全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 部分診療項目修正草案總說明

依據全民健康保險法第四十一條規定,及本署於一百零七年六月十四日召開之一百零七年度第二次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」會議結論,爰配合修正本支付標準。

本次修正重點說明如下:

- 一、第二部西醫第二章特定診療:
 - (一)檢查(第一節):修訂編號 10813B「大麻檢測(免疫分析)」英文名稱。
 - (二)治療處置(第六節):新增編號 56041K「迷走神經刺激術(VNS)— 參數調整」支付點數 2,087 點。
 - (三)手術(第七節):新增編號 83102K「迷走神經刺激術(VNS)—植入」 支付點數 18,242 點,及修訂 84038B「人工電子耳手術(人工耳蝸植 入術)」支付規範。

二、第三部牙醫第三章牙科處置及手術:

- (一)牙體復形(第一節):修訂編號 89004C「前牙複合樹脂充填—單面」 等二十四項診療項目英譯名稱及英譯文字。
- (二)根管治療(第二節):修訂編號 90001C「恆牙根管治療(單根)」等二十七項診療項目英譯名稱及英譯文字。
- (三)牙周病學(第三節):修訂編號 91001C「牙周病緊急處置」等二十四項診療項目英譯名稱及英譯文字。
- (四)口腔顎面外科(第四節):修訂編號 92001C「非特定局部治療」等五十八項診療項目英譯名稱及英譯文字。

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」配合修正頁碼如下:

部	章	節	修改頁碼
		第一節 檢查	第 21 頁
第二部西醫	第二章 特定診療	第六節 治療處置	第 31、35 頁
		第七節 手術	第 99、106、108 頁
		第一節 牙體復形	第 1-5 頁
第三部	第三章	第二節 根管治療	第 6-10 頁
牙醫	牙科處置及手術	第三節 牙周病學	第 11-15 頁
		第四節 口腔顎面外科	第 16-31 頁

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正草案 條文對照表

			現行條文	說明
炒 一 如				修訂檢查診療
第二部			第二部 西醫	阿可做鱼的原 項 目 編 號
	-章 特定診療 Specific Diagnos	isand Treatment	第二章 特定診療 Specific Diagnosisand Treatment	10813B 英文名
第一節	檢查Laboratory Examination		第一節 檢查Laboratory Examination	稱
		基地區醫 支 層區域學 付	基地區醫支層區域學付	
編號	診療項目	院醫醫中 點 所院院心 數	編號 診療項目	
	大麻檢測(免疫分析) Cannabinoids (ELA	A) v v v 250	10813B 大麻檢測(免疫分析) Connabinoids (EIA) v v v 250	
	註:1.限鑑別診斷用。 2.限精神科教學醫院申報。		註:1.限鑑別診斷用。 2.限精神科教學醫院申報。	
第六節	治療處置 Therapeutic Treatm	nent	第六節 治療處置 Therapeutic Treatment	新增外科處置
第一項	-		第一項 處置費 Treatment	項目「迷走神經 刺激術(VNS)
十、外科	處置 General Surgery Treatment (56001-	5604 <u>1</u>)	十、外科處置 General Surgery Treatment (56001-56040)	
		基地區醫支		(編號
編號	診療項目	層區域學 付		56041K),支付
物用加	砂原項目	院醫醫中 點		點數 2,087 點。
		所院院心 數		
	迷走神經刺激術(VNS)—參數調整 註:	<u>v</u> 2087		
	<u> </u>			
	(1)無法以抗癲癇藥控制病情的頑固型			
	癲癇病患。			
	(2)頑固型癲癇病患定義:已服用或曾	服		
	用二種以上具適應症並已違有效劑			
	量之抗癲癇藥物至少一年以上,仍	<u>無</u>		
	法控制發作。			
	2.支付規範:			
	(1)特殊專科別限制:小兒神經內科、	<u>神</u>		
	經內科及神經外科之專科醫師。			
	(2)執行頻率:每月一次。			***************************************
第七節	1 手術		第七節 手術	新增神經外科 手術項目「迷走
第十項	神經外科 Neurosurgery (83001-8310 <u>2</u>)		第十項 神經外科 Neurosurgery (83001-83100)	神經刺激術
/4 PF	٠٨	基地區醫 支 層區域學 付		(VNS)—植入」 (編號
編號	診療項目	院醫醫中 點		83102K),支付 點數 18,242 點。
		所院院心 數		為古安文 10,242 為古。
83102K	迷走神經刺激術 (VNS) —植入	v 18242		
	註:			
	1.適應症:			
	(1)無法以抗癲癇藥控制病情的頑固型	.		
	癲癇病患。			
	(2)頑固型癲癇病患定義:已服用或曾	服		
	用二種以上具適應症並已違有效劑			
	量之抗癲癇藥物至少一年以上,仍	<u>無</u>		
	法控制發作。			
	2.支付規範:			
	(1)特殊專科別限制:神經外科。 (2)執行頻率:須事前審查,每人僅需	<u>執</u>		
	行一次。	774		
	(3)不得同時申報 56037B「深部腦核?			
	生理定位」、83056B「癲癇症腦葉	_		
	除術」、83084B「立體定位術-功			
	性失調」及 72029B「迷走神經切			
	術」。	_		
	(4)含一般材料費,得另加計11%。			
	(1) 11 14 11 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			

14 nt	W et et a	地區		/ <u>/</u> 17 h	W + T -	基層		支付	項 目 <i>8</i> 84038B 信字。
編號	診療項目	醫院院		編號	診療項目	院所		點數	
84038B	人工電子耳手術(人工耳蝸植入術) 註: 限設有聽語復健治療團隊(包括耳鼻喉科專科醫師或復健專科醫師、聽力師、語言治療師等)之醫院申報,施行本項適應症如下: 1.兒童: (1)兩耳聽力損失呈=>90dB HL (0.5、1、2、4K Hz)。 (2)先前使用助聽器 3~6個月以上,助聽後開放式語詞辨識得分(PBKword)0~12%,或是噪聲下語詞測驗得分<30%。無手術植入電極之禁忌。 2.成人: (1)學語後失聰且兩耳聽力損失呈=>90dBHL(0.5、1、2、4K Hz)。 (2)先前使用助聽器 6個月以上,助聽後開放式語詞辨識得分(PBKword)	 V V V			人工電子耳手術(人工耳蝸植入術) 註: 限設有聽語復健治療團隊(包括復健專科醫師、聽力師、語言治療師等)之醫院申報,施行本項適應症如下: 1.兒童: (1)兩耳聽力損失星=>90dB HL (0.5、1、2、4K Hz)。 (2)先前使用助聽器 3~6個月以上,助聽後開放式語詞辨識得分(PBKword)0~12%,或是噪聲下語詞測驗得分<30%。無手術植入電極之禁忌。 2.成人: (1)學語後失聰且兩耳聽力損失星=>90dBHL(0.5、1、2、4K Hz)。 (2)先前使用助聽器6個月以上,助聽後開放式語詞辨識得分(PBKword)後開放式語詞辨識得分(PBKword)				
	< 30 %。 (3)無手術植入電極之禁忌。				< 30 %。 (3)無手術植入電極之禁忌。				

第三部 牙醫 修訂牙體復形 第三部 牙醫 編號 89004C、 第三章 牙科處置及手術 DentalTreatment & 第三章 牙科處置及手術 Dental Treatment & 89005C \ operation 89007C \ operation 89008C \ 第一節 牙體復形 Operative Dentistry 第一節 牙體復形 Operative Dentistry 89009C \ (89001-89015, 89088, 89101-89115) (89001-89015, 89088, 89101-89115) 89010C \ 89011C \ 基地區醫 基地區醫 支 89012C \ 層區域學 層區域學 付 付 89014C \ 編號 診療項目 編號 診療項目 院醫醫中 院醫醫中 點 點 89015C \ 所院院心 所院院心 數 89088C \ 前牙複合樹脂充填 89101C \ 前牙複合樹脂充填 Anterior teeth 89102C \ Composite resin restoration in anterior teeth composite resin restoration 89103C、 89004C | 一單面 single surface 89004C | 一單面 single surface $\mathbf{v} \mid \mathbf{v} \mid \mathbf{v}$ 500 $\mathbf{v} \mid \mathbf{v}$ $\mathbf{v} \mid \mathbf{v}$ 500 89104C \ 89005C 一雙面 two surfaces $\mathbf{v} \mid \mathbf{v}$ $\mathbf{v} \mid \mathbf{v} \mid \mathbf{v} \mid \mathbf{v}$ 89005C | 一雙面 two surfaces 650 $\mathbf{v} \mid \mathbf{v}$ 650 89105C \ 註: 註: 89108C \ 1.同顆牙申報前牙複合樹脂充填,乳牙一 1.同顆牙申報前牙複合樹脂充填,乳牙一 89109C \ 年、恆牙一年半內,不論任何原因,所 年、恆牙一年半內,不論任何原因,所 89110C \ 做任何形式 (窩洞及材質) 之再填補, 做任何形式 (窩洞及材質) 之再填補, 89111C、 皆不得再申報充填(89001C~89005C, 皆不得再申報充填(89001C~89005C, 89112C \ 89008C~89012C, 89014C~89015C) 89008C~89012C, 89014C~89015C) 89113C \ 費用。 費用。 89114C、 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 89115C 共二十 3.申報面數最高以二面為限。 3.申報面數最高以二面為限。 四項診療項目 89007C 釘強化術 (每支) $\mathbf{v} \mid \mathbf{v} \mid \mathbf{v}$ v 500 89007C 釘強化術 (每支) v 500 英文名稱 Enforcing pin, each Use of pin, each 註: 1. 需檢附術後X光片與填補合併申報。 1. 需檢附術後X光片與填補合併申報。 2.僅限恆牙。 2.僅限恆牙。 後牙複合樹脂充填 後牙複合樹脂充填 Composite resin restoration in posterior Posterior teeth composite resin restoration |89008C||一單面 single surface $\mathbf{v} \mid \mathbf{v}$ 600 89008C | 一單面 single surface $\mathbf{v} \mid \mathbf{v} \mid \mathbf{v}$ 600 $\mathbf{v} \mid \mathbf{v}$ $\mathbf{v} \mid \mathbf{v} \mid \mathbf{v}$ 89009C | 一雙面 two surfaces 800 89009C 一雙面 two surfaces 800 \mathbf{v} $\mathbf{v} \mid \mathbf{v}$ 89010C | 一三面 three surfaces 89010C 一三面 three surfaces $\mathbf{v} \mid \mathbf{v} \mid \mathbf{v}$ 1000 $\mathbf{v} \mid \mathbf{v}$ 1000 註: 1. 同顆牙申報複合樹脂充填,乳牙一年、 1. 同顆牙申報複合樹脂充填,乳牙一年、 恆牙一年半內,不論任何原因,所做任 恆牙一年半內,不論任何原因,所做任 何形式(窩洞及材質)之再填補,皆不 何形式(窩洞及材質)之再填補,皆不 得再申報充填(89001C~89005C, 得再申報充填(89001C~89005C, 89008C~89012C , 89014C~89015C) $89008C \sim 89012C \cdot 89014C \sim 89015C$ 費用。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。 3.申報面數最高以三面為限。 89011C 玻璃離子體充填 $\mathbf{v} | \mathbf{v} | \mathbf{v} | \mathbf{v}$ 400 89011C 玻璃離子體充填 400 Glass Ionomer Cement Glass <u>ionomer</u> <u>cement</u> <u>restoration</u> 1.同顆牙申報玻璃離子體充填,乳牙一 1.同顆牙申報玻璃離子體充填,乳牙一 年、恆牙一年半內,不論任何原因,所 年、恆牙一年半內,不論任何原因,所 做任何形式 (窩洞及材質) 之再填補,皆 做任何形式 (窩洞及材質)之再填補,皆 不得再申報充填(89001C~89005C, 不得再申報充填(89001C~89005C, 89008C~89012C,89014C~89015C)費 89008C~89012C,89014C~89015C)費 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 v v v v 89012C 前牙三面複合樹脂充填 $\mathbf{v} \mid \mathbf{v}$ 1050 1050 |89012C||前牙三面複合樹脂充填 V v Anterior teeth composite resin restoration <u>Three-surface</u> composite resin restoration <u>in</u> anterior teeth 1.同顆牙申報複合樹脂充填,乳牙一年、 1.同顆牙申報複合樹脂充填,乳牙一年、 恆牙一年半內,不論任何原因,所做任 恆牙一年半內,不論任何原因,所做任 何形式 (窩洞及材質) 之再填補,皆不 何形式(窩洞及材質)之再填補,皆不 得再申報充填(89001C~89005C, 得再申報充填(89001C~89005C, 89008C~89012C,89014C~89015C) 費 89008C~89012C,89014C~89015C)費 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。 3.申報面數最高以三面為限。 $\mathbf{v} \mid \mathbf{v} \mid \mathbf{v} \mid \mathbf{v}$ 89014C 前牙雙鄰接面複合樹脂充填 1200 89014C 前牙雙鄰接面複合樹脂充填 $\mathbf{v} \mid \mathbf{v}$ V \mathbf{v} 1200 Composite resin restoration for mesio and Composite resin restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in disto proximal caries anterior teeth 註: 註: 1.同顆牙申報前牙雙鄰接面複合樹脂充 1.同顆牙申報前牙雙鄰接面複合樹脂充

