

연번	질 의	응 답
		과정이 필요합니다. - 변경된 급여기준을 통한 시술자 등록일과 등록방법은 추후 ‘보건의료자원통합신고포털(www.hurb.or.kr)’에 공지될 예정이오니 참고하시기 바랍니다. - 다만, 등록 시작일 이전에 시술자 등록이 필요한 경우는 ‘보건의료자원통합신고포털(www.hurb.or.kr) > 정보마당 > 공지사항’에 게시된 서면 등록방법을 참조바랍니다.
7	변경전 급여기준 중 실시기관 및 시술자 기준에 해당되지 않으나 치료계획서와 환자동의서를 제출하여 교정치료를 진행하고 있는 경우는 어떻게 되나요?	- 건강보험공단에 등록 신청한 교정치료 단계에 대해서만 유효합니다. - 승인받지 않은 교정치료 단계에 대해서는 ‘구순구개열의 치과교정 및 악정형 치료 등록 관련 질의응답’을 참고해주시기 바랍니다.
8	변경전 급여기준 중 실시기관 및 시술자 기준에 해당되지 않으나 치료계획서를 제출하여 급여기준을 만족한 경우, 급여기준 변경 이후 별도의 실시기관 및 시술자 등록이 필요한가요?	- 구순구개열의 치과교정 및 악정형 치료 시술자(기준외)로 등록이 되어 있는 경우, 별도의 인력신고는 필요하지 않습니다 . - 다만, ‘보건의료자원통합신고포털(www.hurb.or.kr) > 현황신고-변경 > 특수운영현황 신고 > 구순구개열의 치과교정 및 악정형 치료기관 신고’에서 기관 등록을 해야 합니다.
9	구순구개열의 치과교정 및 악정형 치료의 급여 대상도 변경되는 건가요?	- 변경된 급여기준은 시술자 및 실시기관에 한해 적용되며, 그 외 기준은 현행급여 내용과 동일하게 적용됩니다.

(별지 1)

구순구개열의 치과교정 및 악정형치료
진료실적 확인서

①시술자	성명	휴대전화번호		주민등록번호			
	면허번호	면허취득일					
	근무형태	근무시작일		근무종료일			
②진료내용	상병기호			상병명			
	확인사항	<input type="checkbox"/> 편측성	<input type="checkbox"/> 양측성	진단일자		종료일자	
	진단내용						
	술식내용						

【작성요령】

① 시술자

- 시술자의 성명, 연락처, 주민등록번호와 면허번호, 면허취득일을 각각 기재합니다.
- 현재 소속되어 있는 요양기관에서의 상근여부와 근무시작일, 근무종료예정일을 기재합니다.
(종료예정일이 정해져 있지 않은 경우 9999-12-31로 기재)

② 진료내용

- 구순구개열의 치과교정 및 악정형치료 진료 실적으로 증명하려는 진료기록부를 참고하여 작성합니다.
- 상병기호와 상병명, 구순구개열의 편측/양측 여부, 진단일자를 각각 기재합니다.
- 종료일자는 수진자의 교정치료 종료일로, 치료종료 후 유지관리를 위해 주기적 검진으로 내원한 일자는 제외하여 기재합니다.
- 진단내용에는 수진자의 치열 상태를 상세하게 기재합니다.
- 술식내용에는 교정치료의 방법 및 장치 등을 상세히 기재하고, 해당 교정치료 과정이 ‘급여 구순구개열의 치과교정 및 악정형 치료’과정* 중 어느 단계에 해당하는 지 기재합니다.(중복 가능)
* 참1.술전유악정형장치치료*참6.교정식 교정장치를 이용한 교정치료 (*참5.성장관찰*은 예외)

* 해당 서식은 시술자의 자격 유지기간 동안 기관에서 발히 보관하고, 기중확인을 위한 요형 시 제출 필요

위에 기록한 사항이 사실임을 확인하고, 국민건강보험법 시행규칙 제12조에 의하여 구순구개열의 치과교정 및 악정형치료 진료실적 확인서를 작성합니다.

년 월 일

요양기관명(기호): () (요양기관 직인)

전화번호:

담당의사(면허번호/전문자격번호): (/) (서명 또는 인)

담당의사 전문과목:

(별지 2)

최근 5개년 교정치료 진료실적 확인서

① 시술자	성명	휴대전화번호	주민등록번호	
	면허번호	면허취득일		
	근무형태	근무시작일	근무종료일	
② 진료내용	실시년도		교정치료 환자 수	비고
	최근 5개년 교정치료 총 환자 수			

【작성요령】

① 시술자

- 시설자의 성명, 연락처, 주민등록번호와 면허번호, 면허취득일을 각각 기재합니다.
- 현재 소속되어 있는 요양기관에서의 상근여부와 근무직일, 근무종류에정일을 기재합니다.
(종류예정일이 정해져 있지 않은 경우 9999-12-31로 기재)

② 진료내용

- 고정자료 진료 실적으로 증명하려는 진료기록부를 참고하여 작성합니다.
- 실시년도는 확인서를 제출하는 일자가 속해있는 날로부터 연단위로 역행하여 기재합니다.
(예시) 2020년 12월 31일 신청자, 2020.12.1, 2020.12.19, 2021.1.1, 2019.12.29, 2020.1.1
- 고정자료 환자 수는 실시년도 내에 고정자료가 종료된 종래 수를 기재합니다.
- 시술자가 해당 요양기관이 아닌 타 기관에서 진료를 본 경우, 비교관에 당해 요양기관기호를 추가 기재합니다.

* 해당 서식은 시술자의 자격 유지기간 동안 기관에서 필히 보관하고, 기준확인을 위한 요청 시 제출 필요

위에 기록한 사항이 사실임을 확인하고, 국민건강보험법 시행규칙 제12조에 의하여
최근 5개년 교정치료 진료실적 확인서를 작성합니다.

\overline{m}
 \overline{m}
 \overline{m}

요양기관명(기호): () (요양기관 직인)
전화번호:

담당의사(면허번호/전문자격번호): (/) (서명 또는 인)

담당의사 전문과목: