

รายละเอียดรหัส DENY ของข้อมูลส่ง e-Claim ของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รหัส	รายละเอียด	วิธีปฏิบัติ/แนวทางการแก้ไข
A01	หน่วยบริการที่รักษา และหน่วยบริการประจำ อยู่กองทุนจังหวัดเดียวกัน	
A03	รหัสโรคอยู่ในกลุ่ม follow up	
A06	หน่วยบริการที่รักษาเป็นที่เดียว กับหน่วยบริการประจำ	
A10	ใช้รหัส External cause เป็น Pdx	
A11	ไม่ระบุประเภทการขอเบิกเป็น AE	
A12	เบิก AE แต่อยู่ จังหวัด เดียวกัน	
A13	ส่งต่อมาจากจังหวัดเดียวกับหน่วยบริการหลัก	
A14	อยู่ในกลุ่มอาการโรคไม่ฉุกเฉิน อยู่ในกลุ่มโรคการมาตรวจฟัน	
A51	เบิก FPO01,FPO02 ข้ามจังหวัด	
C01	การเบิกค่าพาหนะที่ไม่เข้าเงื่อนไขการจ่าย	
C04	เบิกค่ารถรับส่งต่อกรณีมากกว่า 50 กม.แต่บันทึกรหัสรายการขอเบิกไม่ครบถ้วน และ ไม่มีการรับส่งต่อ	
C09	เบิกค่าพาหนะไม่สัมพันธ์กับระยะทาง	
D32	การรักษาโรคนิวในทางเดินปัสสาวะ ระบุ Class ไม่ได้	
D33	Stroke ไม่เข้าเกณฑ์ STROKE (รหัสโรค รหัสหัตถการที่บันทึกมา ไม่อยู่ในเงื่อนไขการจ่ายชดเชย)	
D36	เป็นการเข้ารับบริการด้วยอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด ตรวจสอบการลงทะเบียนในโครงการ ฮีโมฟีเลีย	
D37	การรักษาโรคนิวในทางเดินปัสสาวะ การรักษาครั้งนี้ เกินจำนวนครั้งต่อปีงบประมาณ ที่มีการกำหนดไว้	
D38	การผ่าตัดข้อเข่าในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 55 ปี ต้องมีการ Pre-authorize เมื่อดำเนินการเรียบร้อยแล้วส่งข้อมูลเข้ามาใหม่อีกครั้ง	
D39	ไม่ใช่หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการผ่าตัดข้อเข่า กรณีต้องการอุทธรณ์ติดต่อที่ สปสช.เขตเพื่อพิจารณาศักยภาพหน่วยบริการ และการเบิกจ่ายในกรณีนี้	
D44	Leukemia & Lymphoma ไม่มี Projectcode	
D45	Leukemia & Lymphoma ไม่ได้ลงทะเบียน	
D46	Leukemia & Lymphoma อายุน้อยกว่า 15 ปี	
D47	Leukemia & Lymphoma เป็น IP แต่เบิก protocol ของ OP	
D48	Leukemia & Lymphoma ICD-10 / ICD-9CM ไม่สัมพันธ์กับรายการ LL ที่ขอเบิก	
D49	Leukemia & Lymphoma ไม่มี protocol	
D50	Leukemia & Lymphoma เปลี่ยน protocol	
D51	Leukemia & Lymphoma เบิกเกิน 4 ครั้ง	
D52	การรักษาโรคนิวในทางเดินปัสสาวะ การรักษาด้วยเครื่องสลายนิ่ว (Class3) ต้องไม่เป็นกรณี Emergency	
D53	เบิกกรณีเลเซอร์จากเบาหวานขึ้นจอประสาทตา มากกว่า 2 ครั้ง ต่อปีงบประมาณ	
D55	เป็นการเข้ารับบริการด้วยอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด มีโครงการพิเศษ DMISHD	
D56	เป็นการเข้ารับบริการด้วยอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด แต่รหัส Pdx (ICD10) อยู่ในกลุ่ม Senile Cataract	
D62	STEMI รหัสโรคและรหัสหัตถการ ไม่สอดคล้องกับการเบิกจ่าย	

รายละเอียดรหัส DENY ของข้อมูลส่ง e-Claim ของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รหัส	รายละเอียด	วิธีปฏิบัติ/แนวทางการแก้ไข