	+ 4							+ 2					
	填,乳牙一年、恆牙一年半內,不論任							填,乳牙一年、恆牙一年半內,不論任					
	何原因,所做任何形式(窩洞及材質)							何原因,所做任何形式(窩洞及材質)					
	之再填補,皆不得再申報充填(89001C							之再填補,皆不得再申報充填(89001C					
	~89005C, 89008C~89012C, 89014C							~89005C, 89008C~89012C, 89014C					
	~89015C)費用。							~89015C)費用。					
	2.應於病歷詳列充填牙面部位。						-	2.應於病歷詳列充填牙面部位。					
	後牙雙鄰接面複合樹脂充填	V	V	V	V	1450	89015C	後牙雙鄰接面複合樹脂充填	V	V	V	V	1450
	Composite resin restoration for <u>two</u>							Composite resin restoration for mesio and					
	proximal (mesial and distal) surfaces in							disto proximal caries					
	posterior teeth												
	註:							註:					
	1.同顆牙申報後牙雙鄰接面複合樹脂充							1.同顆牙申報後牙雙鄰接面複合樹脂充					
	填,乳牙一年、恆牙一年半內,不論任							填,乳牙一年、恆牙一年半內,不論任					
	何原因,所做任何形式(窩洞及材質)							何原因,所做任何形式(窩洞及材質)					
	之再填補,皆不得再申報充填(89001C							之再填補,皆不得再申報充填(89001C					
	~89005C , 89008C~89012C , 89014C							~89005C, 89008C~89012C, 89014C					
	~89015C)費用。							~89015C)費用。					
	2.應於病歷詳列充填牙面部位。							2.應於病歷詳列充填牙面部位。					
	3.充填牙面部位應包含雙鄰接面(Mesial,							3.充填牙面部位應包含雙鄰接面(Mesial,					
	M; Distal, D)及咬合面(Occlusal, O)。							M; Distal, D)及咬合面(Occlusal, O)。					
89088C	牙體復形轉出醫療院所之轉診費用	V	v	V	v	200	89088C	牙體復形轉出醫療院所之轉診費用	v	V	V	v	200
,,,,,,,	Referral fee for dental restoration	, v	*	v	"	200	070000	7 短饭儿村山西凉儿川~村的貝川	*	•	•	•	200
	註:							註:					
	社· 1.交付病人牙醫醫療院所轉診單,且病歷												
								1.交付病人牙醫醫療院所轉診單,且病歷					
	應記載。							應記載。					
	2.提供病人或家屬相關諮詢及轉出病歷摘 兩(不白含V x 以)。							2.提供病人或家屬相關諮詢及轉出病歷摘 西(不句会V火口)。					
	要(不包含X光片)。							要(不包含X光片)。					
	3.此項不得申請轉診加成。							3.此項不得申請轉診加成。					
	特殊狀況之銀粉充填							特殊狀況之銀粉充填					
	Amalgam restoration for patients with							Amalgam restoration					
	special needs												
9101C	— 單面 single surface	V	V	V	V	450	89101C	— 單面 single surface	V	V	V	V	450
9102C	— 雙面 two surfaces	V	v	V	v	600	89102C	— 雙面 two surfaces	v	V	V	v	600
9103C	— 三面 three surfaces	v	v	v	v	750	89103C	— 三面 three surfaces	v	v	v	v	750
	註:							註:					
	 1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特												
	殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、							殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、					
	放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。							放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。					
	2.應於病歷詳列充填牙面部位。							2.應於病歷詳列充填牙面部位。					
	 3.申報面數最高以三面為限。 							3.申報面數最高以三面為限。					
	特殊狀況之前牙複合樹脂充填							特殊狀況之前牙複合樹脂充填					
	Composite resin restoration in anterior teeth							Anterior teeth compositeresin restoration					
01046	for patients with special needs					500	001046	m - · 1 c					500
	一單面 single surface		V			500		一單面 single surface				V	500
9105C	一雙面 two surfaces	V	V	V	V	650	89105C	一雙面 two surfaces	V	V	V	V	650
	註:							註:					
	1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特							1. 適用於「全民健康保險牙醫門診總額特					
	殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、							殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、					
	放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。							放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。					
	2.應於病歷詳列充填牙面部位。							2.應於病歷詳列充填牙面部位。					
	3.申報面數最高以二面為限。				Ш			3.申報面數最高以二面為限。					
	特殊狀況之後牙複合樹脂充填							特殊狀況之後牙複合樹脂充填					
	Composite resin restoration in posterior							Posterior teeth composite resin restoration					
	teeth for patients with special needs												
9108C	一單面 single surface	v	v	v	v	600	89108C	一單面 single surface	v	v	v	v	600
9109C	一雙面 two surfaces	17	v	17	37	800		一雙面 two surfaces	17	1,7	17	v	800
9110C	一三面 three surfaces	V	V	V	V	1000	89110C	一三面 three surfaces	V	V	V	V	1000
	註:							註:					
	1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特							1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特					
	殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、							殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、					
	放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。							放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。					
	2.應於病歷詳列充填牙面部位。							2.應於病歷詳列充填牙面部位。					
	3.申報面數最高以三面為限。							3.申報面數最高以三面為限。					
891116	5. F 報	17	v	17	v	400		5. 下 報 回 数 取 同 以 三 回 荷 സ 。 特 殊 狀 況 之 玻 璃 離 子 體 充 填	17	1,7	17	v	400
,,1110	仔妹狀況之坡馮離丁鰚允埧 Glass ionomer cement restoration for	V	ľ	V	V	+00		行然狀況之坡瑙離丁履允填 Glass Ionomer Cement	\ \ \	*	*	\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	400
								Grass ronomer Cement					
	patients with special needs							٠					
	註: 1、12日以「2日/4古/11以几般明从偏应社							主:					
	1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特」							1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特」					
	殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、							殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、					
	放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。							放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。					
	2.應於病歷詳列充填牙面部位。	1	ı	i	i 1		1 1	2.應於病歷詳列充填牙面部位。	1	1	1	1	ı [

89112C	特殊狀況之前牙三面複合樹脂充填 Three-surface composite resin restoration in anterior teeth for patients with special needs 註: 1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、	V	V	V	1050	8	註: 1.適用於「全民化	三面複合樹脂充填 mposite resin restoration 健康保險牙醫門診總額特 畫」之適用對象、化療、	V	v	V	V	1050	
	放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。							者之牙醫醫療服務申報。 充填牙面部位。						
89113C	特殊狀況之複合體充填 Compomer restoration for patients with special needs 註: 1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特	V	V	V	800	8	13C 特殊狀況之複合 Compomer restor 註: 1.適用於「全民作		v	v	V	V	800	
89114C	殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、 放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.限恆牙牙根齲齒申報。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。 特殊狀況之前牙雙鄰接面複合樹脂充填	v	/ V	v	1200		放射線治療患 2.限恆牙牙根齲 3.應於病歷詳列	,	v	v	V	V	1200	
	Composite resin restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in anterior teeth for patients with special needs 註:				1200			restoration for mesio and	V	V	V	V	1200	
001150	1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。				1450		殊醫療服務計 放射線治療患 2.應於病歷詳列							
	特殊狀況之後牙雙鄰接面複合樹脂充填 Composite resin restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in posterior teeth for patients with special needs	V	V	V	1450	[[8	Composite resin redisto proximal car	雙鄰接面複合樹脂充填 restoration for mesio and ries	v	V	V	V	1450	
	註: 1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.充填牙面部位應包含雙鄰接面(Mesial, M; Distal, D)及咬合面(Occlusal, O)。						殊醫療服務計 放射線治療患 2.應於病歷詳列 3.充填牙面部位	健康保險牙醫門診總額特畫」之適用對象、化療、者之牙醫醫療服務申報。 充填牙面部位。 應包含雙鄰接面(Mesial, 咬合面(Occlusal, O)。						

	- 根管治療 - Endodontics (90001-900) 90098,90112)						,	根管治療 Endodontics (90001-900) 90098,90112)						編5 900
		基	地	品	醫酉	支			基	地	。區	醫	支	900
編號	診療項目		品			付	編號	診療項目				學	付	90
10mg 3//C	<i>₩</i> , × 1		醫			點	19mg 3//C	<i>50 /A</i> · X 1				中	點	90
000016	恆牙根管治療 (單根)	1	院 v	_		<u>數</u> 1010	00001C	恆牙根管治療(單根)Endodontic <u>s</u>	P/T V	1	1	S V	<u>數</u> 1010	90
90001C	Endodontic treatment of a permanent tooth	V	ľ	v	V	1010	90001C	型才依官冶療(早根)Endodonics	V	V	V	V	1010	90 90
	with single root canal													90
90002C	恆牙根管治療(雙根)	V	V	v	V	2010	90002C	恆牙根管治療(雙根)Endodontics	V	V	V	V	2010	90
	Endodontic treatment of a permanent tooth with two root canals													90
90003C	恆牙根管治療(三根以上)	v	v	v	v	3010	90003C	 恆牙根管治療(三根以上)Endodontics	v	v	v	v	3010	90
	Endodontic treatment of a permanent tooth													90
	with three root canals													90
90019C	恆牙根管治療(四根)	v	V	V	V	4010	90019C	恆牙根管治療(四根)Endodontic <u>s</u>	V	v	V	V	4010	90
	Endodontic treatment of a permanent tooth													90
90020C	with four root canals 恆牙根管治療(五根(含)以上)	v	v	v	v	5010	90020C	 恒牙根管治療(五根(含)以上)Endodontic <u>s</u>	v	v	v	v	5010	90
700200	Endodontic treatment of a permanent tooth	ľ				5010		EA WE TO 从 (五) 从 E) Endodonides	'	ľ		'	3010	90
	with five(and above) root canals													90
	註:							註:						90
	1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、斷							 1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、斷						90
	髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管							髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管						90 セ
	充填等各有關治療項目費用在內。							充填等各有關治療項目費用在內。						英
	2.本項目於全部治療過程完畢併加90015C							2.本項目於全部治療過程完畢併加90015C						
	專案申報;如未完成,改以90015C申							專案申報;如未完成,改以90015C申						
	報。(期間限申報一次診療費) 2 中却弗用時,雷阳公療並與公療後又北							報。(期間限申報一次診療費) 2 中却弗用時,雲點公療前與公療後又北						
	3.申報費用時,需附治療前與治療後X光 片以為審核;「全民健康保險牙醫門診							3.申報費用時,需附治療前與治療後X光 片以為審核;「全民健康保險牙醫門診						
	總額特殊醫療服務計畫」之適用對象無							万以為番核, 主氏健康保險了酉门診 總額特殊醫療服務計畫 之適用對象無						
	法配合照射X光片不在此限。							法配合照射X光片不在此限。						
	4.六十天之同一牙位重新治療為同一療							4.六十天之同一牙位重新治療為同一療						
	程。							程。						
	5.如同牙位九十天內重覆申報90001、							5.如同牙位九十天內重覆申報90001、						
	90002C、90003C、90019C、90020C者,							90002C、90003C、90019C、90020C者,						
200040	則以支付點數最高者申報。					150	00004G	則以支付點數最高者申報。					150	
90004C	齒內治療緊急處理 Management of endodontic emergencies	V	V	V	V	150	90004C	齒內治療緊急處理 Endodontic emergency treatment	V	V	V	V	150	
	註:							註:						
	1.需記載具體處置內容。							1.需記載具體處置內容。						
	2.此項不得申請轉診加成。							2.此項不得申請轉診加成。						
90005C	乳牙斷髓處理	v	v	v	v	800	90005C	乳牙斷髓處理	v	v	v	v	800	
	Pulpotomy of primary tooth							Primary tooth pulpotomy						
	註:							註: 1						
	1. 需附治療前 X 光片以為審核 (X 光片費							1. 需附治療前 X 光片以為審核 (X 光片費 田口內含)。						
	用已內含)。 2.六十天內,不得再申報90015C。							用已內含)。 2.六十天內,不得再申報90015C。						
	3.麻醉費用內含。							3. 麻醉費用內含。						
	難症特別處理Management of endodontic				1			難症特別處理Difficult case special						
	difficult case ,範圍如下所列各項:							treatment,範圍如下所列各項:						
	一大臼齒(C-Shaped)根管	v	v	v	v	1000		一大臼齒(C-Shaped)根管	v	v	v	v	1000	
90092C	一有額外根管者	V	v	V	V	1000	90092C	一有額外根管者	v	V	V	v	1000	
	(1)前牙及下顎小臼齒有超過一根管者。							(1)前牙及下顎小臼齒有超過一根管者。						
	(2)上顎小臼齒有超過二根管者。							(2)上顎小臼齒有超過二根管者。						
	(3)大臼齒有超過三根管者。 (4)以實際超過根管數計算。							(3)大臼齒有超過三根管者。 (4)以實際超過根管數計算。						
90093C		v	v	$_{\mathbf{v}} $	\mathbf{v}	1000	90093C		v	v	v	v	1000	
,00730	同一醫療院所),以根管數計算。	ľ		•	*	1000		祝官行劢号曲·祝官町记户品概画劢(升 同一醫療院所),以根管數計算。	ľ	ľ	•	\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	1000	
90094C		v	v	v	v	1500	90094C		v	v	v	v	1500	
	顯現出radioopaque等有obstruction之根							顯現出radioopaque等有obstruction之根						
000050	管等個案,以根管數計算。	_				1,000	00005	管等個案,以根管數計算。	_	_			1,000	
90095C	一符合附表3.3.1標準之多根管根管治 來。(雖根簽)	V	V	V	V	1600	90095C	一符合附表3.3.1標準之多根管根管治 感。(雙根等)	V	V	V	V	1600	
900960	療。(雙根管) 一符合附表3.3.1標準之多根管根管治	W	v	v	v	2400	900960	療。(雙根管) 一符合附表3.3.1標準之多根管根管治	v	W	17	v	2400	
, 00 JUC	一付合附表3.3.1保华之夕依官依官冶 療。(三根管)	ľ	\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	٧	*	∠ + ∪∪	100900	一付合的表3.3.1保华之多依官依官冶療。(三根管)	v	ľ	ľ	v	∠ 1 00	
90097C	一符合附表3.3.1標準之多根管根管治	v	v	\mathbf{v}	v	3200	90097C	一符合附表3.3.1標準之多根管根管治	v	v	v	v	3200	
	- 17 L 111 PERCENT IN 1 - 7 100 L 100 L 10	1 '	ı ' [.	1	2200		N D IN POSSESSION I SOUTH DANS THE PARTY OF	1 '	1 .	1 '	1 '	2200	

	T	1	1	ı			<u> </u>	T		1	ı		
90098C		V	V	V	V	4000	90098C		V	V	V	V	4000
	療。(五根及五根以上根管)							療。(五根及五根以上根管)					
	上列支付項目90091C-90098C申報說明如							上列支付項目90091C-90098C申報說明如					
	下列:							下列:					
	註:							註:					
	1.90091C-90094C須檢附術前或術後舉證							1.90091C-90094C須檢附術前或術後舉證					
	之X光片,其餘需附診斷、測量長度及							之X光片,其餘需附診斷、測量長度及					
	充填完成之X光片(X光片費用已內							充填完成之X光片(X光片費用已內					
	含)。							含)。					
	2.GP過度充填(over filling)不得申報							2.GP過度充填(over filling)不得申報					
	90095C~ 90098C °							90095C~ 90098C ·					
90010C	根尖逆充填術	v	V	v	v	900	90010C	根尖逆充填術	v	v	v	v	900
	Root-end filling							Retrograde filling					
	註:以根管數計算,需檢附術後X光片(X							註:以根管數計算,需檢附術後X光片(X					
	光片費用已內含)。							光片費用已內含)。					
90011C	牙齒再植術	v	v	v	v	1000	90011C	牙齒再植術	v	v	v	v	1000
	Intentional tooth replantation							Replantation					
	註:不包括根管治療,需檢附術前及術後							註:不包括根管治療,需檢附術前及術後					
	x 光片以為審核(X光片費用已內							x 光片以為審核 (X 光片費用已內					
	含)。							含)。					
90012C	橡皮障防濕裝置	v	v	v	v	150	90012C	橡皮障防濕裝置	v	v	v	v	150
	Rubber dam isolation							Rubber dam appliance					
	註:							註:					
	T. 銀粉、複合樹脂、玻璃離子體及複合體							Langle 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1.					
	充填時,橡皮障防濕裝置視病情需要使							充填時,橡皮障防濕裝置視病情需要使					
	一 九块时,修及厚仍然表重优纳明而安使 一 用。							九块时,你及厚仍然农且优纳明而安使 用。					
	2.使用橡皮障防濕裝置時,需檢附X光片												
	Z.使用橡皮障仍燃表直听,而倾附 A.无片 或相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判							2.使用橡皮障仍然装直时,而被附入九斤 或相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判					
								□ 或相方(
	讀)佐證。(X光片或相片費用已內含)。												
	根尖成形術或根尖生成術							根尖成形術或根尖生成術					
00120	Apexification or Apexogenesis					500	000120	Apexification or Apexogenesis					500
	─ 前牙 <u>A</u> nterior <u>tooth</u>			V		500		— 前牙 anterior teeth			V		500
0014C	─ 後牙 <u>P</u> osterior <u>tooth</u>	V	V	V	V	1000	90014C	— 後牙 posterior teeth	V	V	V	V	1000
	註:							註:					
	1.限開根尖式根管者(open apex)。							1.限開根尖式根管者(open apex)。					
	2.處置完成(根尖成形)後需檢附術前、							2.處置完成(根尖成形)後需檢附術前、					
	術後X光片(術後X光片費用另計)申							術後X光片(術後X光片費用另計)申					
	報,處置完成前之追蹤檢查,每三個月							報,處置完成前之追蹤檢查,每三個月					
	可視需要申報診察費及X光費用。							可視需要申報診察費及X光費用。					
0015C	根管開擴及清創	V	V	V	V	600	90015C	根管開擴及清創	V	V	V	V	600
	Access cavity preparation, cleaning and							Canal enlarge & debridement					
	shaping of the root canal system												
	註:							註:					
	1.單獨申報此費用時,需檢附未完成充填							1.單獨申報此費用時,需檢附未完成充填					
	前X光片以為審核。「全民健康保險牙							前X光片以為審核。「全民健康保險牙					
	醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用							醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用					
	對象不在此限。							對象不在此限。					
	2.已申報斷髓處理,六十天內不得再申報							2.已申報斷髓處理,六十天內不得再申報					
	此項費用。							此項費用。					
	3.六十天內不得重覆申報。							3.六十天內不得重覆申報。					
	4.本項目 X 光片費用已內含。							4.本項目 X 光片費用已內含。					
	5.麻醉費用內含。							5.麻醉費用內含。					
0016C	乳牙根管治療	v	v	v	v	1010	90016C	乳牙根管治療	v	v	v	v	1010
	Endodontic treatment of primary tooth							Milk tooth pulpectomy					
	註:							註:					
	1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、拔							1.本項費用包括 X 光費用、局部麻醉、拔					
	髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管							髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管					
	充填等各有關治療項目費用在內。							充填等各有關治療項目費用在內。					
	2.本項目於全部治療過程完畢併加90015C							2.本項目於全部治療過程完畢併加90015C					
	專案申報(如已申報90005C,六十天內							專案申報(如已申報90005C,六十天內					
	不得再併加90015C申報);如未完成,							不得再併加90015C申報);如未完成,					
	改以90015C申報。(期間限申報一次診							改以90015C申報。(期間限申報一次診					
	療費)。							療費)。					
	3.申報費用時,需附治療前與治療後X光							3.申報費用時,需附治療前與治療後X光					
		i	1	1				片以為審核。「全民健康保險牙醫門診總					
	片以為審核。「全民健康保險牙醫門診總										4	. 1	1 1
	額特殊醫療服務計畫」之適用對象,如							額特殊醫療服務計畫」之適用對象,如					
	額特殊醫療服務計畫」之適用對象,如 情況特殊無法配合,得不在此限,但應							情況特殊無法配合,得不在此限,但應					
	額特殊醫療服務計畫」之適用對象,如												

90017C	恆牙斷髓處理	v	v	v	v	600	90017C	恆牙斷髓處理	v	v	v	v	600
	Pulpotomy of permanent tooth							tooth pulpotomy					
	註:限「全民健康保險牙醫門診總額特殊							註:限「全民健康保險牙醫門診總額特殊					
	醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療							醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療					
	服務申報。							服務申報。					
90018C	乳牙多根管治療	v	v	v	v	1410	90018C	乳牙多根管治療	v	v	v	v	1410
	Endodontic treatment of a primary tooth							Milk tooth pulpectomy					
	with multiple canals							r r r r					
	====================================							註:					
	 1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、拔							 1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、拔					
	髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管							髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管					
	充填等各有關治療項目費用在內。							充填等各有關治療項目費用在內。					
	2.本項目於全部治療過程完畢併加							2.本項目於全部治療過程完畢併加					
	90015C專案申報(如已申報90005C,六							90015C專案申報(如已申報90005C,六					
	十天內不得再併加90015C 申報);如未							十天內不得再併加90015C 申報);如未					
	完成,改以 90015C申報。(期間限申報							完成,改以 90015C申報。(期間限申報					
	一次診療費)							一次診療費)					
	、							3.申報費用時,需附治療前與治療後X光					
	片以為審核。「全民健康保險牙醫門診							片以為審核。「全民健康保險牙醫門診					
	總額特殊醫療服務計畫」之適用對象,							總額特殊醫療服務計畫」之適用對象,					
	如情況特殊無法配合,得不在此限,但							如情況特殊無法配合,得不在此限,但					
	應於病歷詳細記錄原因。							應於病歷詳細記錄原因。					
	4.九十天內不得重複申報。							4.九十天內不得重複申報。					
	特殊狀況—保護性肢體制約	v	v	v	v	300		特殊狀況—保護性肢體制約	v	v	v	v	300
	Protective physical restraint for patients	'	ľ	•	ľ	300		Protective physical restraint for the	,	ľ	•	•	200
	with special needs							handicapped					
	註:							註:					
								1.治療需使用束縛帶於身心障礙者的四肢					
	以防止躁動。							以防止躁動。					
	2.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫							2.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫					
	療服務計畫」重度以上適用對象之牙醫							療服務計畫」重度以上適用對象之牙醫					
	醫療服務申報。							醫療服務申報。					
	3.須檢附病患或監護人同意書及接受治療							3.須檢附病患或監護人同意書及接受治療					
	患者使用束縛帶的診療照片乙張。							患者使用束縛帶的診療照片乙張。					
0088C	根管治療轉出醫療院所之轉診費用	v	v	v	v	200	90088C	根管治療轉出醫療院所之轉診費用	v	v	v	v	200
	Referral fee for Endodontic treatment												
	 註:							註:					
	應記載。							應記載。					
	2.提供病人或家屬相關諮詢及轉出病歷摘							2.提供病人或家屬相關諮詢及轉出病歷摘					
	要(不包含X光片)。							要(不包含X光片)。					
	3.此項不得申請轉診加成。							3.此項不得申請轉診加成。					
0112C	特殊狀況橡皮障防濕裝置	v	v	v	v	250		特殊狀況橡皮障防濕裝置	v	v	v	v	250
	Rubber dam isolation for patients with							Rubber dam appliance					
	special needs												
	註:							註:					
	1.治療需要時,需使用橡皮障防濕裝置費							1.治療需要時,需使用橡皮障防濕裝置費					
	(限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫							(限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫					
	療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務							療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務					
	_							申報)。					
	申報)。				1	1		7 体用场力陪贴泪带黑咕。雨从则V火山	1	1			
	中報)。 2.使用橡皮障防濕裝置時,需檢附X光片							2.使用橡皮障防濕裝置時,需檢附X光片					Į.
								2.使用修及厚防燃袋直时,需檢附A元片 或相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判					
	2.使用橡皮障防濕裝置時,需檢附X光片												

1104	· 91114)	11	,,	r=	医几	L	91104	· 91114)	11	,,]_	IF.N.	,L
編號	診療項目	層院	地區醫	域盤醫	學中	支付點	編號	診療項目	層院	品醫	域醫	醫學中	點
001C	牙周病緊急處置 Management of periodontal disease emergences		院 V			<u>數</u> 150	91001C	牙周病緊急處置 Periodontal emergency treatment	所 V		E N	v	<u>數</u> 150
	註: 1.每月限申報二次,同一象限不得重複申報。 2.申報費用以次為單位。 3.不得與91003C、91004C、91005C、 91017C、91103C、91104C或91019C同時申報。							註: 1.每月限申報二次,同一象限不得重複申報。 2.申報費用以次為單位。 3.不得與91003C、91004C、91005C、 91017C、91103C、91104C或91019C同時申報。					
002C	4.此項不得申請轉診加成。 牙周敷料每次	v	v	v	v	120	91002C	4.此項不得申請轉診加成。 牙周敷料每次	v	v	v	v	120
	Periodontal packing 註:1.1/2 顎以下。 2.合併手術主處置申報。 牙結石清除 Scaling							Packing 註:1.1/2 顎以下。 2.合併手術主處置申報。 牙結石清除 Scaling					
1003C 1004C	 局部 Localized 全口 Full mouth 註: 1.限有治療需要之患者每半年最多申報一 		v			150 600		 局部localized 全口full mouth 註: 1.限有治療需要之患者每半年最多申報一 	v			v	150 600
	次。 2.半年內全口分次執行之局部結石清除, 均視為同一療程,其診察費僅給付一 次。同療程時間內若另申報全口牙結石 清除術,則刪除同療程內已申報之局部 牙結石清除費用。(同限象不得重覆申							次。 2.半年內全口分次執行之局部結石清除, 均視為同一療程,其診察費僅給付一 次。同療程時間內若另申報全口牙結石 清除術,則刪除同療程內已申報之局部 牙結石清除費用。(同限象不得重覆申					
	報) 3.牙結石清除須作潔牙說明,其後作刷牙復習。 4.91003C需依四象限申報。 5.未滿十二歲兒童(「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對							報) 3.牙結石清除須作潔牙說明,其後作刷牙復習。 4.91003C需依四象限申報。 5.未滿十二歲兒童(「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對					
	象除外)非全口性牙周病者不得申報全口牙結石清除,病歷上應詳實記載備查;申報91003C或91004C需附相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)或X光片以為審核。							象除外)非全口性牙周病者不得申報全口牙結石清除,病歷上應詳實記載備查申報91003C或91004C需附相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)或X光片以為審核。					
	6.此項不得申請轉診加成。 齒齦下刮除術(含牙根整平術) Subgingival curettage (<u>including</u> Root							6.此項不得申請轉診加成。 齒齦下刮除術(含牙根整平術) Subgingival curettage (Root planing)					
.007C	planing) — 全口 <u>F</u> ull mouth — 1/2 顎 1/2 arch — 局部 <u>L</u> ocalized (三齒以內) 註:	v	v v v v	v	v	3200 800 400	91007C	 全口 full mouth 1/2 顎 1/2 arch 局部 localized (三齒以內) 註: 	v v v	v	v	v v v	3200 800 400
	1.每顆牙應詳細記載六個測量部位之牙周囊袋深度,其中至少一個測量部位囊袋深度超過5mm(含)以上。 2.申報費用應註明囊袋深度紀錄之病歷影本及治療前之X光片(限咬翼片或根尖片)。							1.每顆牙應詳細記載六個測量部位之牙周囊袋深度,其中至少一個測量部位囊袋深度超過5mm(含)以上。 2.申報費用應註明囊袋深度紀錄之病歷影本及治療前之X光片(限咬翼片或根尖片)。					
	3.以象限區域為單位,當該象限需接受治療為三齒以內時,申報91008C*1;當其需接受治療為四齒(含)以上時,申報91007C*1。4.半年內施行於同一象限之齒齦下刮除術均不得申報費用。							3.以象限區域為單位,當該象限需接受治療為三齒以內時,申報91008C*1;當其需接受治療為四齒(含)以上時,申報91007C*1。 4.半年內施行於同一象限之齒齦下刮除術均不得申報費用。					
	5.申報91006C、91007C*3以上一年內不得申報牙周病統合性治療 P4001C~P4003C。							5.申報91006C、91007C*3以上一年內不得申報牙周病統合性治療 P4001C~P4003C。					

	T					1					1		
010007	牙周骨膜翻開術 Periodontal flap operation					2010	04000	牙周骨膜翻開術 Periodontal flap operation					2010
	 局部 <u>L</u>ocalized(牙周囊袋 5mm(含)以上 三齒以內)		V	V	V	3010	91009B 	- 局部localized (牙周囊袋 5mm(含)以上 三齒以內)		V	V	V	3010
	(オ		v	v	v	5010	91010B	(7 向		v	v	v	5010
	(牙周囊袋 5mm(含)以上 四至六齒) 註:		·	•	·	3010		(牙周囊袋 5mm(含)以上 四至六齒) 註:			·	ľ	3010
	T. 中報費用應註明囊袋深度紀錄之病歷影							1.申報費用應註明囊袋深度紀錄之病歷影					
	本及治療前之X光片(限咬翼片或根尖							本及治療前之X光片(限咬翼片或根尖					
	片)。							片)。					
	2. 費用包括手術費、X光檢查、局部麻醉、							2.費用包括手術費、X光檢查、局部麻醉、					
	牙周敷料、拆線及十四天內之術後診							牙周敷料、拆線及十四天內之術後診					
	察、處置費用。 3.同一病人,同一區域之91009B與91010B							察、處置費用。 3.同一病人,同一區域之91009B與91010B					
	手術於兩年內不得重複申報,且應檢附							手術於兩年內不得重複申報,且應檢附					
	兩年內牙科完整病歷並附牙周手術同意							兩年內牙科完整病歷並附牙周手術同意					
	書(參考格式附表3.3.2)。							書(參考格式附表3.3.2)。					
	4.牙周骨膜翻開術(91009B-91010B)囊袋							4.牙周骨膜翻開術(91009B-91010B)囊袋					
	紀錄表應以每顆牙六個測量部位為準。							紀錄表應以每顆牙六個測量部位為準。					
	所需時間分別為四十分鐘及六十分鐘。 牙齦切除術Gingivectomy							所需時間分別為四十分鐘及六十分鐘。 牙齦切除術Gingivectomy		\vdash			
91011C	一 局部 Localized (三歯以内)	v	v	v	v	910	91011C	フ	v	v	v	v	910
	- 1/3 顎 1/3 arch		v			1510		2 — 1/3 顎 1/3 arch		v			1510
	註:							註:					
	1.包括牙齦修整術(Gingivoplasty)在內。							1.包括牙齦修整術(Gingivoplasty)在內。					
	2.需附牙周囊袋記錄,每顆應詳細記載六							2.需附牙周囊袋記錄,每顆應詳細記載六					
	個測量部位,其中至少一個測量部位為 5mm(含)以上。							個測量部位,其中至少一個測量部位為 5mm(含)以上。					
	3.局部麻醉費用已內含。							3.局部麻醉費用已內含。					
91013C	牙齦切除術	v	v	v	v	330	91013C	牙齦切除術	v	v	v	v	330
	Gingivectomy for endodontic or restorative							Gingivectomy					
	purposes												
	施行根管治療或牙體復形時,所需之牙齦							施行根管治療或牙體復形時,所需之牙龈					
	切除術 註:							切除術 註:					
	1.不得同時申報 91011C及 91012C。							1.不得同時申報 91011C及 91012C。					
	2.應與根管治療或牙體復形合併申報。							2.應與根管治療或牙體復形合併申報。					
	3.局部麻醉費用已內含。							3.局部麻醉費用已內含。					
	4.以合併之主處置齒位申報。	v	v	•		200	010000	4.以合併之主處置齒位申報。		v			200
910880	牙周病轉出醫療院所之轉診費用 Referral fee for Periodontal treatments	V	V	V	V	200	910880	牙周病轉出醫療院所之轉診費用	V	V	V	V	200
	註:							註:					
	1.交付病人牙醫醫療院所轉診單,且病歷							1.交付病人牙醫醫療院所轉診單,且病歷					
	應記載。							應記載。					
	2.提供病人或家屬相關諮詢及轉出病歷摘							2.提供病人或家屬相關諮詢及轉出病歷摘					
	要(不包含X光片)。 3.此項不得申請轉診加成。							要(不包含X光片)。 3.此項不得申請轉診加成。					
91014C	牙周暨齲齒控制基本處置	v	v	v	v	100	910140	牙周暨齲齒控制基本處置	v	v	v	v	100
710110	Plaque control	•	•	•	·	100		77月旦的國江州至千灰豆	ľ		•	•	100
	註:							註:					
	1.牙菌斑偵測及去除維護教導。							1.牙菌斑偵測及去除維護教導。					
	2. 需併同91004C、91005C實施,每360天							2.需併同91004C、91005C實施,每360天					
	限申報一次;併同91020C實施,每180 天限申報一次。							限申報一次;併同91020C實施,每180 天限申報一次。					
	特殊狀況牙結石清除							大阪甲報一次。 特殊狀況牙結石清除		\vdash		H	
	Scaling for patients with special needs												
	-局部 <u>Localized</u> -全口 Full mouth	V	v v		V	150 600	91103C 91104C		1	v v		1 1	150 600
711U4C	-全口 <u>Full Mouth</u> 註:	V	V	٧	V	000	211U4C	-全口 註:	V	ľ	V	V	000
	1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特							1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特					
	殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、 放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。							殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、 放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。					
	D 放射線冶療忠省之牙醫醫療服務甲報。 2.限有治療需要之患者每九十天最多申報							放射線冶療患者之牙醬醬療服務甲報。 2.限有治療需要之患者每九十天最多申報					
	一次。							一次。					
	3.重度以上患者每六十天得申報一次。							3.重度以上患者每六十天得申報一次。					
	4.九十天內(重度以上六十天內)全口分次 執行之局部結石清除,均視為同一療							4.九十天內(重度以上六十天內)全口分次 執行之局部結石清除,均視為同一療					
	程,其診察費僅給付一次。同療程時間							程,其診察費僅給付一次。同療程時間					
	內若另申報全口牙結石清除術,則刪除							內若另申報全口牙結石清除術,則刪除					
	同療程內已申報之局部牙結石清除費用 (同象限不得重覆申報)。							同療程內已申報之局部牙結石清除費用 (同象限不得重覆申報)。					
Ĺ	(ロッかい) F 内 土 牧 TK/	1						(ロイグログイン) 土 役 TR/	1	Щ	I	<u> </u>	

	特殊牙周暨齲齒控制基本處置 Plaque control for patients with special	V	V	V	V	250	91114C	特殊牙周暨齲齒控制基本處置	V	V	V	V	250
	needs												
	註:							註:					
	1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特							 1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特					
	殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、							殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、					
	放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。							放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。					
,	2.牙菌斑偵測及去除維護教導。							2.牙菌斑偵測及去除維護教導。					
	3.九十天可申報一次。							3.九十天可申報一次。					
	口乾症牙結石清除-全口	v	v	V	v	600	91005C	口乾症牙結石清除-全口	V	V	v	v	600
	Full mouth scaling for xerostomia patients	ľ	ľ	V	v	000	10050	口 和 加 有 标一主 口	V	v	V	v	000
	註:							註:					
	立· 1.適用口乾症患者之牙醫醫療服務申報。							··· · · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·					
	2.限有治療需要之患者每九十天最多申報							2.限有治療需要之患者每九十天最多申報					
	2.1K月石原而安之心有每几十八取夕下报 一次。							一次。					
	·							与	-				
	村及る同体行冶療 Comprehensive periodontal treatment for_							村尺才同休仔冶療					
ľ	patients with special needs					2000	010150	入 → 4g 上 + 0 1 5 HZ					2000
	-全口總齒數 9-15 顆 <u>9<= no. of teeth<=15</u>					2000		-全口總齒數 9-15 顆			V		2000
	-全口總齒數 4-8 顆 <u>4<= no. of teeth<=8</u>	V	V	V	V	1000	91016C	-全口總齒數 4-8 顆	V	V	V	V	1000
	註:							註:					
	1.限總齒數至少4顆且未達16顆之患者申							1.限總齒數至少4顆且未達16顆之患者申					
	報。							報。					
	2.申報費用時,需附一年內牙菌斑控制紀							2.申報費用時,需附一年內牙菌斑控制紀					
	錄及囊袋深度紀錄(其中全口總齒數							錄及囊袋深度紀錄(其中全口總齒數					
	9-15 顆者,至少4顆牙齒有測量部位囊							9-15 顆者,至少 4 顆牙齒有測量部位囊					
	袋深度超過 5mm(含)以上;全口總齒數							袋深度超過 5mm(含)以上;全口總齒數					
	4-8 顆者,至少2顆牙齒有測量部位囊袋							4-8 顆者,至少2 顆牙齒有測量部位囊袋					
	深度超過 5mm(含)以上。) 及治療前全							深度超過 5mm(含)以上。) 及治療前全					
	口X光片(須符合患者口腔現況,X光							DX光片 (須符合患者口腔現況,X光					
	片費用另計,環口全景 X 光片費用不另							片費用另計,環口全景 X 光片費用不另					
	計)以為審核。							計)以為審核。					
	3.本項主要執行牙周檢查、牙菌斑控制紀							3.本項主要執行牙周檢查、牙菌斑控制紀					
	錄及去除指導,並視患者病情提供全口							錄及去除指導,並視患者病情提供全口					
	牙結石清除、齒齦下刮除或牙根整平之							牙結石清除、齒齦下刮除或牙根整平之					
	治療。							治療。					
	4.每九十天限申報一次。							4.每九十天限申報一次。					
	5.申報91006C~91008C半年內不得申報本							5.申報91006C~91008C 半年內不得申報本					
	項目,另申報此項九十天內不得再申報							項目,另申報此項九十天內不得再申報					
	91003C~91004C \ 91006C~91008C \ \cdot \							91003C~91004C \ 91006C~91008C \ \cdot					
1017C	懷孕婦女牙結石清除-全口	V	V	V	V	800	91017C	懷孕婦女牙結石清除-全口	V	V	V	V	800
-	Full mouth scaling for pregnant women												
	註:							註:					
	1.適用懷孕婦女牙醫醫療服務並於當次病							1. 適用懷孕婦女牙醫醫療服務並於當次病					
	歷記載,懷孕期間每九十天限申報一次。							歷記載,懷孕期間每九十天限申報一次。					
	2.費用包括牙結石清除、牙菌斑偵測、去							2.費用包括牙結石清除、牙菌斑偵測、去					
	除維護教導及新生兒口腔照護及衛教指							除維護教導及新生兒口腔照護及衛教指					
	道。							道。					
	3.申報本項後九十天內不得再申報							3.申報本項後九十天內不得再申報					
	91003C~91004C °							91003C~91004C ·					
	4.不得同時申報91001C、91003C、							4.不得同時申報91001C、91003C、					
	91004C、91005C、91014C、91103C、							91004C \ 91005C \ 91014C \ 91103C \					
	91104C 或91019C 同時申報。	1	l	1			11	91104C 或91019C 同時申報。		1	1	ıl	

Supportive Periodontal treatment 註: 1.限經「全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」核備之醫師,執行院所內已完成第三階段(P4003C) 患者之牙醫醫療服務,且需與第二階段(P4003C) 患者之牙醫醫療服務,且需與第二階段(P4002C)間隔九十天。 2.申報費用時,需附一年內牙菌斑控制紀錄及囊袋深度紀錄以為審核(其中至少一類牙齒有測量部位囊袋深度超過5mm(含)以上)。 3.本項主要執行牙結石清除、牙菌斑偵測及去除維護教導,並視患者病情提供齒齦下刮除或牙根整平之治療。 4.每九十天限申報一次。 5.申報91006C~91008C半年內不得申報本項目,另申報此項九十天內不得再申報91003C~91004C、91006C~91008C、91015C~91016C。 4.每九十天限申報一次。 91019C 懷孕婦女牙周緊急處置 V V V V 500 Management of periodontal disease	
91015C~91016C。 91015C~91016C。 1019C 懷孕婦女牙周緊急處置 v v v v 500 91015C~91016C。 v v v v v	
	500
emergences for pregnant women 註: 1.限懷孕婦女之患者申報。 2.本項主要施行懷孕期間口腔照顧及牙周病緊急處置,視患者實際需求提供局部沖洗、塗藥、口腔衛教、孕期急性牙周緊急處理等醫療服務,申報費用以次為單位。 3.不得與91001C、91003C、91004C、91017C、91103C或91104C同時申報。 註: 1.限懷孕婦女之患者申報。 2.本項主要施行懷孕期間口腔照顧及牙周病緊急處置,視患者實際需求提供局部沖洗、塗藥、口腔衛教、孕期急性牙周緊急處理等醫療服務,申報費用以次為單位。 3.不得與91001C、91003C、91004C、91017C、91103C或91104C同時申報。	
1020C 牙菌斑去除照護	200

92088-9	,	- -					92088-9	,	- =	51	_		غ ا	修訂口服 外科處」 診手術約 92001C
第一項	處置及門診手術				1		第一項	處置及門診手術		1		1 1		92001C 92066C
編號		層院	區	區域醫院		支付點數	編號	診療項目	層院	區醫	域醫	醫學中心	付點	92002C 92003C 92005C 92007B
	非特定局部治療 Unspecified local treatment 註: 1.包括局部藥物治療或燒灼或簡易脫臼及 其他相關必要措施。 2.三天內視為同一療程,三十天內限申報 二次。 3.此項不得申請轉診加成。			v v		50		非特定局部治療 Nonspecific local treatment 註: 1.包括局部藥物治療或燒灼或簡易脫臼及 其他相關必要措施。 2.三天內視為同一療程,三十天內限申報 二次。 3.此項不得申請轉診加成。	1	v			50	92008B 92009C 92012C 92014C 92015C 92016C 92017C 92018B 92019B 92020B
	特定局部治療 Specified local treatment 註: 1.阻生齒手術、膺復前手術、頭頸部感染 之手術處理、囊腫之手術處理、牙齒再 植或移植手術處理、良性腫瘤(含重建) 之手術處理、放射治療之病患、顯弱 。 之手術處理、放射治療之病患疾病外科 處理之術後處理。 2.拔牙後乾性齒槽炎、燒燙傷、化學藥物 灼傷、扁平苔癬及嚴重之口腔潰瘍。 3.牙周病咬合調整,90007C拆除牙冠後填 4.三天內視為同一療程。	v	v	v v		50	92066C	特定局部治療 Specific local treatment 註: 1.阻生齒手術、膺復前手術、頭頸部感染 之手術處理、囊腫之手術處理、牙齒再 植或移植手術處理局骨折合併顏重建) 之手術處理、放射治療之病患、顯弱關 。 之手術處理、放射治療之病患疾病外科 處理之術後處理。 2.拔牙後乾性齒槽炎、燒燙傷、化學藥物 灼傷、扁平苔癬及嚴重之口腔潰瘍。 3.牙周病咬合調整,90007C拆除牙冠後填 4.三天內視為同一療程。	v	v	v	v	50 9	92020B 92025B 92026B 92028C 92039C 92031C 92032C 92035B 92037B 92041C 92042C 92043C 92043C 92044B 92045B 92047B 92050C
92002C	齒間暫時固定術,每齒 Temporary splinting for one tooth 註:需附術後X光片舉證。	V	v	v		100	92002C	齒間暫時固定術,每齒 Temporary splinting,each teeth 註:需附術後X光片舉證。	v	V	V	V	Ģ	92052B 92053B 92054B
	口內切開排膿 Intraoral incision & drainage with drains 註: 1.腫脹區切開,引流,清創放置引流裝置 並以縫線固定,傷口縫合及局部麻醉費 用已內含。 2.限蜂窩性組織炎及組織間隙膿瘍申報。	v	v	v v		510		口內切開排膿 Intraoral incision & drainage 註: 1.腫脹區切開,引流,清創放置引流裝置 並以縫線固定,傷口縫合及局部麻醉費 用已內含。 2.限蜂窩性組織炎及組織間隙膿瘍申報。	V	v	v	v	510	92056C 92057C 92058C 92059C 92061B 92063C 92064C 92067B
	拆線 Removal of stitches 每次	v	v	v v	,	50		拆線 Removal of stitches 每次 each time	v	v	v	v	501	92068B 92065B
92008B	鋼線固定 三齒以內 Closed reduction with interdental wiring fixation for 3 or fewer teeth 註:本項支付點數已包含局部麻醉費用在 內,但不含拆除費用。 鋼線固定(上顎或下顎固定術) 四齒以上 Closed reduction with wiring fixation for 4 or more teeth 註:本項支付點數已包含局部麻醉費用在			v v v		2010	92008B	鋼線固定 三齒以內 Closed reduction with wiring fixation <=3 teeth 註:本項支付點數已包含局部麻醉費用在 內,但不含拆除費用。 鋼線固定(上顎或下顎固定術) 四齒以上 Closed reduction with wiring fixation >=4 teeth 註:本項支付點數已包含局部麻醉費用在		v			2010 g	92088C 92069B 92070B 92071C 92072C 92089B 92090C 92091C 92092C 92093B
92009C	內,但不含拆除費用。 去除齒列夾板 Removal of splint	v	v	v v	,	360	92009C	內,但不含拆除費用。 去除齒列夾板 Removal of splint <u>ing plate</u>	v	v	v	v		92094C 92095C
92012C	拔牙後特別處理 Post-operative care of extraction wound 註:包括Dry Socket 或縫合止血及局部麻醉。		V			160	92012C	拔牙後特別處理 Special treatment of extraction wound 註:包括Dry Socket 或縫合止血及局部麻醉。	V	v		V	160	八項診療英文名和
92014C	複雜性拔牙 Complex extraction 註: 一、依牙醫門診總額支付制度臨床指引申報。 二、全身性疾病患者或六十五歲以上患者或第三大臼齒可依本項申報。 全身性疾病包含: 1.符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象。 2.心臟病必須術前抗生素預防或服用抗凝血劑。	v	V	v v		900	92014C	複雜性拔牙 Complicated extraction 註: 一、依牙醫門診總額支付制度臨床指引申報。 二、全身性疾病患者或六十五歲以上患者或第三大臼齒可依本項申報。 全身性疾病包含: 1.符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象。 2.心臟病必須術前抗生素預防或服用抗凝血劑。		V	v	v	900	

ı					1					\neg	一	1	1
	3.服用抗凝血劑療程中。							3.服用抗凝血劑療程中。					
	4.洗腎病人。							4.洗腎病人。					
	5.張口困難(含口腔癌病人)不及 2.5 公 分。							5.張口困難(含口腔癌病人)不及 2.5 公 分。					
	分。 6.曾經接受器官移植病人。							分。 6.曾經接受器官移植病人。					
	0.胃經接受益官移租病人。 7.凝血障礙或白血球障礙病人。							0. 胃經接受益官移租祸入。7. 凝血障礙或白血球障礙病人。					
	8.經診斷有糖尿病或高血壓患者。							7. 然血 障礙或白血球障礙病人。 8. 經診斷有糖尿病或高血壓患者。					
	9.曾經接受頭頸部放射治療或一年內接							9.曾經接受頭頸部放射治療或一年內接					
	一							· 受過化學治療。					
	10.愛滋病。							10.愛滋病。					
	10.2,2007 11.免疫性疾病,長期服用類固醇病人。							11.免疫性疾病,長期服用類固醇病人。					
	12.肝硬化及癌症患者。							12.肝硬化及癌症患者。					
	三、需檢附術前X光片以為審核(X光片及							三、需檢附術前X光片以為審核(X光片及					
	局部麻醉費用已內含,「全民健康保							局部麻醉費用已內含,「全民健康保					
	險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」							險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」					
	之適用對象經安撫無法配合者不在							之適用對象經安撫無法配合者不在					
	此限)。							此限)。					
92015C	單純齒切除術 <u>Simple</u> odontectomy	v	v	v	v	2730	92015C	單純齒切除術 Odontectomy, simple case	v	v	v	v	2730
	註:							註:					
	1.依牙醫門診總額支付制度臨床指引申							1.依牙醫門診總額支付制度臨床指引申					
	報。							報。					
	2. 包括牙瓣修整術,需檢附X光片(flap							2. 包括牙瓣修整術,需檢附 X 光片 (flap					
	repair)							repair)					
	3.本項目 X 光片及局部麻醉費用已內含。							 本項目X光片及局部麻醉費用已內含。 					
	4. 適用於軟組織阻生齒或阻生齒骨頭覆蓋							4. 適用於軟組織阻生齒或阻生齒骨頭覆蓋					
	牙冠未及三分之二者。							牙冠未及三分之二者。					
	5.阻生齒含智齒、臼齒、小臼齒、犬齒、							5.阻生齒含智齒、臼齒、小臼齒、犬齒、					
	門齒、側門齒及贅生齒等。							門齒、側門齒及贅生齒等。		_	\downarrow		
	複雜齒切除術	v	V	V	V	4300		複雜齒切除術	v	v	V .	V	4300
	Complex odontectomy							Odontectomy, complicated case					
	註:							註:					
	1.依臨床治療指引相關條文申報。							1.依臨床治療指引相關條文申報。					
	2.包括牙瓣修整術,需檢附X光片(flap							2.包括牙瓣修整術,需檢附X光片(flap					
	repair)。							repair)。 3 木頂日V坐PBB蚧麻磁弗田口內会。					
	3.本項目X光片及局部麻醉費用已內含。 泰晤按於你 Cyclic anyclection							3.本項目X光片及局部麻醉費用已內含。 毒腫按除在Cyclic appellaction		+	+		
	囊腫摘除術 Cystic enucleation — 小 Small < 2cm	* 7	v	v	17	3000		囊腫摘除術 Cystic enucleation — 小 small < 2cm	v	v	v .	, l	3000
	— 小 <u>S</u> man < 2cm — 中 <u>Medium</u> 2-4cm	ľ	v			3500		ー 小 sman < 2cm ー 中 middle 2-4cm	\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \		V .		3500
			v			5000		→ Initiatile 2-4cm− 大 large > 4cm					5000
	注:		*	*	•	2000		注:		` `	'	*	2000
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·							立· 1.申報費用應檢附X光片及病理檢查報					
	上,我真儿怎做的五九月及病母做宣报 告。							生。 告。					
	ロ 2.92017C、92018B及92019B等三項支付點							2.92017C、92018B及92019B等三項支付點					
	數包含局部麻醉及拆線費用在內。							數包含局部麻醉及拆線費用在內。					
92020B	口內軟組織腫瘤切除		v	v	v	1800	92020B	口內軟組織腫瘤切除		vv	v ·	v	1800
	Excision of soft tissue tumor in oral cavity							Intraoral excision of softtissue tumor					
	註:							註:					
	1.淋巴切除(lymphadectomy)比照申報。							1.淋巴切除(lymphadectomy)比照申報。					
	2.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用							2.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用					
	在內。							在內。					
	3.應附病理報告。		L					3.應附病理報告。					
	腐骨清除術 Sequestrectomy							腐骨清除術 Sequestrectomy					
92025B	-簡單,1/3顎以下 <u>S</u> imple <u>, involving less</u>		v	v	v	2010	92025B	-簡單,1/3顎以下 simple case under 1/3		v	v .	v	2010
92026B	than 1/3 arch		v	v	v	3010	92026B	arch		v	v .	v	3010
	-複雜,1/3顎以上 <u>Complex, involving</u>							-複雜,1/3顎以上 complicated case more					
	more than 1/3 arch							than 1/3 arch					
	註:							註:					
	1.申報費用應檢附X光片。							1.申報費用應檢附 X 光片。					
	2.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用							2.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用					
	在內。							在內。		\perp	\downarrow		
	繋帯切除術 Frenectomy							繋帶切除術 Frenectomy					
	│─ 簡單法 <u>S</u> imple		V			410		— 簡單法simple method			V .		410
92028C			v	v	V	570		− Z字法Z-plasty	v	V	V ·	V	570
92028C 92029C	─ Z字法 Z-plasty	V	•							l l	J		
92028C 92029C		V	ľ					註:本項目局部麻醉費用已內含。					
92028C 92029C	─ Z字法 Z-plasty	V	, v					註:本項目局部麻醉費用已內含。					
92028C 92029C	─ Z字法 Z-plasty	V	·					註:本項目局部麻醉費用已內含。					

