



ที่ ภก ๐๐๓๒.๒๐๑ / ๑๕๙๓๖๐

โรงพยาบาลศูนย์วชิระภูเก็ต
๓๕๓ ถ.เขาวราช ต.ตลาดใหญ่
อ.เมือง จ.ภูเก็ต ๘๓๐๐๐

๒๕ พ.ย. ๒๕๖๓

เรื่อง เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล

เรียน ไทยประกันชีวิตเมดิแคร์ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. ใบแจ้งชดเชยค่ารักษาพยาบาล	จำนวน	๑	ฉบับ
	๒. ใบแจ้งหนี้ค่ารักษาผู้ป่วยใน	จำนวน	๑	ฉบับ
	๓. ใบเคลมประกัน/ใบรับรองแพทย์	จำนวน	๒	ฉบับ
	๔. สำเนาบัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง/บัตรประกัน	จำนวน	๑	ฉบับ
	๕. เอกสารประกอบอื่นๆ	จำนวน	๐	ฉบับ

โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ขอส่งเอกสารประกอบการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยจำนวน ๑ ราย โดยมีรายการดังนี้

บริษัทรับประกันภัย บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) /		
ชื่อ-สกุล	ใบแจ้งหนี้เลขที่	ยอดค่ารักษา(บาท)
นายณรงค์ [REDACTED]	DEBT - [REDACTED] ๗๖	๕๖,๖๗๐.๐๐
(ห้าหมื่นหกพันหกร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน)		๕๖,๖๗๐.๐๐

ขอให้ท่านตรวจสอบความถูกต้อง และโปรดส่งจ่ายเช็คในนาม เงินนอกงบประมาณเงินบำรุงโรงพยาบาลศูนย์วชิระภูเก็ต หรือ โอนเงินเข้าบัญชีโรงพยาบาลศูนย์วชิระภูเก็ต ตามรายละเอียดดังนี้
ธนาคาร บมจ. ธนาคารกรุงไทย สาขาภูเก็ต
ชื่อบัญชี เงินนอกงบประมาณเงินบำรุง โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
หมายเลขบัญชี ๘๐๕-๑-๒๓๒๗๕-๕

จึงเรียนมา เพื่อโปรดดำเนินการชำระเงินค่ารักษาพยาบาลดังกล่าว ภายใน ๓๐ วัน และเมื่อโรงพยาบาลศูนย์วชิระภูเก็ตได้รับเงินเรียบร้อยแล้ว จะจัดส่งใบเสร็จรับเงินให้ท่านต่อไป

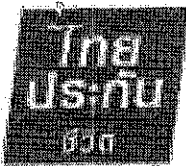
ขอแสดงความนับถือ

๕

(นางสาวศุภลักษณ์ ละอองเพชร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ(ด้านเวชกรรม)
ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการ

งานประกันชีวิต กลุ่มงานสิทธิประโยชน์

โทรศัพท์ ๐๗๖-๓๖๑-๒๓๖, โทรสาร ๐๗๖-๓๖๑-๒๓๘



16 พฤศจิกายน 2563

เลขที่เรื่อง 0263Y00245

เรื่อง การอนุมัติวงเงินคุ้มครองการรักษาพยาบาล

เรียน ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

ส่วนไทยประกันชีวิต-เมดิแคร์ (Thai Life Insurance - Medicare) ได้พิจารณาอนุมัติจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลราย นาย ██████████ ซึ่งเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

เมื่อวันที่ 14/11/63

**สัญญาประกันสุขภาพ (สภ.)กร.34704911

รายการ	ค่าใช้จ่ายจริง	บริษัทจ่าย	ส่วนเกินสิทธิ์
การรักษาพยาบาลอื่นๆ	25,910.32	25,000.00	910.32
ค่าธรรมเนียมแพทย์ผ่าตัด	18,000.00	18,000.00	0.00
ค่าห้องผ่าตัด	4,670.00	4,670.00	0.00
ค่าวางยาสลบ	4,920.00	2,800.00	2,120.00
ค่าห้อง - อาหาร - การพยาบาล (2 วัน)	7,460.00	4,400.00	3,060.00
ค่าดูแลโดยแพทย์ (2 วัน)	2,000.00	1,800.00	200.00
จำนวน	62,960.32	56,670.00	6,290.32