D63	STEMI ห้ามใช้ยา streptokinase ซ้ำอีกในผู้ป่วยที่เคยได้รับยา Streptokinase มาก่อน และเลือกใช้ยา Alteplase ในกรณีที่ผู้ป่วยแพ้ Streptokinase ภายใน 1 ปี	
D64	รหัสหัตถการ (ICD9) ไม่สัมพันธ์กับจำนวนครั้งในการผ่าตัด	
D65	การเบิกยา Streptokinase และ rt-PA ใน Admission เดียวกัน	
D66	เบิก CATARCT เข้ามาแต่ไม่รหัส โรครอง(SDX): H54.4 หรือ H54.5 หรือ H54.6	
D67	กรณีผ่าตัดตาต้อกระจก (Cataract) ผู้ป่วยที่มีระดับสายตา (VA) ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 20/200 จะได้รับการจ่ายชดเชยทุก 6 เดือน	
D68	ไม่ใช่หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการผ่าตัดตาต้อกระจก (Cataract) กรณีต้องการอุทธรณ์ส่งเอกสารเพื่ออุทธรณ์การเบิกจ่ายมาไปที่ สปสช.เขตที่สังกัดอยู่	
D69	กรณีผ่าตัดตาต้อกระจก (Cataract) ที่อายุน้อยกว่า 40 ปี ไม่เข้าเกณฑ์การจ่ายชดเชยจาก สปสช.	กรณียื่นยันโรคและการผ่าตัด ส่งเอกสารอุทธรณ์ที่สำนักสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ สปสช.
D70	เบิกกรณี Palliative Care ร่วมกับค่าใช้จ่ายสูง	ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลกรณีการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยระยะท้ายไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายสูง (HC) ได้
D71	ไม่เข้าเกณฑ์การเบิกภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด Senile Cataract	
F01	กรณีเด็กแรกเกิด (IP NB) ให้รหัสโรค/รหัสหัตถการไม่ถูกต้องตามหลักการให้รหัส มี PDX/Sdx =กลุ่มจิตเวช	
F02	สิทธิประกันสังคม เบิกกรณีส่งเสริมป้องกันโรคไม่ตรงตามเงื่อนไขที่กำหนด	ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลเบิก หากเบิกกรณีอื่นๆ ร่วมกับส่งเสริมป้องกันโรค แก้ไขการบันทึกสถานพยาบาลหลัก และประเภทสถานพยาบาลหลักให้ถูกต้อง แล้วส่งเข้ามาใหม่ หรือกรณีที่เบิกไม่ตรงตามเงื่อนไขส่งเสริมป้องกันโรค ให้ส่งเบิกตามเงื่อนไขปกติ
F03	สิทธิข้าราชการ/อปท.เบิกกรณีส่งเสริมป้องกันโรคไม่ตรงตามเงื่อนไขที่กำหนด	ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลเบิก หากเบิกกรณีอื่นๆ ร่วมกับส่งเสริมป้องกันโรค สิทธิข้าราชการต้องบันทึกเลข Aroval code หรือหากเป็น รพ.เอกชนที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมป้องกันโรคไม่สามารถเบิกกรณีอื่นๆได้ แก้ไขการบันทึกข้อมูลให้ถูกต้องแล้วส่งเข้ามาใหม่
F04	สิทธิ UC เบิกกรณีส่งเสริมป้องกันโรคไม่ตรงตามเงื่อนไขที่กำหนด	ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลเบิก ไม่สามารถเบิกกรณีอื่นๆ ร่วมกับส่งเสริมป้องกันโรคกรณีให้บริการในจังหวัดเดียวกับหน่วยบริการประจำ แก้ไขการบันทึกเบิกเฉพาะส่งเสริมป้องกันโรค แล้วส่งเข้ามาใหม่ หรือกรณีที่เบิกไม่ตรงตามเงื่อนไขส่งเสริมป้องกันโรค ไม่สามารถเบิกผ่านโปรแกรม e-Claim ได้