02020C	台华相小山队 佐	.,	v	v	**	1800	02020C		.,	T,,	v	, ,	1800
	前齒根尖切除術 Anicocatomy incisors and conings	V	V	V	V	1800			V	V	V	V	1800
	Apicoectomy: incisors and canines 註:							Apicoectomy-anterior 註:					
	1. 需附術前及術後 X 光片以為審核 (X 光							1. 需附術前及術後 X 光片以為審核 (X 光					
	片及局部麻醉費用已內含)。							片及局部麻醉費用已內含)。 2日 點表院公司在中国是中央共五					
	2.同一醫療院所二年內不得再申報此項。					2000		2.同一醫療院所二年內不得再申報此項。		\vdash	-	\vdash	2000
	小臼齒根尖切除術	V	V	V	V	2800	1 1	小臼齒根尖切除術	V	V	V	V	2800
	Apicoectomy: premolars						1 1	Apicoectomy-premolar					
	註:							註:					
	1. 需附術前及術後 X 光片以為審核 (X 光							1. 需附術前及術後 X 光片以為審核 (X 光					
	片及局部麻醉費用已內含)。							片及局部麻醉費用已內含)。					
	2.同一醫療院所二年內不得再申報此項。							2.同一醫療院所二年內不得再申報此項。					
2032C	大臼齒根尖切除術	v	v	v	v	4000	92032C	大臼齒根尖切除術	v	v	v	v	4000
	Apicoectomy: molars							Apicoectomy-molar					
	註:							註:					
	1. 需附術前及術後 X 光片以為審核 (X 光							1. 需附術前及術後 X 光片以為審核 (X 光					
	片及局部麻醉費用已內含)。							片及局部麻醉費用已內含)。					
	2.同一醫療院所二年內不得再申報此項。							2.同一醫療院所二年內不得再申報此項。					
	神經撕除法		v	V	v	1200		神經撕除法		V	v	v	1200
	Neurectomy		ľ	V	•	1200		Nerve avulsion		*	\ \ \	•	1200
	口內植皮			V	,	2400		口內植皮		 	+-	+	2400
			V	V	\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	Z4UU				\ \	V	V	∠ 4 00
	Skin or mucosal grafts for intraoral defects				$\vdash \vdash$	2010	-	Intraoral skin or mucosal grafts		\vdash	\vdash	$\vdash \vdash$	2010
	涎石切除術,在腺管中		V	V	V	2010		涎石切除術,在腺管中		V	V	V	2010
	Sialolithotomy, within duct						1 1	Sialolithotomy. In duct					
	註:本項支付點數包含局部麻醉及拆線費							註:本項支付點數包含局部麻醉及拆線費					
	用在內。				Ш			用在內。		ot	\perp	\sqcup	
92041C	齒槽骨成形術(1/2顎以內)	v	v	v	v	570	92041C	齒槽骨成形術(1/2顎以內)	v	v	V	v	570
	Alveoloplasty, involving less than 1/2 arch							Alveoloplasty(under 1/2 arch)					
	註:需檢附術前 X 光片或照片以為審核							註:需檢附術前 X 光片或照片以為審核					
	(X光片、照片及局部麻醉費用已內							(X光片、照片及局部麻醉費用已內					
	含)。							含)。					
92042C	齒槽骨成形術(1/2顎以上)	v	v	v	v	1070	92042C	齒槽骨成形術(1/2顎以上)	v	v	v	\mathbf{v}	1070
	図項 所 及が例 (1/2 領 工) Alveoloplasty, involving more than 1/2 arch			*		10/0		図信用 成が例(1/2 頻以上) Alveoloplasty(more than 1/2 arch)	•		'		10,0
	註:需檢附術前 X 光片或照片以為審核							註:需檢附術前 X 光片或照片以為審核					
								(X光片、照片及局部麻醉費用已內					
	(X光片、照片及局部麻醉費用已內 ^)												
	含) 。							含) 。		₩	₩	\vdash	
	顳顎關節脫臼整復						1 1	顳顎關節脫臼整復					
	Closed reduction of TMJ dislocation						1 1	Dislocation,TMJ,closed reduction					
	— 無固定 <u>W</u> ithout fixation		V	V	V	310		— 無固定 without fixation		V	V	V	310
	註:年度第一次可申報此項,第二次後只							註:年度第一次可申報此項,第二次後只					
	限申報92001C。							限申報92001C。					
92044B	— 有固定 <u>W</u> ith fixation		V	V	V	2010	92044B	有固定 with fixation		V	V	V	2010
	註:							註:					
	1.申報費用應檢附手術記錄。							1.申報費用應檢附手術記錄。					
	2.本項目局部麻醉費用已內含。							2.本項目局部麻醉費用已內含。					
	自體牙齒移植		v	v	v	2010		自體牙齒移植		v	v	v	2010
	Tooth autotransplantation							Autotransplantation					
	主:						1 1	註:					
	1.需檢附術前X光片以為審核(局部麻醉							口。 1.需檢附術前X光片以為審核(局部麻醉					
	費用已內含)。							費用已內含)。					
	2.含拔牙至固定為止。							2.含拔牙至固定為止。					
			* 7	v	*,	600		2. 含扱イ主画及為正。 顎關節內注射			**	+	600
	顎關節內注射 Intro orticular injection of		V	V	\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	000	1 1			V	V	V	000
	<u>Intra-articular</u> injection of							Intraarticular injection					
	temporomandibular joint				$\vdash \vdash$					\vdash		\vdash	
	埋伏齒露出手術	V	V	V	V	970		埋伏齒露出手術	V	V	V	V	970
	Surgical exposure of impacted tooth							Surgial exposure of impacted tooth					
	註:							註:					
	1.限骨性埋伏齒即骨頭覆蓋2/3以上者。							1.限骨性埋伏齒即骨頭覆蓋2/3以上者。					
	2.僅限永久齒,同顆處置以一次為限。							2.僅限永久齒,同顆處置以一次為限。					
	3.需檢附 X 光片以為審核 (X 光片及局部							3.需檢附 X 光片以為審核 (X 光片及局部					
	麻醉費用已內含)。	Ì						麻醉費用已內含)。					
92052B	閉塞器裝置或手術導引板治療		v	v	v	5000	92052B	閉塞器裝置或手術導引板		v	v	v	5000
	Obturator / Surgical splint therapy						1 1	Surgical stent (splint)					
	註:							註:					
	1.限顎骨齒列外傷、顎部手術及癌症或腫							立· 1.限顎骨齒列外傷、顎部手術及癌症或腫					
	1.110次月四八八岁 况中丁州及熘处以胜		ĺ					1. 限領有齒列外傷、領部丁個及瘤症或腫 瘤病人手術後處理。					
	痂庄人手紙後虐理。				. 1	1	1.1	7田 7内 / ▶ 145 1夕 /処 /土 ~	Ì	1	i		1 1
	瘤病人手術後處理。 2.含材料費。							2.含材料費。					

20052D	- トーノーソー					1000	02052D	-T !		I	\top	$\overline{}$	1000
	硬式咬合板治療		V	V	V	4000		硬式咬合板治療		V	V	V	4000
	Occlusal bite splint therapy							Occlusal bite splint					
	註:							註:					
	1.為同一療程,含診斷、所有處置、日後							1.為同一療程,含診斷、所有處置、日後					
	調整費及材料費。							調整費及材料費。					
	2.病歷應詳實記載處置過程並附術後照片							2.病歷應詳實記載處置過程並附術後照片					
	(照片費用內含)。							(照片費用內含)。					
	3.一年內不得重複申報本項。							3.一年內不得重複申報本項。		-	+	igwdappu	
2054B	軟性咬合器治療		V	V	V	800	92054B	軟性咬合器治療		V	V	V	800
	Soft splint therapy							Soft splint					
	註:含材料費。							註:含材料費。					
	骨瘤切除術	v	v	v	v	5010	92056C	骨瘤切除術	v	v	v	v	5010
20300	Excision of Bone tumor, <1 cm	•	•	*	`	3010		Tumor excision Bone tumor < 1 cm	•	*	*	'	3010
	註:							註:					
	1.需檢附X光片、病理檢查報告及手術記							1.需檢附X光片、病理檢查報告及手術記					
	錄於病歷上以為審核(X光片及局部麻							錄於病歷上以為審核(X光片及局部麻					
	醉費用已內含)。							醉費用已內含)。					
	2.torus之切除應檢附術前照片(規格需為							2.torus之切除應檢附術前照片(規格需為					
	3*5吋以上且可清晰判讀)舉證影響口腔							3*5吋以上且可清晰判讀)舉證影響口腔					
	功能。	_			_			功能。		_	\perp	 	
057C	骨瘤切除術	V	v	v	V	10010		骨瘤切除術	V	v	V	V	10010
	Excision of Bone tumor, 1 cm≤Bone tumor							Tumor excision 1 cm \leq Bone tumor \leq 2				1	
	 ≦2 cm							cm					
	=20m 註:							註:					
	1. 需檢附 X 光片、病理檢查報告及手術記							1. 需檢附 X 光片、病理檢查報告及手術記					
	錄於病歷上以為審核(X光片及局部麻							錄於病歷上以為審核(X光片及局部麻					
	醉費用已內含)。							醉費用已內含)。				1	
	2.torus之切除應檢附術前照片(規格需為							2.torus之切除應檢附術前照片(規格需為					
	3*5吋以上且可清晰判讀)舉證影響口腔							3*5吋以上且可清晰判讀)舉證影響口腔					
0.70.0	功能。					1.70.10		功能。			+-	\vdash	1.7010
	骨瘤切除術	V	V	V	V	15010		骨瘤切除術	V	V	V	V	15010
	Excision of Bone tumor, >2 cm							Tumor excision Bone tumor > 2 cm					
	註:							註:					
	1.需檢附X光片、病理檢查報告及手術記							1.需檢附 X 光片、病理檢查報告及手術記					
	錄於病歷上以為審核(X光片及局部麻							錄於病歷上以為審核(X光片及局部麻					
	醉費用已內含)。							醉費用已內含)。					
	2.torus之切除應檢附術前照片(規格需為							2.torus之切除應檢附術前照片(規格需為					
	3*5吋以上且可清晰判讀)舉證影響口腔							3*5吋以上且可清晰判讀)舉證影響口腔					
	功能。							功能。					
2059C	手術去除陷入上顎竇內牙齒或異物	v	v	v	v	6010	92059C	手術去除陷入上顎竇內牙齒或異物	v	v	v	v	6010
	Surgical removal of tooth or foreign body		·			0010		Surgical removal of tooth or foreign body in	ľ			'	
	within the maxillary sinus							maxillary sinus					
	註:							註:					
	1.需檢附 X 光片及手術記錄於病歷上以為							1.需檢附 X 光片及手術記錄於病歷上以為					
	審核(X光片及局部麻醉費用已內含)。							■ 審核(X光片及局部麻醉費用已內含)。					
	2.限不同醫師執行。							2.限不同醫師執行。				1	
				+	. 	2000				1	+-	+	2000
001 R	矯正後之活動維持裝置(每顎)		V	V	٧	∠000	aznotR	矯正後之活動維持裝置(每顎)				V	2000
				l	J			D		V	V		
	Space retainer treatment per jaw							Retainer		V	V		
	Space retainer treatment per jaw 註:							Retainer 註:		V	V		
										V	v		
	註: 1.限非美容為目的之診療。							註: 1.限非美容為目的之診療。		V	V		
	註: 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。							註: 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。		V	V		
	註: 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。 3.核定點數已包含處置費、材料費及術後							註: 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。 3.核定點數已包含處置費、材料費及術後		V	V		
	註: 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。 3.核定點數已包含處置費、材料費及術後 調整費用。							註: 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。 3.核定點數已包含處置費、材料費及術後 調整費用。		V	V		
	註: 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。 3.核定點數已包含處置費、材料費及術後 調整費用。 4.個案需經事前審查同意後方可實施本項							註: 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。 3.核定點數已包含處置費、材料費及術後 調整費用。 4.個案需經事前審查同意後方可實施本項		V	V		
	註: 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。 3.核定點數已包含處置費、材料費及術後 調整費用。							註: 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。 3.核定點數已包含處置費、材料費及術後 調整費用。		V	V		
	註: 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。 3.核定點數已包含處置費、材料費及術後 調整費用。 4.個案需經事前審查同意後方可實施本項	v	v	v	v	8010		註: 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。 3.核定點數已包含處置費、材料費及術後 調整費用。 4.個案需經事前審查同意後方可實施本項	V			v	8010
063C	註: 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。 3.核定點數已包含處置費、材料費及術後調整費用。 4.個案需經事前審查同意後方可實施本項目。 手術拔除深部阻生齒		v	v	V	8010	92063C	註: 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。 3.核定點數已包含處置費、材料費及術後調整費用。 4.個案需經事前審查同意後方可實施本項目。 手術拔除深部阻生齒	V				8010
2063C	註: 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。 3.核定點數已包含處置費、材料費及術後調整費用。 4.個案需經事前審查同意後方可實施本項目。 手術拔除深部阻生齒 Surgical removal of a deeply impacted tooth		v	v	V	8010	92063C	註: 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。 3.核定點數已包含處置費、材料費及術後調整費用。 4.個案需經事前審查同意後方可實施本項目。 手術拔除深部阻生齒 Surgical removal of deep bony impaction of	v				8010
2063C	註: 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。 3.核定點數已包含處置費、材料費及術後調整費用。 4.個案需經事前審查同意後方可實施本項目。 手術拔除深部阻生齒 Surgical removal of a deeply impacted tooth in jaw bone		v	V	v	8010	92063C	註: 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。 3.核定點數已包含處置費、材料費及術後調整費用。 4.個案需經事前審查同意後方可實施本項目。 手術拔除深部阻生齒 Surgical removal of deep bony impaction of jaws	V				8010
2063C	註: 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。 3.核定點數已包含處置費、材料費及術後調整費用。 4.個案需經事前審查同意後方可實施本項目。 手術拔除深部阻生齒 Surgical removal of a deeply impacted tooth in jaw bone 註:		v	v	v	8010	92063C	註: 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。 3.核定點數已包含處置費、材料費及術後調整費用。 4.個案需經事前審查同意後方可實施本項目。 手術拔除深部阻生齒 Surgical removal of deep bony impaction of jaws 註:	v				8010
2063C	註: 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。 3.核定點數已包含處置費、材料費及術後調整費用。 4.個案需經事前審查同意後方可實施本項目。 手術拔除深部阻生齒 Surgical removal of a deeply impacted tooth in jaw bone		v	V	v	8010	92063C	註: 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。 3.核定點數已包含處置費、材料費及術後調整費用。 4.個案需經事前審查同意後方可實施本項目。 手術拔除深部阻生齒 Surgical removal of deep bony impaction of jaws	v				8010
2063C	註: 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。 3.核定點數已包含處置費、材料費及術後調整費用。 4.個案需經事前審查同意後方可實施本項目。 手術拔除深部阻生齒 Surgical removal of a deeply impacted tooth in jaw bone 註:		v	V	V	8010	92063C	註: 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。 3.核定點數已包含處置費、材料費及術後調整費用。 4.個案需經事前審查同意後方可實施本項目。 手術拔除深部阻生齒 Surgical removal of deep bony impaction of jaws 註:	V				8010
2063C	註: 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。 3.核定點數已包含處置費、材料費及術後調整費用。 4.個案需經事前審查同意後方可實施本項目。 手術拔除深部阻生齒 Surgical removal of a deeply impacted tooth in jaw bone 註: 1.下顎阻生齒牙冠最低處低於前一顆牙之根尖或距下顎骨邊緣垂直高度小於二分		v	V	V	8010	92063C	註: 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。 3.核定點數已包含處置費、材料費及術後調整費用。 4.個案需經事前審查同意後方可實施本項目。 手術拔除深部阻生齒 Surgical removal of deep bony impaction of jaws 註: 1.下顎阻生齒牙冠最低處低於前一顆牙之根尖或距下顎骨邊緣垂直高度小於二分	V				8010
2063C	註: 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。 3.核定點數已包含處置費、材料費及術後調整費用。 4.個案需經事前審查同意後方可實施本項目。 手術拔除深部阻生齒 Surgical removal of a deeply impacted tooth in jaw bone 註: 1.下顎阻生齒牙冠最低處低於前一顆牙之根尖或距下顎骨邊緣垂直高度小於二分之一者得申報此項。		v	V	v	8010	92063C	註: 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。 3.核定點數已包含處置費、材料費及術後調整費用。 4.個案需經事前審查同意後方可實施本項目。 手術拔除深部阻生齒 Surgical removal of deep bony impaction of jaws 註: 1.下顎阻生齒牙冠最低處低於前一顆牙之根尖或距下顎骨邊緣垂直高度小於二分之一者得申報此項。	V				8010
2063C	註: 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。 3.核定點數已包含處置費、材料費及術後調整費用。 4.個案需經事前審查同意後方可實施本項目。 手術拔除深部阻生齒 Surgical removal of a deeply impacted tooth in jaw bone 註: 1.下顎阻生齒牙冠最低處低於前一顆牙之根尖或距下顎骨邊緣垂直高度小於二分之一者得申報此項。 2.顎骨骨性阻生齒低於齒槽骨脊下一公		v	V	V	8010	92063C	註: 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。 3.核定點數已包含處置費、材料費及術後調整費用。 4.個案需經事前審查同意後方可實施本項目。 手術拔除深部阻生齒 Surgical removal of deep bony impaction of jaws 註: 1.下顎阻生齒牙冠最低處低於前一顆牙之根尖或距下顎骨邊緣垂直高度小於二分之一者得申報此項。 2.顎骨骨性阻生齒低於齒槽骨脊下一公	V				8010
2063C	註: 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。 3.核定點數已包含處置費、材料費及術後調整費用。 4.個案需經事前審查同意後方可實施本項目。 手術拔除深部阻生齒 Surgical removal of a deeply impacted tooth in jaw bone 註: 1.下顎阻生齒牙冠最低處低於前一顆牙之根尖或距下顎骨邊緣垂直高度小於二分之一者得申報此項。 2.顎骨骨性阻生齒低於齒槽骨脊下一公分。		v	V	v	8010	92063C	註: 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。 3.核定點數已包含處置費、材料費及術後調整費用。 4.個案需經事前審查同意後方可實施本項目。 手術拔除深部阻生齒 Surgical removal of deep bony impaction of jaws 註: 1.下顎阻生齒牙冠最低處低於前一顆牙之根尖或距下顎骨邊緣垂直高度小於二分之一者得申報此項。 2.顎骨骨性阻生齒低於齒槽骨脊下一公分。	V				8010
2063C	註: 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。 3.核定點數已包含處置費、材料費及術後調整費用。 4.個案需經事前審查同意後方可實施本項目。 手術拔除深部阻生齒 Surgical removal of a deeply impacted tooth in jaw bone 註: 1.下顎阻生齒牙冠最低處低於前一顆牙之根尖或距下顎骨邊緣垂直高度小於二分之一者得申報此項。 2.顎骨骨性阻生齒低於齒槽骨脊下一公		v	V	V	8010	92063C	註: 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。 3.核定點數已包含處置費、材料費及術後調整費用。 4.個案需經事前審查同意後方可實施本項目。 手術拔除深部阻生齒 Surgical removal of deep bony impaction of jaws 註: 1.下顎阻生齒牙冠最低處低於前一顆牙之根尖或距下顎骨邊緣垂直高度小於二分之一者得申報此項。 2.顎骨骨性阻生齒低於齒槽骨脊下一公	v				8010