รวมจ่ายสุทธิ 56,670.00 บาท (ห้าหมื่นหกพันหกร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน)
ส่วนเกินสิทธิ์ 6,290.32 บาท (หกพันสองร้อยเก้าสิบบาทสามสิบบสองสตางค์)

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และขอขอบคุณที่ท่านไว้วางใจต่อบริษัทฯ มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

๕

(นางสาวจิรภา คชวงษ์)

เจ้าหน้าที่สินไหม ส่วนสินไหมสุขภาพ

กรณีท่านมีความคุ้มครองเพิ่มเติมอื่น บริษัทจะอนุมัติจ่ายและส่งให้ตามที่อยู่

63/59 หมู่ที่ 6 หมู่บ้านภูเก็ตการ์เดนวิวส์ ตำบลรัชฎา อำเภอเมือง ภูเก็ต 83000

กรณีเปลี่ยนแปลงที่อยู่ กรุณาระบุ.....

หากท่านประสงค์ให้เปลี่ยนวิธีการจ่ายตามรายละเอียดด้านล่าง โปรดระบุและกรอกวงแจ้งให้บริษัททราบภายในวันที่ออกจากโรงพยาบาล

() โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร พร้อมแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชี

(หากไม่สามารถจัดส่งได้ทันที กรุณาส่งแฟกซ์หมายเลข 02-246-9825 ภายใน 2 วันนับจากรวันที่ออกจากโรงพยาบาล)

() รับเงินที่ 7-ELEVEN(ไม่เกิน 10,000 บาท) โปรดระบุหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่.....เพื่อรับรหัสOTP

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และยินยอมให้จ่ายเงินจำนวนดังกล่าวข้างต้นได้

ลงชื่อ นางภาณี ผู้เอาประกันภัย

(หากมีข้อสงสัย สอบถามได้ที่ ส่วนคุ้มครองสิทธิประโยชน์สินไหมสุขภาพ โทร 0 2246 9525 กด3)



โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

353 ถ.เขาวราชู อ.เมือง จ.ภูเก็ต 83000 โทร. (076)361236 แฟกซ์ (076)361238

ใบแจ้งหนี้ผู้ป่วยใน

สิทธิ (Right) : 04 ประกันในประเทศ

บริษัทคู่สัญญา (Contract) :

บริษัทไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

HN : 000 [REDACTED] AN : 6 [REDACTED] 1 ชื่อผู้ป่วย : น [REDACTED] ยวิมล

เลขที่ (No) : DEBT-1858076

วันที่ออกเอกสาร : 16/11/2563

เวลาออกเอกสาร : 15:25

ห้อง/เตียง : CHC204

Principal Diagnosis :

คำรักษาพยาบาลวันที่ 14 พฤศจิกายน 2563 ถึง 16 พฤศจิกายน 2563

ตามรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	ส่วนลด	จำนวนเงินสุทธิ
ค่าเตียงสิ่งเกิดอาการ	100.00		100.00
ค่าห้องผู้ป่วยใน	4,400.00		4,400.00
ค่ายาและสารอาหารทางหลอดเลือด	3,287.00		3,287.00
ค่ายากลับบ้าน	25.00		25.00
เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ 1	8,158.00		8,158.00
ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา	510.00		510.00
ค่าตรวจวินิจฉัยทางรังสีโดยวิธีทั่วไป	220.00		220.00
ค่าตรวจวินิจฉัยทางรังสีโดยวิธีพิเศษ(เอกซเรย์คอมพิวเตอร์)	11,500.00		11,500.00
ค่าตรวจวินิจฉัยทางรังสีโดยวิธีพิเศษอื่นๆ	0.00		0.00
ค่าตรวจวินิจฉัย / การรักษาโดยวิธีพิเศษ	300.00		300.00
ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์ทั่วไป	700.00		700.00
ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์ในห้องผ่าตัด	1,150.00		1,150.00
ค่าห้องผ่าตัดและห้องคลอด	2,700.00		2,700.00
ค่าบริการเหมาจ่ายการรักษาพยาบาล	300.00		300.00
ค่าธรรมเนียมแพทย์ทำหัตถการต่างๆ	18,000.00		18,000.00
ค่าธรรมเนียมแพทย์วิสัญญี	2,800.00		2,800.00
ค่าธรรมเนียมแพทย์ตรวจรักษาทั่วไป	1,800.00		1,800.00
ค่าบริการพยาบาลช่วยผ่าตัด	720.00		720.00
รวม	56,670.00		56,670.00