G01	หน่วยบริการไม่บันทึกข้อมูล ระบุใช้สิทธิ UC	
G02	การทำ Organ Transplantation ไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของ UC	
G03	ระหว่างรักษาเป็น IP มีการรักษาเป็น OP ในหน่วยบริการเดียวกัน	
G04	มีสิทธิอื่นที่ไม่ใช่สิทธิ UC (ข้าราชการ หรือประกันสังคม หรือรัฐวิสาหกิจ)	
G05	จำนวนวันนอนไม่สัมพันธ์กับการรักษาพยาบาล /ค่าใช้จ่าย	
G06	เบิกค่าใช้จ่ายสูงกว่าปกติ ตรวจสอบการบันทึกค่าใช้จ่าย แก้ไขแล้วส่งเข้ามาใหม่ กรณียื่นยันตามข้อมูลที่ส่ง ให้ส่งเอกสารเพื่อยืนยันค่าใช้จ่ายดังกล่าว	
G07	หน่วยบริการประจำไม่อยู่ในโครงการ UC	
G08	รหัสหัตถการ 8600 (Insertion of totally Implantable in fusion pump) ไม่สัมพันธ์กับศักยภาพโรงพยาบาล	

รายละเอียดรหัส DENY ของข้อมูลส่ง e-Claim ของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รหัส	รายละเอียด	วิธีปฏิบัติ/แนวทางการแก้ไข
G09	มีชนิดการจำหน่าย (IPD) เท่ากับ 1 (With Approval) และวันรับบริการเป็นวันเดียวกันกับวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และค่านานักสัมพันธ์ (NHSO) มากกว่า 4	
G10	ให้รหัสโรค/รหัสหัตถการไม่ถูกต้องตามหลักการให้รหัส หรือบันทึกน้ำหนักแรกเกิดไม่ถูกต้อง/ไม่บันทึกน้ำหนักแรกเกิด	
G11	สิทธิว่าง (PUC) ไม่สามารถเบิกชดเชย ART7RF กรณีเหตุสมควร (มาตรา 7) ได้	
G13	Leave Day ไม่ถูกต้อง	
G14	ข้อมูลซ้ำซ้อน	
G15	เป็น OP แล้วเป็น IP น้อยกว่า 4 ชั่วโมง	
G17	มีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสูงผิดปกติ มากกว่า 50,000 บาท	
G18	เบิกเป็น OP และ IP ใน Admission เดียวกัน	
G20	หน่วยบริการทบทวน เรื่อง หลักการให้รหัสโรค	
G21	หน่วยบริการทบทวน เรื่อง หลักการให้รหัสหัตถการ หัตถการ= 0339 ไม่สัมพันธ์กับศักยภาพของโรงพยาบาล	
G22	หน่วยบริการทบทวน เรื่อง หลักการให้รหัสหัตถการ หรือจำนวนวันนอน กรณีใส่เครื่องช่วยหายใจ	
G23	หน่วยบริการทบทวน เรื่อง หลักการให้รหัสหัตถการ กรณีคลอดบุตร	
G24	ตรวจสอบพบน้ำหนักเด็กแรกเกิดมากกว่า 6 กิโลกรัม – อายุต่ำกว่า 28 วัน	
G25	อายุมากกว่า 12 ปี หรือ อายุมากกว่า 12 ปี หรือ โรคและหัตถการไม่ตรงตามหลักเกณฑ์ One Day surgery	
G26	จ่ายใน CAPD	
G27	ผิดหลักการให้รหัสโรค	
G28	ตรวจสอบการให้รหัสโรค กรณีการผ่าตัดไส้ติ่งที่มีภาวะ Peritonitis รวมด้วย	
G29	ตรวจสอบกรณีการให้รหัสหัตถการ=1391	
G30	สถานพยาบาลบันทึกจำนวนเงินขอเบิกค่าห้อง/ค่าห้องพักพิเศษเกินอัตราที่กำหนด	
G31	จำนวนเงินที่ขอเบิกไม่สัมพันธ์กับโรคที่รักษาและระดับโรงพยาบาล	
G32	เลขที่เอกสารไม่ถูกต้อง	
G33	ไม่ใช่หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการเฉพาะด้าน PCI	หากให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ส่งเอกสารเพื่ออุทธรณ์การเบิกจ่ายมาที่แผนงานสนับสนุนระบบบริการโรคเรื้อรังและโรคเฉพาะ สปสช.