020640	毛衔上阶级刘明财为思始之工共	χ,	, .	* 7	10510	020640	毛術上於韶刘明欧內思姗去工步. Cymriad	T 7	χ,	χ,	17	10510
	手術去除解剖間隙內異物或牙齒 Surgical removal of a tooth or foreign body	V	V	V	10310	92004C	手術去除解剖間隙內異物或牙齒,Surgical	\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	V	V	V .	10310
	Surgical removal of <u>a tooth or</u> foreign body						removal of foreign body in					
	within fascial spaces						pterygomandibular space, submandibular					
	٠ ٠٠						space, etc					
	註:						註:					
	1.需檢附X光片及手術記錄於病歷上以為						1.需檢附X光片及手術記錄於病歷上以為					
	審核(X光片及局部麻醉費用已內含)。						審核(X光片及局部麻醉費用已內含)。					
	2.限不同醫師執行。						2.限不同醫師執行。					
92067B	癌前病變軟組織切片		v v	V	1810	92067B	癌前病變軟組織切片		V	V	V	1810
	<u>Incisional</u> <u>biopsy</u> <u>for precancerous lesion</u> ,						Biopsy, soft tissue					
	soft tissue											
	註:						註:					
	1.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用						1.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用					
	在內。						在內。					
	2.應附病理報告。						2.應附病理報告。	\perp				
92068B	癌前病變硬組織切片	\Box	v v	v	2510	92068B	癌前病變硬組織切片		v	v	v	2510
	Incisional biopsy for precancerous lesion,						Biopsy, soft tissue					
	hard tissue											
	註:						註:					
	1.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用						1.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用					
	在內。						在內。					
	2.應附病理報告。						2.應附病理報告。					
	口腔顎顏面頸部惡性腫瘤術後照護		v v	v	600	92065B	口腔顎顏面頸部惡性腫瘤術後照護		v	v	v	600
	Post-operative care for oral- maxillofacial		\ \ \	*	000)2003 D	Oral and maxillofacial & neck malignant		•	•	•	
	and neck malignancies						tumor post-op treatment					
	and neck <u>mangnancies</u> 註:						註:					
	1.口腔顎顏面頸部惡性腫瘤術後照護及其						1.口腔顎顏面頸部惡性腫瘤術後照護及其					
	相關必要措施:						相關必要措施:					
	a.口腔顎顏面頸部惡性腫瘤術後照護:						a.口腔顎顏面頸部惡性腫瘤術後照護:					
	皮膚的縫線囊腫、皮膚瘻管、淋巴液						皮膚的縫線囊腫、皮膚瘻管、淋巴液					
	漏、皮膚、皮瓣供給處換藥。						漏、皮膚、皮瓣供給處換藥。					
	b.無法開刀的癌末患者換藥,如:						b.無法開刀的癌末患者換藥,如:					
	oro-facial communication、頸部淋巴結						oro-facial communication、頸部淋巴結					
	轉移導致 skin perforation。						轉移導致 skin perforation。					
	c.電療或化療前口腔評估計畫(pre-RT or						c.電療或化療前口腔評估計畫(pre-RT or	$\cdot \cdot $				
	pre-CT assessment) 。						pre-CT assessment) •					
	d.電療後遺症,ORN 照護換藥。						d.電療後遺症,ORN 照護換藥。					
	2.術後三天同一療程。						2.術後三天同一療程。					
	3.病史、理學檢查,必要時麻醉及X光檢						3.病史、理學檢查,必要時麻醉及X光檢					
	查。(麻醉及X光費用另計)。						查。(麻醉及X光費用另計)。					
	4.不得同時申報92001C、92066C及非牙科						4.不得同時申報92001C、92066C及非牙科	.				
	處置。						處置。					
20880		v	v v	v	200	92088C	口腔顎面外科轉出醫療院所之轉診費用	v	v	v	v	200
_000€	Referral fee for oral maxillofacial surgery		· *	'	200		一, 从四月11时四日水100月~1700月月					
	註:						註:					
	T. · · 1. 交付病人牙醫醫療院所轉診單,且病歷						正 · 1.交付病人牙醫醫療院所轉診單,且病歷					
	1. 文 们						1.父们俩八才酉酉僚阮川特的平,且俩歷 應記載。					
	- ' '						[應記載。 2.提供病人或家屬相關諮詢及轉出病歷摘					
	2.提供病人或家屬相關諮詢及轉出病歷摘 											
	要(不包含X光片)。						要(不包含X光片)。					
	3.此項不得申請轉診加成。						3.此項不得申請轉診加成。					

	複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板 Occlusal bite splint treatment for complicated craniomandibular disorders 註:	V	v	V	7000	92069B	複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板 Special occlusal bite splint treatment for complicated craniomandibular disorders 註:		V	v	v	7000
	1.本項須符合下列顱顎障礙症功能檢查所 述適應症中二項(含)以上,且經藥物 或其他保守性治療一個月仍無效始得施 行。						1.本項須符合下列顱顎障礙症功能檢查所 述適應症中二項(含)以上,且經藥物 或其他保守性治療一個月仍無效始得施 行。					
	 2.適應症: 1)下顎運動最大張口距:小於 35mm。 2)終極試驗:大於 5mm 或小於 1mm。 3)顳顎關節雜音之聽診:單或雙側具彈響(clicking sound)或軋髮音(crepitus sound)。 						 2.適應症: 1)下顎運動最大張口距:小於 35mm。 2)終極試驗:大於 5mm 或小於 1mm。 3)顳顎關節雜音之聽診:單或雙側具彈響(clicking sound)或軋髮音(crepitus sound)。 					
	4)顯顎關節區觸診:單或雙側有壓痛。 5)外翼狀肌之拮抗試驗:單或雙側為 「+」。 6)咀嚼肌觸診之檢查結果:一個以上肌						4)顳顎關節區觸診:單或雙側有壓痛。 5)外翼狀肌之拮抗試驗:單或雙側為 「+」。 6)咀嚼肌觸診之檢查結果:一個以上肌					
	内之觸診結果為「+」。 3.一年內不得申報 92053 B 及本項。 4.病歷應詳實記載處置過程並附口內配載 照片(照片費用內含)。						肉之觸診結果為「+」。 3.一年內不得申報 92053 B 及本項。 4.病歷應詳實記載處置過程並附口內配載 照片(照片費用內含)。					
	複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板治療追 蹤檢查與調整 Follow up examination and the adjustment of occlusal bite splint for complicated craniomandibular disorders 註: 1.須先前有接受複雜型顱顎障礙症之特殊	V	v	V	600		複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板治療追 蹤檢查與調整 Follow up examination and adjustment of special occlusal bite splint treatment for complicated craniomandibular disorders 註: 1.須先前有接受複雜型顱顎障礙症之特殊		V	v	v	600
	咬合板治療者方得申報本項。 2.咬合板臨床調整申報,180天內每30天得 申報一次,180天後每60天得申報一次。						咬合板治療者方得申報本項。 2.咬合板臨床調整申報,180天內每30天得 申報一次,180天後每60天得申報一次。					
	簡單性口內切開排膿 Simple intraoral incision & drainage 註: 1.腫脹區切開、沖洗,局部麻醉費用已內 含。 2.限口腔內軟組織膿瘍申報。	V	V	v	210		簡單性口內切開排膿 Intraoral incision & drainage (simple) 註: 1.腫脹區切開、沖洗,局部麻醉費用已內 含。 2.限口腔內軟組織膿瘍申報。	V	V	v	V	210
2072C	口乾症塗氟 Topical fluoride application in xerostomia patients 註:	V	v	v	500		口乾症塗氟 Fluoride application 註:	v	v	v	v	500
	 1.限口乾症患者施行申報。 2.含材料費。 3.90天可申報乙次。 						 限口乾症患者施行申報。 含材料費。 可申報乙次。 					
	氟托(單顎)Fluoride tray/per jaw註:1.限頭頸部癌症病患放射性治療後施行申報。	V	v	V	1500		氟托(單顎) 註: 1.限頭頸部癌症病患放射性治療後施行申 報。		V	V	v	1500
	2.需經印模後以乙烯-乙烯聚合醇共聚物 (Ethylene-vinyl Copolymer)材質客製化 氟托。 3.一年內不得重覆申報本項。						2.需經印模後以乙烯-乙烯聚合醇共聚物 (Ethylene-vinyl Copolymer)材質客製化 氟托。 3.一年內不得重覆申報本項。					