ตัวอักษร -- (ห้าหมื่นหกพันหกร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน) --

[REDACTED]
ผู้รับการรักษา

.....
สุภาพร โตนด,นาง
เจ้าหน้าที่การเงิน

ส่วนที่ 1 Admission (Form A)

กรุณาเขียนตัวบรรจง

ถึง บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หมายเลขโทรสาร 0-2246-9944	ไทย ประกันชีวิต	จาก โรงพยาบาล <u>วชิระภูเก็ต</u> ห้อง <u>ฉุกเฉิน</u> หมายเลขโทรสาร <u>076-987236</u> ชื่อผู้ส่ง
--	------------------------	--

ตอนที่ 1 สำหรับผู้เอาประกันภัย

รหัส VRS _____

ชื่อ-สกุล นางสาว [redacted] วันเดือนปีเกิด 28/2/30 อายุ 33 ปี เพศ หญิง บัตรประชาชน/อื่น (ระบุ) _____
 ที่อยู่ปัจจุบัน 91 [redacted] อ.เมือง 9-ภูเก็ต โทรศัพท์ _____ เลขที่บัตร [redacted] 606
 เลขที่กรมธรรม์ _____ ใบรับรองเลขที่ _____
 บริษัทประกันอื่น ๆ (ถ้ามี โปรดระบุ) _____ เลขที่กรมธรรม์ _____

กรณีอุบัติเหตุส่วนบุคคล เลขที่กรมธรรม์ _____ ลำดับที่ (ถ้ามี) _____
 การเกิดเหตุครั้งนี้ () ไม่เคยรักษาที่ใด () เคยรักษาที่ _____ เมื่อ _____
 โดยชำระเงินสด หรือ ใช้สิทธิไปแล้วเป็นจำนวนเงิน _____ บาท

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทฯ ได้จ่ายชดเชยค่าการรักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนด และเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ค่ารักษาพยาบาลใดๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง และข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทฯ ของสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ แม้บริษัทฯ จะให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้บริษัทฯ ได้สำรองจ่ายค่ารักษาให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทฯ ภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับค่าบอกกล่าว

ข้าพเจ้าขอตกลงและยินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ ที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ เกี่ยวกับ การเจ็บป่วย ขนาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค โภชเภยา หรือการรักษา รวมถึงประวัติทางการแพทย์ บันทึกการตรวจรักษาที่ผ่านมา และข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือด และการตรวจรักษาต่างๆ ที่เกี่ยวกับโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง พร้อมสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าทั้งหมด ณ สถานพยาบาลใด ๆ ต่อบริษัท หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่งสำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความ ตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าแล้ว จึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ทุกประการ

ลงชื่อ [redacted] ผู้เอาประกันภัย วันที่ 15/1/63 พยาน [redacted]
 ([redacted])
 หมายเหตุ: กรณีเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทน พร้อมระบุความสัมพันธ์

ตอนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษา

Physician Information
 Physician's Name [redacted] Medical Specialty ตจว.แพทย์ Medical License no. 9977

Patient Information
 Admission Date 14/1/63 Time 18.20
 H.N. 000359992 A.N. 630037599
 Vital signs T: 36.7 BP: 119/76 P: 80 R: 20
 Chief complaint/duration ปวดหัว 2 ชม.
 Present illness or Cause of injury 2 ชม ปวดหัว หนักๆ
ไม่ทราบสาเหตุ
 Previous treatment for this illness or injury (Date & Place) _____
 The illness directly related to an accident () Yes () No
 If yes, date _____ time _____
 The illness or injury influenced by alcohol or drug addict.
 () Yes () No

Underlying condition non
 Provisional Diagnosis Acute appendicitis
 Indication for Admission Admit. Appendicitis
 Plan of Treatment Adm
Pol OR appendicitis
 Expected length of stay 1-3 (days)
 Others _____
 Private case Hospital case
 Signature _____

