

一、目的：

中央健康保險署南區業務組（以下簡稱南區業務組）及中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行會南區分會（以下簡稱南區分會），為提供「西醫基層保險醫事服務機構」（以下簡稱西醫基層診所）醫療服務審查申訴（陳情）案件之表達管道，建立處理及輔導機制，共同研議方案，以減少爭議，爰訂定本作業。

二、受理窗口：

1. 南區業務組：醫療費用二科院所經辦人員。
2. 所轄醫師公會、南區分會：會務人員。

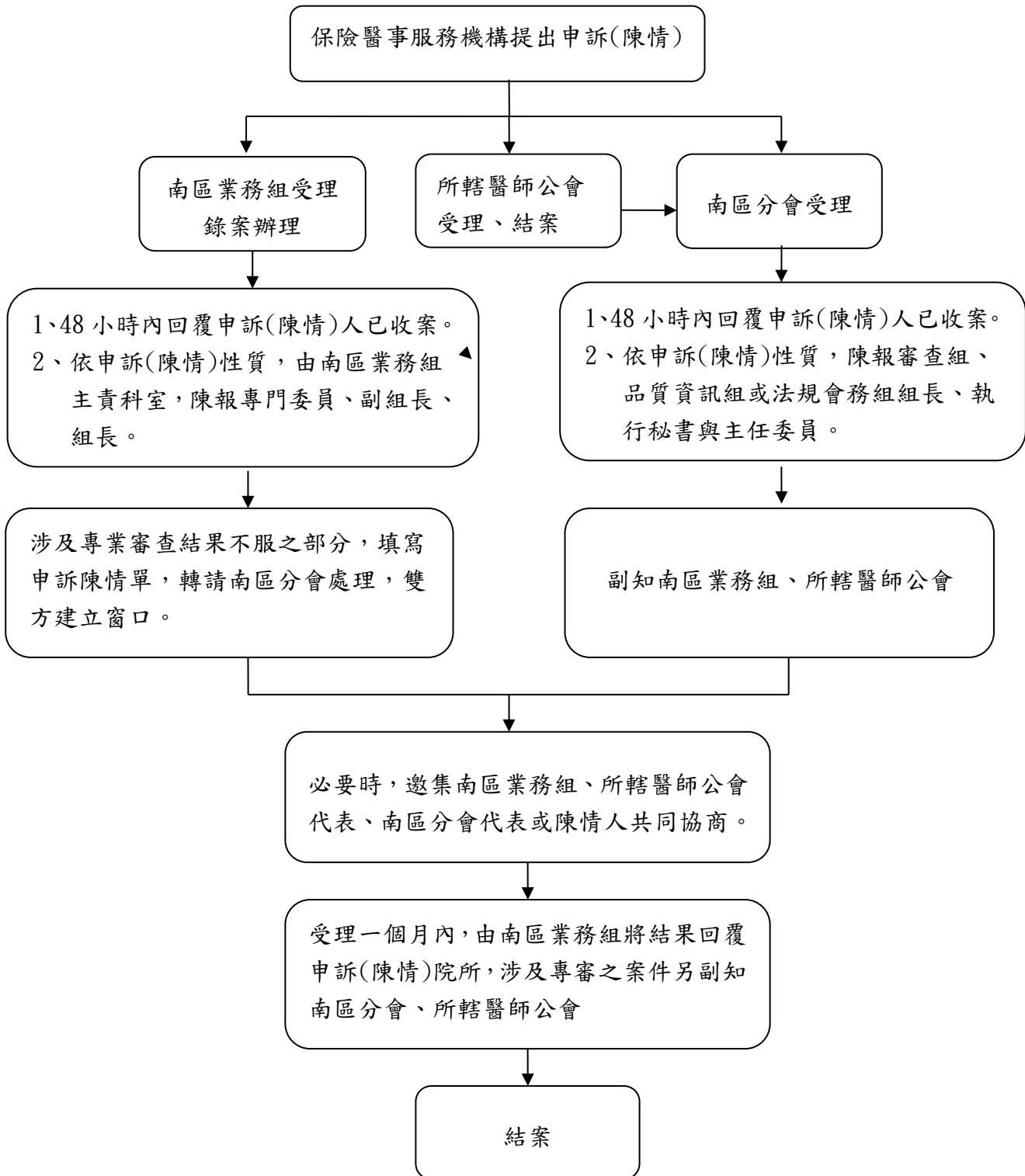
三、受理方式：

1. 南區業務組：西醫基層診所醫師親自到組、電話、傳真或電子郵件。
2. 所轄醫師公會：電話、傳真或電子郵件。
3. 南區分會：西醫基層診所填寫「中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行會南區分會基層診所申訴(陳情)單」(簡稱申訴陳情單)，交由南區分會會務人員受理。

四、處理流程：

1. 南區業務組同仁接獲西醫基層診所申訴(陳情)案後，錄案辦理。
2. 南區業務組或所轄醫師公會、南區分會接獲西醫基層診所申訴(陳情)案後，於 48 小時內回復申訴(陳情)人已收案。
3. 南區業務組受理之案件如涉及專業審查結果不服案件，填寫申訴陳情單，轉請南區分會處理。必要時，邀集南區業務組、所轄醫師公會代表、南區分會代表或陳情人共同協商，南區分會至少需該案件所屬之專科醫師 1 名與會。
4. 受理後一個月內將結果回復申訴(陳情)院所。

五、本作業流程圖如下：



中華民國醫師公會全國聯合會
西醫基層醫療服務審查執行會南區分會

基層診所申訴(陳情)單

電話:06-2211971

傳真:06-2217483

編號：

申訴(陳情)原因分類：審查意見檔案分析抽樣方式其他

申訴(陳情)人		填單日期	年 月 日
機構代號		醫療院所名稱	
電話		傳真	
聯絡地址			
申訴(陳情)內容 (由申訴者填寫)			
檢附資料 (由申訴者填寫)			
審核結果 (本會答覆)			
答覆者簽名	(年 月 日)		
主管批示	(年 月 日)		