院(含)以下層級,耳鼻喉科、眼科、婦產科之局部處置申報案件逾30%			L03-03	比照放射線診療費核減
F18-08	與申報規定不符	J01-J99	藥品	L04-03	比照治療處置費核減
F99	其他請註明理由			L05-03	比照手術費核減
G01-G99	診察費及診療費	J01-03	溢報藥事服務費	L06-03	比照復健治療費核減
G01-03	門診合理量診察費計算錯誤	J02-03	溢報藥費	L07-03	比照血液血漿費核減
G02-03	溢報診察費(點數申報錯誤)	J03-03	不符給藥日數之規定	L08-03	比照血液透析費核減
G03-03	同療程診察費重複申報	J04-03	藥品代碼與藥品名稱不符	L09-03	比照麻醉費核減
G04-03	預防保健費用不得另報診察費	J05-03	注射技術費比照藥物核減	L10-03	比照精神科治療費核減
G05-03	中醫不符同日診療合併申報之規定	J06-03	藥品已內含於相關支付標準	L11-03	比照注射技術費核減
G06-08	同日、同傷病、同醫師看診未合併申報費用	J07-07	申報藥品品項與事前審查同意品項不符	L12-03	比照管灌飲食費核減
G07-08	門(急)診當日轉住院同(科)醫師診治重複申報診察費	J08-08	實施醫藥分業地區，診所未聘有專任藥事人員之診所不得自行調劑案件	L13-03	特材管理費數量錯誤
		J99	其他請註明理由	L14-03	申報項目名稱與特材代碼不同
		K01-K99	支付標準	L15-03	申報不合規定或違反常理
				L16-03	支付標準已含一般及特殊材料
				L17-03	特材申報與支付標準規定不符
				L18-07	申報特材品項(數量)與事前審查同意品項(數量)不符
G99	其他請註明理由	K01-03	不符支付標準屬同科專科醫師之會診	L99	其他請註明理由
		K02-03	住院會診費超過支付標準規定次數		
		K03-03	依主項目核減本項併行核減		
		K04-03	外送代檢限同層級項目		
		K05-03	支付成數錯誤		
		K06-03	未按規定折扣		
		K07-03	非急診加成項目		
		K08-03	非兒童加成項目		
		K09-03	非急診、非兒童加成項目		
		K10-03	申報項目名稱與支付標準(代碼)不同		

程序審查不予支付理由代碼表(人工處理部分)

(90.03.08.健保審字第90006141號函)

代碼	藥局	說明:
M01-M99		一. 全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第十四條 保險醫事服務機構醫療服務申報資料, 保險人應依下列項目進行程序審查:
M01-08	未附原交付調劑處方箋	一、保險對象資格
M02-08	申報內容與原交付調劑處方箋內容不符	二、保險給付範圍之核對
M03-08	一般處方箋(慢性病)調劑日期逾就醫日期三(七)日	三、本保險支付標準及藥價基準之項目、點數申報、執行條件與資格及其相關規定正確性之核對
M04-08	處方箋調劑日期逾有效日期	四、資料填載之完整性
M05-08	慢性病連續處方箋調劑次數逾可調劑次數	五、檢附資料之齊全性
M06-08	藥品種類重複申報	六、論病例計酬案件之基本診療項目之初審
M07-08	替代藥申報藥價高於原交付調劑處方箋申報藥價	七、事前審查之核對
M08-08	藥品申報數量高於原交付調劑處方箋申報數量	八、其他醫療服務申報程序審查事項
M09-08	慢性病連續處方箋總給藥日數逾90日	二. 代碼之後二碼係代表全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第十四條所列之各款, 如:F01-01保險對象資格不符
M10-08	不符日劑藥調劑規定	係該辦法第十四條第一款審查之結果
M11-08	日劑藥費申報錯誤	
M99	其他請註明理由	