

檔 號：

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市安和路一段29號9樓
承辦人：劉俊宏
電話：(02)2752-7286分機131
傳真：(02)2771-8392
電子信箱：jhliu@tma.tw

受文者：各縣市醫師公會

發文日期：中華民國99年1月19日

發文字號：全醫聯字第0990000103號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

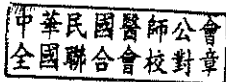
附件：如主旨

主旨：行政院衛生署中央健康保險局修正「全民健康保險醫療費用支付標準」第二部西醫第一章基本診療第六節調劑通則，如附件，溯及99年1月1日施行，請查照。

說明：依據行政院衛生署中央健康保險局99年1月14日健保醫字第0990071959A號書函之副本辦理。

正本：各縣市醫師公會

副本：



理事長 李明濱

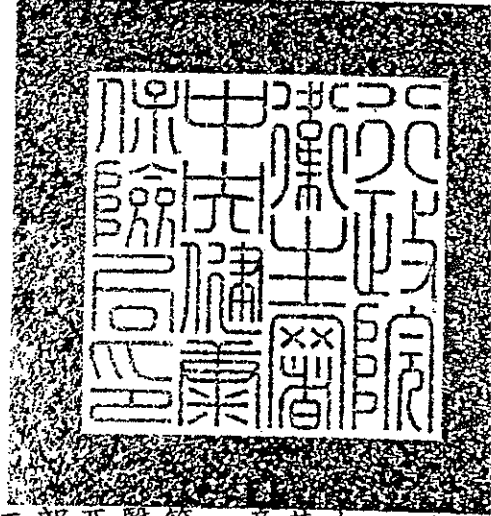
上網
鄭華琴

99.1.20

檔 號：
保存年限：

行政院衛生署中央健康保險局 令

發文日期：中華民國99年1月14日
發文字號：健保醫字第0990071959號
附件：如文



修正「全民健康保險醫療費用支付標準」第二部西醫第一章基本
診療第六節調劑通則及第三部牙醫部分診療項目支付標準
，溯及中華民國九十九年一月一日施行。

附修正「全民健康保險醫療費用支付標準」第二部西醫第一章
基本診療第六節調劑通則及第三部牙醫部分診療項目支付
標準 行政院衛生署中央
健康保險局發對中(前)

局長鄭守夏

全民健康保險醫療費用支付標準

第二部 西醫

第一章 基本診療

第六節 調劑

通則：

- 一、藥品費依「全民健康保險藥價基準」有關規定辦理。
- 二、藥事服務費之成本，包含處方確認、處方查核、藥品調配、核對及交付藥品、用藥指導、藥歷管理及藥品耗損、包裝、倉儲、管理等費用。
- 三、醫院牙科門診申報本節門診藥事服務費用，應按調劑人員及處方類別，限申報 05203C、05204D、05224C、05225D、05207C、05208D、05211C 及 05212D 等項，惟施行本部第二章第一節第二十項核子醫學檢查一、造影(26001~26074)所列項目(排除 26009B、26049B 及 26074C 三項)時，得申報 05219B；另處方細胞毒 (cytotoxic) 藥品針劑、非單一劑量包裝之口服細胞毒藥品及生物毒藥品類等，在層流工作檯內操作或調配之化學腫瘤藥品時，得申報 05221A；合格之營養醫療小組醫院，得申報 05220A。(修正本項)
- 四、本節各項目，皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之二十。(除基層院所外)
- 五、交付調劑醫療服務案件，診療之保險醫事服務機構，不得申報藥事服務費用。
- 六、依全民健康保險醫療辦法規定一次領取二個月用藥量之慢性病連續處方箋案件，其藥事服務費得申報二次。
- 七、特約藥局如不符行政院衛生署公告之「藥局設置作業注意事項」，其藥事服務費比照基層院所藥事人員調劑標準支付。
- 八、特約藥局及基層院所藥事人員合理調劑量(以每日實際調劑量計算)每人每日 100 件，超過不予給付藥事服務費，特約藥局調劑件數不分處方來源一併計算。

