

牙醫門診醫療服務台北區審查分會

收文日期	108.11.6
編號	2294

地址：台北市忠孝東路二段 120 號 7 樓

傳真：(02)2341-5109

聯絡人及電話：林擁晴(02)2358-4515

電子郵件信箱：cadtpi@ms39.hinet.net

受文者：社團法人新北市牙醫師公會

發文日期：中華民國 108 年 11 月 4 日

發文字號：(108)健保台北字第 742 號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：函轉 108 年 9 月貴轄區未使用「健保醫療資訊雲端查詢系統牙科處置及手術頁籤」與未參與「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」之院所名單(如附件 1、2)，敬請貴會轉所屬會員並加強宣導以利提升牙醫診所使用及參與率，請查照惠復。

說明：

- 一、依據衛生福利部中央健康保險署 108 年 10 月 30 日健保北字第 1081640417 號函暨 108 年第 3 次「牙醫門診總額臺北分區共管會議」決議辦理。
- 二、經統計台北區 108 年 9 月牙醫診所使用雲端牙科頁籤及參與即時查詢方案之情形如下：
 - (一)雲端牙科頁籤：
 - 1.台北區牙醫基層診所使用率 85.05%。
 - 2.台北區所轄縣市未使用雲端系統牙科頁籤之牙醫基層診所共 391 家。
 - (二)即時查詢方案：
 - 1.台北區牙醫基層診所參與率 80.04%。

2.台北區所轄縣市未參與即時查詢方案之牙醫基層診所
共計 522 家。

三、另隨函檢附 108 年全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時
查詢病患就醫資訊方案申請表(如附件 3)。

正本：社團法人新北市牙醫師公會

常務委員

許明哲

溫斯勇

顏國濱

蔡志明

108 年全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案申請表

- 一、特約醫事服務機構名稱： _____ 代號： _____
- 二、特約層級別：牙醫診所
- 三、申請類別：新申裝 頻寬轉換，原申請網路頻寬為 _____
- 參加本方案申裝之網路頻寬：

勾選	網路頻寬	月租費	備註
<input type="checkbox"/>	企業型 2M	6,591	1691 元以上方案自行負擔差額
<input type="checkbox"/>	企業型 1M	5,031	
<input type="checkbox"/>	專業型 2M	3,760	
<input type="checkbox"/>	專業型 1M	1,980	
<input type="checkbox"/>	多機型 6M	1,691	全額補助

四、參加起始日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日。

五、※如有承接其他醫事服務機構之固接網路者，請填寫下列資料：

- (一)原特約醫事服務機構名稱 _____ 原特約醫事服務機構代號 _____。
- (二)承接日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日。(註：承接日期應於參與起始日期當月或以後)
- (三)結算分界：以承接上月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。
以承接當月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。

六、個人資料蒐集處理及利用同意書

本機構已取得當事人同意，同意衛生福利部中央健康保險署將本次固接網路申請資料，提供予中華電信公司，供後續連繫固接網路線路安裝事宜。

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

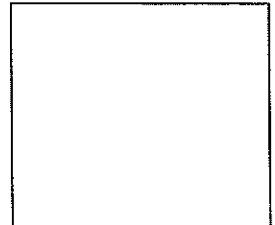
(請注意下列事項：

- 承接固接網路之醫事服務機構，需向保險人申請參加本方案及向電信公司辦理繳款人變更(繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號)，始支付方案費用。
- 醫事服務機構需於健保特約在約期間內，始支付方案費用。
- 線路資料： AT (本欄供電信公司使用)

七、院所聯絡人姓名： _____ 院所電話： _____ 院所傳真： _____

八、特約醫事服務機構及負責人印章(簽約大小章):

健保署核定章



※中華電信窗口： _____ 電話： _____ 傳真： _____ 核定日期： _____

註1：填完申請表後請傳真至費用二科 (02)2348-6448(西醫)或費用三科 (02)2389-5694(中、牙醫)，或簽約時逕交給醫務管理科窗口人員。

註2：醫事服務機構未於各季結算時點前申報醫療費用資料，不予支付方案費用。

(33930587)