2090C 定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療 Periodic care for oral potentially malignant		v	v	v	600	92090C	定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療 Regular oral potentially malignant disorder	v	v	V	v	600
disorder (PMD) 註:							(PMD)_follow-up treatment 註:					
1.須附二年內病理切片報告或病歷載明記	¥						1.須附二年內病理切片報告或病歷載明詳					
細病史(照片),且經確診為頭頸口腔癌							細病史(照片),且經確診為頭頸口腔癌					
或癌前病變(PMD)患者,臨床診斷類另	1						或癌前病變(PMD)患者,臨床診斷類別					
(ICD-10-CM): 紅斑(D10.3)、白斑 (K13.21、K13.3)、疣狀增生(D10.3)、							(ICD-10-CM): 紅斑(D10.3)、白斑 (K13.21、K13.3)、疣狀增生(D10.3)、					
口腔黏膜纖維化(K13.5)、扁平苔癬							口腔黏膜纖維化(K13.5)、扁平苔癬					
(L43.0-L43.9 \ L66.1) \cdots							(L43.0-L43.9 \ L66.1) \cdot					
2.不得與「非定期性口腔癌與癌前病變並	32						2.不得與「非定期性口腔癌與癌前病變追					
蹤治療(92091C)」同時申報。							蹤治療(92091C)」同時申報。					
3.病歷應詳實記載追蹤治療紀錄。 4.應含口腔清潔維護治療(包括視情況移							3.病歷應詳實記載追蹤治療紀錄。 4.應含口腔清潔維護治療(包括視情況移					
4.應否口腔涓涤維護冶療(巴括祝侑/N移 除口腔內尖銳牙齒結構填補物、不良补							4.應當口腔消涤維護冶療(包括稅明况移) 除口腔內尖銳牙齒結構填補物、不良補					
綴物、癌前病變清除維護等)。	13						綴物、癌前病變清除維護等)。					
5.應含嚼檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣							5.應含嚼檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣					
(致癌因子)之戒除輔導。							(致癌因子)之戒除輔導。					
6.限九十至一百二十天申報一次;若距前	1						6.限九十至一百二十天申報一次;若距前					
次追蹤治療時間已超過一百二十天者							次追蹤治療時間已超過一百二十天者,即以「北京即从口險原與京京原鐵海聯					
則以「非定期性口腔癌與癌前病變追路 治療(92091C)」申報。	上						則以「非定期性口腔癌與癌前病變追蹤 治療(92091C)」申報。					
2091C 非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療	v	v	v	v	400	92091C	非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療	v	v	v	v	400
Occasional care for oral potentially							Irregular oral potentially malignant disorder	'				
malignant disorder (PMD)							(PMD) follow-up treatment					
註:							註:					
1.不得與「定期性口腔癌與癌前病變追路	É						1.不得與「定期性口腔癌與癌前病變追蹤					
治療(92090C)」同時申報。	é						治療(92090C)」同時申報。					
2.須附二年內病理切片報告或病歷載明討 細病史(照片),且經確診為頭頸口腔癌或							2.須附二年內病理切片報告或病歷載明詳細病史(照片),且經確診為頭頸口腔癌或					
癌前病變(PMD)患者,臨床診斷類別	~						癌前病變(PMD)患者,臨床診斷類別					
(ICD-10-CM): 紅斑(D10.3)、白斑							(ICD-10-CM): 紅斑(D10.3)、白斑					
(K13.21、K13.3)、疣狀增生(D10.3)、	2						(K13.21、K13.3)、疣狀增生(D10.3)、口					
腔黏膜纖維化(K13.5)、扁平苔癬							腔黏膜纖維化(K13.5)、扁平苔癬					
(L43.0-L43.9、L66.1)。							(L43.0-L43.9、L66.1)。					
3.病歷應詳實記載追蹤治療紀錄。 4.應含口腔清潔維護治療(包括視情況移							3.病歷應詳實記載追蹤治療紀錄。 4.應含口腔清潔維護治療(包括視情況移					
除口腔內尖銳牙齒結構填補物、不良補	ì						除口腔內尖銳牙齒結構填補物、不良補					
綴物、癌前病變清除維護等)。							綴物、癌前病變清除維護等)。					
5.應含嚼檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣(3	夂						5.應含嚼檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣(致					
癌因子)之戒除輔導。							癌因子)之戒除輔導。					
6.本項適用距前次追蹤治療時間超過一百	Ī						6.本項適用距前次追蹤治療時間超過一百					
二十天者申報。 2092C 乳牙複雜性拔牙	v	v	v	v	560	920920	二十天者申報。 乳牙複雜性拔牙	v	v	v	V	560
Complex extraction of primary tooth	'	•	•	•	300	1,20,20	Complicated extraction of deciduous teeth	ľ	`	·	v	300
註:							註:					
1.限乳牙申報。							1.限乳牙申報。					
2. 適應症包含:							2.適應症包含:					
(1)全身性疾病(同 92014C 複雜性拔牙)	٥						(1)全身性疾病(同 92014C 複雜性拔牙)。					
(2)乳牙牙根 > 1/2。 (3)恆牙異位萌發造成乳牙無法正常換							(2)乳牙牙根 > 1/2。 (3)恆牙異位萌發造成乳牙無法正常換					
牙。							牙。					
(4)牙根骨黏合或 submerged tooth。							(4)牙根骨黏合或 submerged tooth。					
(5)外傷合併其它口內或嘴唇周圍的傷							(5)外傷合併其它口內或嘴唇周圍的傷					
							П •					
(6)併生牙(fusion)。							(6)併生牙(fusion)。					
(7)乳牙牙根彎曲。							(7)乳牙牙根彎曲。					
(8)因外傷或齲齒造成之牙根斷裂。 (9)因外傷造成之牙齒牙齦內推							(8)因外傷或齲齒造成之牙根斷裂。 (9)因外傷造成之牙齒牙齦內推					
(intrusion)。							(intrusion)。					
3.需檢附術前 X 光片以為審核 (X 光片)	支						3.需檢附術前 X 光片以為審核 (X 光片及					
局部麻醉費用已內含),「全民健康保險							局部麻醉費用已內含),「全民健康保險					
牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之道	-						牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適					
用對象,無法配合照射X光片者不在J	t						用對象,無法配合照射X光片者不在此					
限。							限。					

			-	T						
92093B	牙醫急症處置	v	v	1000	92093B	牙醫急症處置	,	$\mathbf{v} \mid \mathbf{v}$	v	1000
	Management of dental emergencies					Oral and maxillofacial emergent treatment				
	註:					註:				
	1.適應症:					1.適應症:				
	(1)顏面及牙齒疼痛,經藥物控制不佳者					(1)顏面及牙齒疼痛,經藥物控制不佳者				
	(K04.0, K04.1-K04.99, K05.0,					(K04.0, K04.1-K04.99, K05.0,				
	K05.2) ∘					K05.2) ∘				
						,				
	(2)外傷導致之牙齒脫落或斷裂(S03.2,					(2)外傷導致之牙齒脫落或斷裂(S03.2,				
	S02.5 ,L02.01,L03.211, L03.212) •					S02.5 ,L02.01,L03.211, L03.212) •				
	(3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血					(3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血				
	(K91.840) ∘					(K91.840) ∘				
						` '				
	(4)下顎關節脫臼(S03.0)。					(4)下顎關節脫臼(S03.0)。				
	(5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎					(5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎				
	(K12.2, L03.221) °					(K12.2, L03.221) °				
	(6)口腔及顏面撕裂傷(S01.5)。					(6)口腔及顏面撕裂傷(S01.5)。				
	2.進行緩解之相關處置:如止痛、局部非					2.進行緩解之相關處置:如止痛、局部非				
	特定處理、牙髓緊急處理、牙周緊急處					特定處理、牙髓緊急處理、牙周緊急處				
	理、止血。					理、止血。				
	3.需檢附檢傷分類等級、生命徵象(血壓、					3.需檢附檢傷分類等級、生命徵象(血壓、				
	心跳速率、呼吸速率)與意識狀況					心跳速率、呼吸速率)與意識狀況				
	(Glasgow coma score)等護理紀錄。					(Glasgow coma score)等護理紀錄。				
	4.不得同時申報34001C、34002C、					4.不得同時申報34001C、34002C、				
	90004C \ 91001C \ \ 92001C \ \ 92012C \					90004C \ 91001C \ \ 92001C \ \ 92012C \				
	92043C \ 92066C \ 92071C \ 92094C \ \ \					92043C \ 92066C \ 92071C \ 92094C \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \				
• • • •		++	-		0.5.5.5		\dashv	+	1	
2094C	週日及國定假日牙醫門診急症處置	7 V Y	V	800	92094C	週日及國定假日牙醫門診急症處置	V	v v	v	800
	Management of dental emergencies on									
	Sundays or in the national holidays									
	XX. 4					÷+ •				
	註:					註:				
	1.限週日及國定假日申報,其日期認定同					1.限週日及國定假日申報,其日期認定同				
	附表3.3.3牙醫相對合理門診點數給付原					附表3.3.3牙醫相對合理門診點數給付原				
	則。					則。				
	2.當月看診天數需≦二十五日,超過二十									
	五日則本項不予支付(排除當天僅執行					五日則本項不予支付(排除當天僅執行				
	院所外醫療服務之天數)。					院所外醫療服務之天數)。				
	3.院所需於前一個月於健保資訊網服務系					3.院所需於前一個月於健保資訊網服務系				
	統(VPN)完成當月門診時間登錄,始得					統(VPN)完成當月門診時間登錄,始得				
	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,					,				
	申報本項目。(前一個月完成次月看診					申報本項目。(前一個月完成次月看診				
	時段之登錄,若有異動者須修訂看診起					時段之登錄,若有異動者須修訂看診起				
	日及時段並儲存,無異動者僅須點選「儲					日及時段並儲存,無異動者僅須點選「儲				
	存,後,會自動完成登錄註記。)					存,後,會自動完成登錄註記。)				
	4.適應症:					4.適應症:				
	(1)顏面及牙齒疼痛,經藥物控制不佳者					(1)顏面及牙齒疼痛,經藥物控制不佳者				
	(K04.0, K04.1-K04.99, K05.0,					(K04.0, K04.1-K04.99, K05.0,				
	K05.2) °					K05.2) °				
	<u> </u>					,				
	(2)外傷導致之牙齒脫落或斷裂(S03.2,					(2)外傷導致之牙齒脫落或斷裂(S03.2,				
	S02.5 ,L02.01,L03.211, L03.212) °					S02.5 ,L02.01,L03.211, L03.212) •				
	(3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血					(3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血				
	(K91.840) ∘					(K91.840) °				
						` '				
	(4)下顎關節脫臼(S03.0)。					(4)下顎關節脫白(S03.0)。				
	(5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎					(5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎				
	(K12.2, L03.221) °					(K12.2, L03.221) °				
	(6)口腔及顏面撕裂傷(S01.5)。					(6)口腔及顏面撕裂傷(S01.5)。				
	5.進行緩解之相關處置:如止痛、局部非					5.進行緩解之相關處置:如止痛、局部非				
	特定處理、牙髓緊急處理、牙周緊急處					特定處理、牙髓緊急處理、牙周緊急處				
	理、止血。					理、止血。				
	6.不得同時申報34001C、34002C 、					6.不得同時申報34001C、34002C 、				
	90004C \ 91001C \ \ 92001C \ \ 92012C \					90004C \ 91001C \ \ 92001C \ \ 92012C \				
	92043C \ 92066C \ 92071C \ 92093B \cdot \	11	-			92043C \ 92066C \ 92071C \ 92093B \cdot	_	\perp	+	
2095C	顎顏面骨壞死術後傷口照護 \		V	600	92095C	顎顏面骨壞死術後傷口照護	v ·	v v	' V	600
	Wound care for osteonecrosis of jaws									
	註:					註:				
						1.需有病理學報告或相關影像佐證。				
	雲有病理學報告市相關影像任警。									
	1.需有病理學報告或相關影像佐證。 2.三日內之同一處置視為同一療程。					2.三日內之同一處置視為同一療程。				

第二項	開刀房手術(92201~92229)					第二項	開刀房手術(92201~92229)					修訂修
編號	診療項目	基層院所	域醫	學中	點	編號	診療項目	層院	區量醫	區域醫院	付點	顎面外 房手術 92202B 92208B 92209B
92202B	涎石切除術,在腺體內	V			1900	92202B	涎石切除術,在腺體內			vv	1900	92210B
	Sialolithotomy, in the gland						Sialolithotomy, in gland					92215B 92218B
92208B	顴骨弓骨折整復術 <u>R</u> eduction of zygomatic arch	V	V	v	2610	92208B	顴骨弓骨折整復術 Gillis method for reduction of zygomatic arch		v	v	2610	92219B 92221B 92222B
	顎骨折整復術						顎骨折整復術					92223A 92224A
	Open Reduction of the jaw <u>bone</u> fracture				44.20		Open Reduction of the jaws fracture				44.00	92225A
92209B		V			4130		一 單一骨折 single			V	4130	項診療
92210B	5611 N 11						一 複雜骨折 multiple	+ +		VV	-	文名稱
92215B	顎骨重建術、金屬夾板(材料另計) Reconstruction of the jaw by <u>bridging plate</u>	V	V	V	4850	92215B	顎骨重建術、金屬夾板(材料另計) Reconstruction of the jaw by metal splint		V	v v	4850	
	唾液腺切除術Sialoadenectomy						唾液腺切除術Sialoadenectomy					
92218B	─表淺或良性 Superficial or benign	v	v	v	2470	92218B	一表淺或良性 superficial or benign		v	$\mathbf{v} \mid \mathbf{v}$	2470	
92219B	一惡性 <u>Malignant</u>	v	v	v	4120	92219B	一惡性 malignant		v	v	4120	
92221B	下齒槽神經抽除術 Peripheral neurectomy <u>inferior</u> alveolar nerve	v	V	v	3780	92221B	下齒槽神經抽除術 Peripheral neurectomy-inferior alveolar nerve		v	v	3780	
92222B	顧顎關節脫臼手術整復 Open reduction for TMJ dislocation	v	v	v	2750	92222B	顧顎關節脫臼手術整復 Dislocation,TMJ,complicated,open reduction		v	vv	2750	
92223A	顎骨矯正手術 Orthognathic surgery 一合併上、下顎骨切除術或Le Fort Ⅲ型切 骨術		v	v	9270	92223A	顎骨矯正手術 Orthognathic surgery 一合併上、下顎骨切除術或Le Fort Ⅲ型切 骨術			v	9270	
	Two jaw surgery or Le Fort III Osteotomy						Two jaw surgery or Le fort III Osteotomy					
	—單顎或二處 <u>O</u> ne jaw or two sites		V		7730		一單顎或二處 one jaw or two sites			V	7730	
92225A	一一處 <u>S</u> ingle site 註: (92223A-92225A) 限先天性臉部疾 病、或肌病變導致畸形及咬合不正、 外傷、及顎骨關節病變患者,事前審 查報准後施行。		V	V	5410	92225A	一一處single site 註: (92223A-92225A) 限先天性臉部疾 病、或肌病變導致畸形及咬合不正、 外傷、及顎骨關節病變患者,事前審 查報准後施行。			v	5410	