第三部 牙醫

第一章 門診診察費

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	備註
00127C	<p>一初診診察費</p> <p>註：1. 申報時應檢附下列任一項資料：</p> <p>(1) 至少4張根尖周X光片(不同部位，後牙優先)</p> <p>(2) Panoramic radiography 齒顎全景X光片攝影</p> <p>(3) 雙側咬翼片Bite-Wing(後牙) + 至少2張根尖周X光攝影(前牙優先)</p> <p>2. 係指病患每年至該院所第一次就診或主訴處理完畢後擇適當時機執行</p> <p>3. 同次診察內 34001C、34002C、34004C 之 X 光費用不再另外給付</p> <p>4. 於病歷中載明診斷或發現，應記載X光片呈現之診斷與發現，至少應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生牙</p> <p>5. 一年限申報一次</p>	☞	☞	☞	☞	600	將本項分列為01271C、01272C、01273C三項
01271C	<p>環口全景 X 光初診診察</p> <p>註：1. 係指病患在該院所從未執行初診診察或三年以上未就診，且該病患基於醫師之專業判斷，有施行環口全景 X 光初診診察之需要，醫師得於主訴處理完畢後擇適當時機執行。</p> <p>2. 申報時應檢附 Panoramic radiography 環口全景 X 光片攝影。</p> <p>3. 同次診察內 34001C~34004C 之 X 光費用不再另外給付。</p> <p>4. 病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒外，應記載 X 光片呈現之診斷與發現。</p> <p>5. 三年限申報一次，申報本項一年內不得申報 01272C 及 01273C。</p>	V	V	V	V	600	新增項目

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	備註
01272C	<p><u>年度初診 X 光檢查</u></p> <p>註：1. 係指病患間隔一年以上未就診或二年以上未執行本項，且經醫師專業判斷疑有鄰接面齲齒或疑似牙周炎者，醫師得於主訴處理完畢後擇適當時機執行。</p> <p>2. 申報時應檢附雙側咬翼片 Bite-Wing(後牙) + 至少 2 張根尖周 X 光攝影(前牙)或至少 4 張根尖周 X 光片 (不同部位，後牙優先)</p> <p>3. 同次診察內 34001C-34004C 之 X 光費用不再另外給付。</p> <p>4. 病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒以及鄰接面齲齒齒位及部位外，應記載 X 光片呈現之診斷與發現。</p> <p>5. 申報本項一年內不得申報 01271C 及 01273C。</p>	Y	Y	Y	Y	600	新增項目
01273C	<p><u>高齲齒罹患率族群年度初診 X 光片檢查</u></p> <p>註：</p> <p>1. 適應症係指一年以上未執行本項，且符合高齲齒罹患率的族群者，經醫師專業判斷有執行初診 X 光檢查需要者，醫師可於病患之主訴處理完畢後擇適當時機執行。</p> <p>2. 申報時應檢附雙側咬翼片 Bite-Wing (後牙) + 至少 2 張根尖周 X 光攝影 (前牙)。</p> <p>3. 高齲齒罹患率的族群為： (1) 化療、放射線治療患者。 (2) 中風病人。 (3) 自體免疫疾病病人。 (4) 糖尿病患者。 (5) 心血管疾病患者。 (6) 巴金氏症 Parkinson's disease。 (7) 洗腎病患。 (8) 經醫師專業判斷為高齲齒罹患率族群者。(需詳細註明原因)</p> <p>4. 同次診察內 34001C-34004C 之 X 光費用不再另外給付。</p> <p>5. 病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒以及鄰接面齲齒齒位及部位外，應記載 X 光片呈現之診斷與發現。</p> <p>6. 申報本項一年內不得申報 01271C 及 01272C。</p>	Y	Y	Y	Y	600	新增項目

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	備註
00128C	一重度以上 <u>特定</u> 身心障礙(非精神疾病)者診察費 註：限經 <u>全民健康保險</u> 牙醫門診醫療給付費用總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫之 <u>中度以上特定</u> 身心障礙者牙醫醫療服務核備醫師申報。	V	V	V	V	500	修訂註
00301C	一 <u>中度</u> 特定身心障礙(非精神疾病)者診察費 註：限經 <u>全民健康保險</u> 牙醫門診醫療給付費用總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫之 <u>中度以上特定</u> 身心障礙者牙醫醫療服務核備醫師申報。	V	V	V	V	400	修訂註
00303C	一 <u>輕度</u> 特定身心障礙(非精神疾病)者診察費 註：限 <u>全民健康保險</u> 牙醫門診醫療給付費用總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫 <u>特定</u> 身心障礙者牙醫醫療服務申報。	V	V	V	V	300	新增項目
00302C	一 <u>中度</u> 以上精神疾病患者診察費 註：1. 限經 <u>全民健康保險</u> 牙醫門診醫療給付費用總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫之 <u>中度以上特定</u> 身心障礙者牙醫醫療服務核備醫師申報。 2. 限精神病及精神分裂之患者。	V	V	V	V	230 300	修訂名稱備註暨調整點數