G34	หน่วยบริการเฉพาะด้าน PCI ในเขต 6 ระยอง รอผลการ Pre-audit เมื่อผ่านการอนุมัติแล้วจึงจะนำข้อมูลมาจ่ายชดเชยค่าบริการ	
G35	ข้อมูลเบิกกรณีทำหัตถการ PCI ของหน่วยบริการในเขต 6 ระยอง ไม่ผ่านการอนุมัติ (Pre-audit)	กรณีต้องการอุทธรณ์ติดต่อ สปสช.เขต 6 ระยอง
G36	ให้รหัสประเภทโรคเบาหวานไม่สอดคล้องกับอายุ	ตรวจสอบการให้รหัสโรคเบาหวานกรณีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ไม่สามารถให้รหัส Pdx or Sdx = E10.-ได้ แก้ไขรหัสโรคเบาหวานให้เหมาะสมกับอายุแล้วส่งเข้ามาใหม่ หรือหากยืนยันส่งเอกสารยืนยันมาที่ สปสช.
G37	ไม่ใช่หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด	หากให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน หรือยืนยันการทำหัตถการ ส่งเอกสารเพื่ออุทธรณ์การเบิกจ่ายมาที่แผนงานสนับสนุนระบบบริการโรคเรื้อรังและโรคเฉพาะ สปสช.

รายละเอียดรหัส DENY ของข้อมูลส่ง e-Claim ของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รหัส	รายละเอียด	วิธีปฏิบัติ/แนวทางการแก้ไข
G38	มีการจ่ายชดเชยกรณีกรณีการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยในผู้ป่วยรายนี้แล้ว	ตรวจสอบการบันทึกเลขบัตรประชาชน แก้ไขมาให้ถูกต้อง หรือหากต้องการอุทธรณ์ส่งเอกสารที่ สำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
G39	ไม่พบการลงทะเบียนเบิกจ่ายตรง กรณีเบิกชดเชยการคุมกำเนิดในวัยรุ่นร่วมกับการรักษาอื่นๆ ในสิทธิข้าราชการ/อปท.	กรณีที่มีการเบิกค่ารักษาพยาบาลอื่นร่วมกับการเบิกชดเชยการคุมกำเนิดในวัยรุ่น หน่วยบริการต้องมีการลงทะเบียนเบิกจ่ายตรง หรือขออนุมัติก่อนส่งข้อมูลเบิกชดเชยค่าบริการ
G40	กรณีหน่วยบริการฯ ขอรับค่าใช้จ่าย Emergency PCI ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนด	ตรวจสอบการบันทึกข้อมูล
G41	เบิก Medabon แต่ไม่ใช่หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	1. หน่วยบริการ UC ให้ติดต่อขึ้นทะเบียนกับกรมอนามัย 2. สถานบริการอื่นๆ ให้ติดต่อการขึ้นทะเบียนกับกรมอนามัย และติดต่อกับ สปสช.เขต เพื่อเป็นหน่วยร่วมให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
H02	เบิก OPHC / IPHC2 แต่ ICD 10 / ICD-9CM ไม่สัมพันธ์กับรายการที่เบิก	
H03	จำนวนเงินขอเบิกเท่ากับ 0 หรือ ปริมาณเท่ากับ 0	
H05	เบิก รายการ OPHC ร่วมกัน	
H06	เบิกเมทาโดน (MMT) ที่จำนวนครั้งมากกว่าจำนวนวันในเดือนที่เบิก	
H08	เบิก OPHC (CMV) ให้ตรวจสอบจำนวน	
H11	จำนวนรวมน้อยกว่าจำนวนเงินขอเบิก HC	
H12	เบิกชดเชยเกินจำนวน cycle/เม็ด ที่กำหนดในการรักษาตามโปรโตคอล	
H13	เบิกชดเชยค่ายามะเร็งสูงผิดปกติ มากกว่า 100,000 บาท ตรวจสอบแล้วแก้ไขเข้ามาใหม่	
H14	ให้ตรวจสอบจำนวนมิลลิกรัม (mg) / จำนวนเม็ดที่ขอเบิกในการรักษาตามโปรโตคอล	
H15	ยา จ 2 เบิกในระบบ VMI	
H16	เป็นการรักษาข้ามจังหวัด ให้แก้ไขข้อมูล (อุทธรณ์)	
H17	ไม่ใช่หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนรับส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง	ติดต่อ สปสช.เขตเพื่อขอรับการประเมินหน่วยฯ
H18	ไม่ใช่หน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่ให้บริการด้านเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง	ติดต่อ สปสช.เขตเพื่อขอรับการประเมินหน่วยฯ
H19	การรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล หลังจากมีการรักษานอกโปรโตคอลแล้ว	ตรวจสอบการบันทึกเบิกกรณีให้ยาเคมีบำบัด แก้ไขให้ถูกต้องแล้วส่งเข้ามาใหม่ หากยืนยันการรักษาส่งเอกสารอุทธรณ์ที่สำนักงานประกันสังคม
I01	เบิก Instrument ไม่บันทึกจำนวนเงิน / จำนวน Instrument ที่ขอเบิก	
I02	เบิก Instrument แต่ไม่มีรายการในบัญชี Instrument ที่จ่ายชดเชยได้	
I03	เบิก Instrument แต่ไม่มีการทำหัตถการ (ICD-9CM)	
I04	ICD-10 / ICD-9CM ไม่สัมพันธ์กับรายการ Instrument ที่ขอเบิก	
I05	ตรวจสอบจำนวน/รายการ Instrument ที่ขอเบิก	
I06	เบิก Instrument ที่ใช้ในการทำหัตถการ PCI (หัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) ไม่มีรหัส ICD9 หรือ รหัส ICD9 ไม่สัมพันธ์กับรายการ Instrument ที่ขอเบิก	
I07	รายการ Instrument ที่ขอเบิกไม่ตรงตามข้อบ่งชี้	

รายละเอียดรหัส DENY ของข้อมูลส่ง e-Claim ของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รหัส	รายละเอียด	วิธีปฏิบัติ/แนวทางการแก้ไข
I08	เบิก Instrument ที่ใช้ในการทำหัตถการ PCI (หัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) ไม่ใช่หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการเฉพาะด้าน PCI	
I10	มีการเบิก stent ในระบบ VMI	
I12	เบิกฟันปลอม รหัส INST 9202-9205 ภายในระยะเวลาน้อยกว่า 5 ปี	
I13	เบิกรองเท้าเบาหวานมากกว่า 1 คู่/คน/ต่อปี	
I15	ไม่ได้บันทึกรหัสโครงการพิเศษ	
I17	ตรวจสอบอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง	
I18	เบิกอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง รหัส 2501, 2502 ไม่สัมพันธ์กับอายุ	
I19	บันทึกเบิกยา NED ผู้ป่วยนอก ไม่ระบุเหตุการณ์การใช้ยา EA-EF	
I20	การเบิกอุปกรณ์ 2006 และ 2007 เบิกมา 2 ชั้น DRG ไม่อยู่ในกลุ่มที่กำหนด	ตรวจสอบการเบิกรหัสอุปกรณ์ 2006 , 2007 อยู่ในกลุ่ม DRG 02110 หรือ 02112 หรือ 02114 หรือ 02120 หรือ 02124 หากยืนยันให้ผู้ทรรณเป็นเอกสาร
I21	เบิกชุด PPE มากกว่าจำนวนที่กำหนด	ตรวจสอบการบันทึกเบิกจำนวนชุด PPE กรณีใช้ตามจำนวนที่บันทึกเบิกผู้ทรรณเป็นรายๆ
