

檔 號：
保存年限：

中華民國中醫師公會全國聯合會 書函

會址：新北市板橋區民生路一段33號11樓之2
電話：(02)2959-4939
E-mail：tw.tm@msa.hinet.net
承辦人：王逸年 分機：17

受文者：如行文單位

發文日期：中華民國111年11月8日
發文字號：(111)全聯醫總兆字第0029號
速 別：
附 件：調查表格，乙件。

主 旨：茲為辦理衛生福利部中央健康保險署「111年度中醫總額院所品質指標資訊公開作業」案，敦請貴會協助於111年12月15日以前將調查表函復本會，請察照辦理。

說 明：

- 一、依「全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案」辦理。
- 二、上開方案第柒點規定，中醫門診特約醫事服務機構若有「未符合保險人公布中醫總額部門醫療資訊公開『醫療費用明細標示』」等情，將不予核發品質保證保留款，因攸關會員權益，爰請貴會協助調查。
- 三、隨函檢附調查表格乙件，請貴會優先對「尚未同意公開」及「新設」之中醫院所進行調查，若已歇業者，懇請註明回覆，勞煩之處，尚祈見諒。
- 四、至去(110)年度貴會同意公開之院所名單，另以電子郵件傳送貴會信箱，若有任何疑問，請逕洽本案承辦人。

正本：各縣市中醫師公會
副本：中醫門診醫療服務審查執行會六區分會



中華民國中醫師公會全國聯合會

「中醫總額」院所品質指標資訊公開作業，請**務必**將下列相關資料填寫後回覆各縣市公會，俾利彙整送全聯會

一、基本資料 院所代碼：_____ 院所名稱：_____中醫診所
開業醫師：_____ 設立（變更）日期：_____年_____月_____日

二、中醫藥品標示【藥袋】—>有標示項目請打 V

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.
病人姓名	性別	藥品名稱	劑量	數量	用法	作用或適應症	警語或副作用	處方醫師	醫療機構名稱	調劑地點	調劑者姓名	調劑日期

三、中醫醫療費用明細標示【收據】—>有標示項目請打 V

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
診察費	藥費	藥事服務費	處置費	檢驗費	檢查費	掛號費	部分負擔	藥品	衛材費	其他

註：(一)本年度全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案

柒、中醫門診特約醫事機有下列情形之一者，不予核發品質保證保留款：

四、未符合中醫醫療院所加強感染控制指標合格者。(向全聯會申請)

五、未符合中醫全聯會提供之「醫療費用明細標示」院所(向各縣市公會登記)

(二)「新開院所」及「院所代碼更改者(變更開業醫師)」**務必回覆**此表單，請填寫後傳真或 E-mail 至各縣市公會。

院所電話：_____ E-mail：_____ 填表日期：_____

_____中醫師公會 傳真：_____ E-mail：_____ 電話：_____