第三章 牙科處置及手術 Dental Treatment & operation

第一節 牙體復形 Operative Dentistry (89001-89012, 89088, 89101-89112)

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	備註
89007C	釘強化術 (每支) Enforcing pin, each 註：1. 需檢附術後X光片與填補合併申報。 2. 僅限恆牙。	V	V	V	V	150	新增註 2
89101C	特殊狀況之銀粉充填 Amalgam restoration — 單面 single surface	V	V	V	V	450	修訂註 1
89102C	— 雙面 two surfaces	V	V	V	V	600	
89103C	— 三面 three surfaces 註：1. 適用於 中度以上 特定身心障礙(限經全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫之 中度以上 特定身心障礙者牙醫醫療服務核備醫師申報)、化療、放射線治療患者。 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。	V	V	V	V	750	
89104C	特殊狀況之前牙複合樹脂充填 Anterior teeth compositeresin restoration — 單面 single surface	V	V	V	V	450	修訂註 1
89105C	— 雙面 two surfaces 註：1. 適用於 中度以上 特定身心障礙(限經全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫之 中度以上 特定身心障礙者牙醫醫療服務核備醫師申報)、化療、放射線治療患者。 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。	V	V	V	V	600	

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	備註
89108C	特殊狀況之後牙複合樹脂充填 Posterior teeth composite resin restoration —單面 single surface	v	v	v	v	600	修訂註 1
89109C	—雙面 two surfaces	v	v	v	v	800	
89110C	—三面 three surfaces	v	v	v	v	1000	
	註：1. 適用於 <u>中度以上特定身心障礙</u> (限經 <u>全民健康保險</u> 牙醫門診醫療給付費用總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫之 <u>中度以上特定身心障礙者</u> 牙醫醫療服務核備醫師申報)、化療、放射線治療患者。 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。						
89111C	特殊狀況之玻璃離子體充填 Glass Ionomer Cement 註：1. 適用於 <u>中度以上特定身心障礙</u> (限經 <u>全民健康保險</u> 牙醫門診醫療給付費用總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫之 <u>中度以上特定身心障礙者</u> 牙醫醫療服務核備醫師申報)、化療、放射線治療患者。 2. 應於病歷詳列充填牙面部位。	v	v	v	v	400	修訂註 1
89112C	特殊狀況之前牙三面複合樹脂充填 Anterior teeth composite resin restoration 註：1. 適用於 <u>中度以上特定身心障礙</u> (限經 <u>全民健康保險</u> 牙醫門診醫療給付費用總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫之 <u>中度以上特定身心障礙者</u> 牙醫醫療服務核備醫師申報)、化療、放射線治療患者 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。	v	v	v	v	1050	修訂註 1

第二節 根管治療 Endodontics (90001-90020, 90088, 90091-90097, 90112)

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	備註
90001C	恆牙根管治療 (單根) Endodontics	v	v	v	v	1000	修訂註
90002C	恆牙根管治療 (雙根) Endodontics	v	v	v	v	2000	3
90003C	恆牙根管治療 (三根以上) Endodontics	v	v	v	v	3000	
90019C	恆牙根管治療 (四根) Endodontics	v	v	v	v	4000	
90020C	恆牙根管治療 (五根(含)以上) Endodontics 註：1. 本項費用包括X光費用、局部麻醉、斷髓治療、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。 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申報。(期間限申報一次診療費) 3. 申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核； <u>中度以上全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫特定身心障礙者無法配合照射X光片</u> 不在此限。 4. 60天之同一牙位重新治療為同一療程。 5. 如同牙位90天內重覆申報90001、90002C、90003C、90019C、90020C者，則以支付點數最高者申報。	v	v	v	v	5000	
90006C	去除縫成牙冠 Removal of s-p crown 註：申報費用時，需附治療前X光片及治療後X光片或相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)以為審核(X光片 <u>或相片</u> 費用已內含)，合併拔牙的切除牙橋處置，可免附術後X光片。	v	v	v	v	240	修訂註
90007C	去除鑄造牙冠 Removal of casting crown 註：1. 需附治療前X光片及治療後X光片或相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)以為審核(X光片 <u>或相片</u> 費用已內含)，合併拔牙的切除牙橋處置，可免附術後X光片 <u>或相片</u> 。 2. 申報 90007C 後不得另行申報OD。(覆髓除外)。	v	v	v	v	360	修訂註 1

