

# 原住民族委員會補助原住民族長者裝置假牙診治計畫書(一)

醫療院所代碼：\_\_\_\_\_ 醫療院所名稱：\_\_\_\_\_

醫療院所地址：\_\_\_\_\_

| 診 治 計 畫 內 容                                  |                                                                                                   |                                                |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 評估項目                                         | <input type="checkbox"/> 第一次裝置假牙 <input type="checkbox"/> 舊假牙已不堪使用 <input type="checkbox"/> 舊假牙堪用 |                                                |
| 診治項目                                         | 補助態樣                                                                                              |                                                |
|                                              | <input type="checkbox"/> 上、下顎全口活動假牙 (上限4萬元)                                                       |                                                |
|                                              | <input type="checkbox"/> 上顎全口活動假牙 (上限2萬元)                                                         |                                                |
|                                              | <input type="checkbox"/> 下顎全口活動假牙 (上限2萬元)                                                         |                                                |
|                                              | <input type="checkbox"/> 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙 (上限3萬5,000元)                                          |                                                |
|                                              | <input type="checkbox"/> 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙 (上限3萬5,000元)                                          |                                                |
|                                              | <input type="checkbox"/> 上、下顎部分活動假牙 (上限3萬元)                                                       |                                                |
|                                              | <input type="checkbox"/> 上顎部分活動假牙 (上限1萬5,000元)                                                    |                                                |
|                                              | <input type="checkbox"/> 下顎部分活動假牙 (上限1萬5,000元)                                                    |                                                |
|                                              | <input type="checkbox"/> 固定式假牙(指牙冠或牙橋)_____顆(至多10顆) (1顆4,000元)                                    |                                                |
|                                              | 活動假牙維修費                                                                                           | <input type="checkbox"/> 假牙破裂維修費/單顎 (上限1,000元) |
|                                              |                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 假牙添加費/單顆 (上限1,000元)   |
| <input type="checkbox"/> 假牙線勾/個 (上限1,000元)   |                                                                                                   |                                                |
| <input type="checkbox"/> 假牙硬式襯底/座 (上限3,000元) |                                                                                                   |                                                |
| 合計預估經費(補助總金額)                                |                                                                                                   |                                                |
| 預計診治步驟詳細說明                                   |                                                                                                   |                                                |
| 繪圖(缺牙處請打×)                                   |                                                                                                   |                                                |

裝置假牙前(術前)照片粘貼欄-

1、患者口內上、下顎照片各 1 張

2、咬合面照 1 張

3、口外照片全臉 1 張

4、施作固定式假牙：檢附術前 X 光片 1 張

(固定式假牙需檢附第 1~4 項)

(可採數位照片或列印，清楚明確可辨)

|                      |                                                                                                                   |            |                   |             |            |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------|-------------|------------|
| 負責診治<br>醫師簽章         |                                                                                                                   | 醫療院所<br>蓋章 |                   | 就診者<br>同意簽章 | (簽名或蓋章或捺指) |
| 牙醫師公會<br>審核          | <input type="checkbox"/> 通過<br><input type="checkbox"/> 退件(原因： )                                                  |            | (審核之牙醫師簽名)        |             | (公會章)      |
| 直轄市及縣<br>(市)政府<br>審核 | <input type="checkbox"/> 通過。<br>核復公文 年 月 日<br>府原社字第 號函<br><input type="checkbox"/> 退件(原因： )<br>核復公文 年 月 日府原社字第 號函 |            | 直轄市及縣(市)政府<br>核 章 |             |            |

**注意事項：**

- 一、受理申請案時，應檢具本診治計畫書(一)及申請書以線上系統、掛號郵寄或親送至戶籍地直轄市及縣(市)政府申請。
- 二、申請案審核通過後，由戶籍地直轄市及縣(市)政府以公文通知牙科醫院(診所)及民眾後，始可辦理假牙之製作及裝置作業。
- 三、提供之服務應包含假牙製作及裝戴、裝戴後至少一年調整服務，以保障服務品質。
- 四、執行本計畫假牙裝置所涉爭議情事，服務對象與健保特約牙科醫院(診所)雙方應檢具相關事證送直轄市及縣(市)政府調處；如涉自費項目衍生相關醫療糾紛，則以醫療爭議調處辦理。
- 五、服務對象如遇傷病、死亡等因素，致無法繼續完成裝置假牙，戶籍地直轄市及縣(市)政府得請牙科醫院診所檢附相關證明文件按假牙製作階段支付服務提供單位核定補助經費之比率：

| 補助態樣  | 按製作階段及核定補助經費比率                      |
|-------|-------------------------------------|
| 活動假牙  | 牙齒骨架印模：30%<br>完成排牙：70%<br>已製作完成：80% |
| 固定式假牙 | 牙齒取模：35%<br>已製作完成：80%               |

- 六、申請本假牙補助案件，民眾得自行選擇材質，其超出補助費用部分，得由民眾自行負擔。
- 七、有關假牙裝置費用，請依所轄直轄市及縣(市)衛生局核定牙醫醫療機構收費標準表辦理。
- 八、醫療費用實收金額將扣除10%代扣所得稅、轉帳手續費(臺灣銀行帳戶無須轉帳手續費)。
- 九、如施作固定式假牙，請檢附術前、術後X光片。