ตอนที่ 3 สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท

โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต Ref No. _____

บริษัทได้พิจารณาจากข้อมูลที่ได้รับ ขอเรียนว่า ยืนยันสิทธิเบื้องต้น (*ทางบริษัทขอสงวนสิทธิ์การจ่ายค่าเสียหายหากไม่ได้รับความคุ้มครองตามสัญญา)
 ไม่สามารถให้บริการได้เนื่องจาก ไม่มีสัญญาค่ารักษาพยาบาล สัญญาขาดผลบังคับ เป็นข้อยกเว้นตามเงื่อนไขกรมธรรม์
 อายุสัญญาอยู่ในระยะเวลาที่ยังไม่สามารถใช้สิทธิ ขอพิจารณาพร้อมส่วนที่ 2 (Form B)
 สัญญาอยู่ในระยะเวลาผ่อนผันการชำระเบี้ย อื่นๆ _____
 ลงชื่อ _____ ผู้พิจารณา บริษัท _____ วันที่ _____ เวลา _____



ส่วนที่ 2 Physician Discharge Summary

ถึง	บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)	จาก	โรงพยาบาล..... <i>อัครวิทย์</i>
	หมายเลขโทรสาร 0-2246-9944		หมายเลขโทรสาร..... <i>076-961238</i>
	ชื่อผู้รับ.....		ชื่อผู้ส่ง.....

Patient's Name HN. *00* AN. *.....*
 Admission Date *14/11/63* Time *10.22 น.* Discharge Date *16/11/63* Time *13.30 น.*

Please give detail relating to this treatment * Please uses medical terminology

For Illness : 1. Date you first saw this patient for this illness : *14/11/63*
 2. Chief complaint and duration of symptoms..... *ปวดท้อง 2 ชม.*
 3. In your opinion, how long should this symptoms persist for this illness..... *2 ชม.*

For Accident: 1. Date & Time of accident Date & Time you first saw this patient.....
 2. Cause of accident, nature of wound and injured organs.....
 3. Was the patient under the influence of alcohol or drug at the time of arrival to the hospital? () No () Yes.....

Pertinent Clinical findings (Symptoms & Signs)..... *Abd. 1. N moderate tendr at RLQ, no guarding*

Underlying diseases..... *nm*

Investigations/ Pathological studies..... *CT abd, appendicitis (BC, BW, C, D, H, K)*

Diagnosis 1..... *Appendicitis* ICD10..... Diagnosis 2..... ICD10.....

(Please fill the diagnosis that treated on this admission, not including the underlying diseases or conditions not treated: please ranking from the most important Dx to the less one)
 Treatment..... *Advice, Appendix* Surgery..... *Appendectomy*

Result /Complications..... *good result, no complication* ICD 9 CM or 10 TM.....

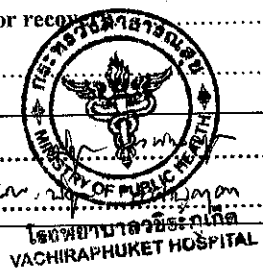
Is the illness related to alcohol, drug abuse or addiction? No () Yes.....
 For Female is the patient pregnant? No () Yes..... GA..... Wks.....
 Was the treatment relate to infertility? No () Yes.....
 HIV () Not done () Done Result.....
 Has patient ever been treated by other doctors before? No () Yes, please give name and address.....

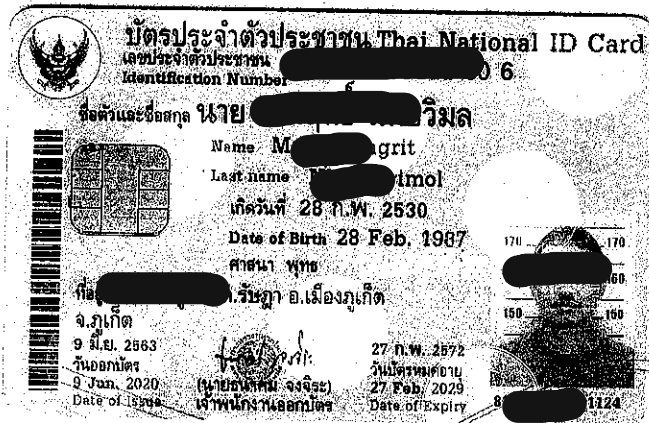
Past History

Date	Signs & Symptoms	Diagnosis	Treatment	Physicians

For accident: Estimated time for recovery.....
 Other comments.....

Signature..... Medical License No. *39767*
 Date..... *16/11/63*





[Redacted signature]

15/11/63

AN : 000 [redacted] 82

AN : 63 [redacted]

Admit : 14/11/63 18.9

AN : แคว้นหนองบัว 200

06 [redacted]