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	備註
90091C	難症特別處理Difficult case special treatment, 範圍如下所列各項: — 大白齒(C-Shaped)根管	v	v	v	v	500	
90092C	— 有額外根管者 (1)前牙及下顎小白齒有超過一根管者。 (2)上顎小白齒有超過二根管者。 (3)大白齒有超過三根管者。	v	v	v	v	500	
90093C	— 一根管特別彎曲、根管鈣化, 器械斷折 (非同一醫療院所), <u>以根管數計算</u> 。	v	v	v	v	500	修訂註
90094C	— 一根管重新治療在 X 光片上 root canal 內顯現出 radiopaque 等有 obstruction 之根管等個案, <u>以根管數計算</u> 。	v	v	v	v	500	修訂註
90095C	— 符合附表 3.3.1 標準之多根管根管治療。(雙根管)	v	v	v	v	1000	
90096C	— 符合附表 3.3.1 標準之多根管根管治療。(三根管)	v	v	v	v	1500	
90097C	— 符合附表 3.3.1 標準之多根管根管治療。(四根及四根以上根管) 上列支付項目 90091C-90097C 申報說明如下列: 註: 1. 90091C 及 90094C 須檢附術前或術後舉證之 X 光片, 其餘需附診斷、測量長度及充填完成之 X 光片 (X 光片費用已內含)。 2. GP 過度充填 (over filling) 不得申報此項。	v	v	v	v	2000	
90012C	橡皮障防濕裝置 Rubber dam appliance 註: 1. 銀粉、複合樹脂及玻璃離子體充填時, 需使用橡皮障防濕裝置費用十二歲以上內含, 未滿十二歲則視病情需要使用。 2. 使用橡皮障防濕裝置時, 需檢附 X 光片或相片 (規格需為 3*5 吋以上且可清晰判讀) 佐證。 (<u>X 光片或相片費用已內含</u>)。	v	v	v	v	100	修訂註 2
90013C	根尖成形術 Apexification — 前牙 anterior teeth	v	v	v	v	500	修訂註 2
90014C	— 後牙 posterior teeth 註: 1. 限開根尖式根管者 (open apex)。 2. 處置完成 (根尖成形) 後需檢附 <u>術前</u> 、術後 X 光片 (<u>術後 X 光片</u> 費用另計) 申報, 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。	v	v	v	v	1000	

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	備註
90015C	根管開擴及清創 Canal enlarge & debridement 註：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。 <u>全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫特定身心障礙者不在此限。</u> 2. 已申報斷髓處理， <u>60天內</u> 不得再申報此項費用。 3. <u>60天內</u> 不得重覆申報。 4. 本項目X光片費用已內含。 5. 麻醉費用內含。	V	V	V	V	400	修訂註 2、3 新增註 6
90016C	乳牙根管治療 Milk tooth pulpectomy 註：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專案申報（如已申報90005C， <u>60天內</u> 不得再併加90015C申報）；如未完成，改以90015C申報。（期間限申報一次診療費） 3. 申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核。 4. 90天內不得重複申報。	V	V	V	V	1000	修訂註 2
90017C	恆牙斷髓處理 tooth pulpotomy 註： <u>限中度以上身心障礙者全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫特定身心障礙者牙醫醫療服務申報。</u>	V	V	V	V	600	修訂註
90018C	乳牙多根管治療 Milk tooth pulpectomy 註：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專案申報（如已申報90005C， <u>60天內</u> 不得再併加90015C申報）；如未完成，改以 90015C申報。（期間限申報一次診療費） 3. 申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核。 4. 90天內不得重複申報。	V	V	V	V	1400	修訂註 2

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	備註
90112C	特殊狀況橡皮障防濕裝置 Rubber dam appliance 註：1. 銀粉、複合樹脂及玻璃離子體充填治療需要時， <u>需使用橡皮障防濕裝置費</u> （限經全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫之 <u>中度以上特定身心障礙者牙醫醫療服務核備醫師申報</u> ）。 2. 使用橡皮障防濕裝置時，需檢附X光片或相片（規格需為3*5吋以上且可清晰判讀）佐證（ <u>X光片或相片費用已內含</u> ）。 3. 含張口器費用。	V	V	V	V	250	修訂註 1、2

第三節 牙周病學 Periodontics (91001~91014, 91088, 91104, 91114)

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	備註
91001C	牙周病緊急處置 Periodontal emergency treatment 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或91004C同時申報。	v	v	v	v	150	新增註 2、3
91003C 91004C	牙結石清除 Scaling — 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洗牙費用。(同限象不得重覆申報) 3. 第一次洗牙須作潔牙說明，其後作刷牙復習。 4. 91003C 需依四象限申報。 5. 十三歲以下兒童 (中度以上 全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫之特定身心障礙者除外) 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。	v v	v v	v v	v v	150 600	刪除註 3, 序號 異動, 修訂註 4

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	備註
91006C	齒齦下刮除術(含牙根整平術) Subgingival curettage (Root planing) — 全口 full mouth	v	v	v	v	3200	新增4.
91007C	— 1/2 顎 1/2 arch	v	v	v	v	800	
91008C	— 局部 localized (3齒以內)	v	v	v	v	400	
註：1. 每顆牙應詳細記載6個測量部位之牙周囊袋深度，其中至少一面囊袋超過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。 3. 以象限區域為單位，當該象限需接受治療為3齒以內時，申報91008C*1；當其需接受治療為4齒(含)以上時，申報91007C*1，半年內施行於同一象限之齒齦下刮除術均不得申報費用。 4. <u>申報91006C、91007C*3以上一年內不得申報牙周病統合性治療P4001C-P4003C。</u>							
91009B	牙周骨膜翻開術 Periodontal flap operation — 局部 localized (牙周囊袋 5mm(含)以上 3齒以內)		v	v	v	3000	新增5.
91010B	— 1/3 顎 1/3 arch (牙周囊袋 5mm(含)以上 4至6齒)		v	v	v	5000	
註：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。 2. 費用包括手術費、X光檢查、局部麻醉、牙周敷料、拆線及14天內之術後診察、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)。 4. 牙周骨膜翻開術(91009B-91010B)囊袋紀錄表應以每顆牙6個測量部位為準。所需時間分別為四十分鐘及六十分鐘。 5. <u>申報91009B、91010B一年內不得申報牙周病統合性治療P4001C-P4003C。</u>							

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	備註
91014C	牙周疾病控制基本處置 註：1. 牙菌斑偵測及去除維護教導 2. 需併同 91004C 實施 3. 一年每 365 天 限申報一次	V	V	V	V	100	修訂註 3
91104C	特殊狀況牙結石清除-全口 註：1. 適用中度以上特定身心障礙(限經全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫之中度以上第二項特定身心障礙者牙醫醫療服務核備醫師申報) 、化療、放射線治療患者。 2. 限有治療需要之患者每 90 天最多申報一次。 3. 重度以上患者每 60 天得申報一次。	V	V	V	V	600	修訂註 1
91114C	特殊牙周疾病控制基本處置 註：1. 限經全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫之中度以上第二項特定身心障礙者牙醫醫療服務核備醫師申報。 2. 牙菌斑偵測及去除維護教導 3. 90 天可申報一次	V	V	V	V	250	修訂註 1

第四節 口腔顎面外科 Oral Surgery (92001~92068, 92088)

第一項 處置及門診手術

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	備註
92001C	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白及其他相關必要措施。 2. 牙周病咬合調整 00007C 拆除牙冠後填補。 3. 三 天內視為同一療程，三十天內限申報二次。	V	V	V	V	50	調整註 2併入 92066C 修訂註 3

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	備註
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、顏面骨折合併顏面軟組織外傷手術處理、良性腫瘤（含重建）之手術處理、放射治療之病患、顫顫關節疾病之手術處理、大唾液腺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. <u>牙周病咬合調整，90007C 拆除牙冠後填補。</u> 4. <u>三天內視為同一療程。</u>	V	V	V	V	50	新增註 3標號 順延 修訂註 4
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導報。 二、全身性疾病患者或65歲以上患者或第三大白齒可依本項申報。 全身性疾病包含： 1. 唐氏症、自閉症、腦性麻痺、智障、身心精神障礙、癲癇症、多重障礙及染色體異常。 2. 心臟病必須術前抗生素預防或服用抗凝血劑。 3. 服用抗凝血劑療程中。 4. 洗腎病人。 5. 張口困難(含口腔癌病人)不及2.5公分。 6. 曾經接受器官移植病人。 7. 凝血障礙或白血球障礙病人。 8. 經診斷有糖尿病患者。 9. 曾經接受頭頸部放射治療或一年內接受過化學治療。 10. 愛滋病。 11. 免疫性疾病，長期服用類固醇病人。 12. 肝硬化及癌症患者。 三、需檢附術前X光片以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含， <u>中度以上全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫第二項計畫經安撫無法配合之特定身心障礙者不在此限。</u> ）	V	V	V	V	900	修訂註 三
92024B	瘻管 管切除術 Fistulectomy		V	V	V	800	誤植更正

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	備註
92034B	口竇瘻管修補術 Repair oro-antral fistula 註：本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。		v	v	v	5700	誤植更正
92053A	咬合板治療 Occlusal bite splint 註：1. 為同一療程，含診斷、所有處置、日後調整費及材料費。 2. 病歷應詳實記載處置過程並附術後照片（照片費用內含）。 3. 保固期一年。			v	v	4000	修訂註 2
92056C	骨瘤切除術 Tumor excision Bone tumor < 1 cm 註：1. 需檢附X光片及、病理檢查報告及手術記錄於病歷上以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。 2. torus之切除應檢附照片（規格需為3*5吋以上且可清晰判讀）舉證影響口腔功能。	v	v	v	v	5000	修訂註 1
92057C	骨瘤切除術 Tumor excision 1 cm ≤ Bone tumor ≤ 2 cm 註：1. 需檢附X光片及、病理檢查報告及手術記錄於病歷上以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。 2. torus之切除應檢附照片（規格需為3*5吋以上且可清晰判讀）舉證影響口腔功能。	v	v	v	v	10000	修訂註 1
92058C	骨瘤切除術 Tumor excision Bone tumor > 2 cm 註：1. 需檢附X光片及、病理檢查報告及手術記錄於病歷上以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。 2. torus之切除應檢附照片（規格需為3*5吋以上且可清晰判讀）舉證影響口腔功能。	v	v	v	v	15000	修訂註 1
92059C	手術去除陷入上顎竇內牙齒或異物 Surgical removal of tooth or foreign body in maxillary sinus 註：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）。 2. 限不同醫師執行。	v	v	v	v	6000	修訂註 1

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	備註
92063C	<p>手術拔除深及下顎骨角或下顎枝之部阻生齒 Surgical removal of deep <u>bony</u> impaction in mandibular angle or ramus of jaws</p> <p>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。</p> <p>2. <u>顎骨骨性阻生齒低於齒槽骨脊下 1 公分。</u></p> <p>3. 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)。</p>	v	v	v	v	8000	新增註 2, 修訂 註3
92064C	<p>手術去除解剖間隙內異物或牙齒, Surgical removal of foreign body in pterygomandibular space, submandibular space, etc</p> <p>註：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)。</p> <p>2. 限不同醫師執行。</p>	v	v	v	v	10500	修訂註 1
92065B	<p>口腔顎顏面頸部惡性腫瘤術後照護 Oral and maxillofacial & neck malignant tumor post-op treatment</p> <p>註：</p> <p>1. 口腔顎顏面頸部惡性腫瘤術後照護及其相關必要措施：</p> <p>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、淋巴液漏、皮膚、皮瓣供給處換藥</p> <p>b. 無法開刀的癌末患者換藥，如：oro-facial communication、頸部淋巴結轉移導致 skin perforation</p> <p>c. 電療或化療前口腔評估計畫 (pre-RT or pre-CT assessment)</p> <p>d. 電療後遺症，ORN 照護換藥。</p> <p>2. 術後三母天同一療程。</p> <p>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)</p> <p>4. 不得同時申報 92001C、92066C 及非牙科處置。</p>		v	v	v	600	修訂註 2