M06	ตรวจสอบรหัส HCODE กรณีรักษาผู้ป่วยข้ามสังกัด SP หรือ SN บันทึกเป็นรหัส 5 หลัก	
M12	ตรวจสอบการจ่ายเงินชดเชยกรณีมาตรา 7 (เหตุสมควร)	
M13	ไม่เข้าเกณฑ์ตามข้อตกลงกรณีการรับส่งต่อ	
M14	การตรวจสอบกรณีการให้บริการรักษาข้ามเขต	
M15	การเบิกอุปกรณ์ 2006 และ 2007 เบิกมา 2 ชั้น DRG ไม่อยู่ในกลุ่มที่กำหนด	ตรวจสอบการเบิกรหัสอุปกรณ์ 2006 , 2007 อยู่ในกลุ่ม DRG 02110 หรือ 02112 หรือ 02114 หรือ 02120 หรือ 02124 หากยืนยันให้ผู้ทรรณเป็นเอกสาร
O01	ถูกระงับการจ่ายโดยกรมบัญชีกลาง	
O02	กรณีผลการตรวจ Covid negative ไม่สามารถเบิกค่าห้อง negative pressure ได้ (ว 102)	ตรวจสอบการให้รหัสโรค และการบันทึกผล Lab กรณี" ไม่มีการติดเชื้อ covid ไม่สามารถเบิกได้
O03	ตรวจคัดกรอง (Screening) Covid19 มากกว่า 1 ครั้ง	ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลเบิก กรณียื่นยื่นการตรวจมากกว่า 1 ครั้ง ส่งเอกสารผู้ทรรณ
P01	วันที่ให้บริการอยู่ในช่วงที่รักษาเป็นผู้ป่วยใน	ตรวจสอบวันที่รับบริการ แก้ไขมาให้ถูกต้อง แล้วส่งเข้ามาใหม่ กรณีอยู่ในช่วงเป็นผู้ป่วยในไม่สามารถเบิกรายการนี้ได้
P02	เสียชีวิตก่อนวันให้บริการ	ตรวจสอบวันที่รับบริการแก้ไขมาให้ถูกต้อง แล้วส่งเข้ามาใหม่
P03	การเบิกกรณีบริการแพทย์แผนไทยรหัสโรค / รหัสหัตถการไม่สอดคล้องกับกิจกรรม	ตรวจสอบรายการบริการ และรหัสโรคกรณีให้บริการแพทย์แผนไทย แก้ไขให้สอดคล้องตามที่กำหนดแล้วส่งเข้ามาใหม่
P04	กิจกรรมนัด ประคบ อบสมุนไพร เข้ากับกรณีรับบริการแม่หลังคลอด	แก้ไขรายการเบิก กรณีเบิกรายการบริการ (Fee Schedule) กิจกรรมนัด ประคบ อบสมุนไพร แล้วไม่สามารถเบิกหัตถการที่ให้บริการมารดาหลังคลอดได้อีก
P05	รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอดเกิน 5 ครั้ง ภายใน 3 เดือน	ตรวจสอบการบันทึกเบิกกรณีให้บริการมารดาหลังคลอดสามารถเบิกได้ 5 ครั้ง/ปีงบประมาณ/PID เท่านั้น กรณีเบิกครบแล้วให้ตัดหัตถการที่ให้บริการมารดาหลังคลอดออก เพื่อรับค่าใช้จ่ายกรณีอื่นๆ
P06	รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอดไม่ครบ 5 กิจกรรมด/Visit	ตรวจสอบบันทึกหัตถการที่ให้บริการมารดาหลังคลอดต้องบันทึกให้ครบทั้ง 5 รหัสตามเงื่อนไขที่กำหนดแล้วส่งเข้ามาใหม่

รายละเอียดรหัส DENY ของข้อมูลส่ง e-Claim ของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รหัส	รายละเอียด	วิธีปฏิบัติ/แนวทางการแก้ไข
P07	การเบิกกรณีใช้จ่ายจากสมุนไพรมอบในบัญชียาหลักแห่งชาติรหัสโรค / รหัสหัตถการไม่สอดคล้องกับกิจกรรม	ตรวจสอบรายการบริการ และรหัสโรคกรณีใช้จ่ายจากสมุนไพรมอบในบัญชียาหลักแห่งชาติ แก้ไขให้สอดคล้องตามที่กำหนดแล้วส่งเข้ามาใหม่
P08	กรณีใช้จ่ายจากสมุนไพรมอบ ตรวจสอบได้เป็นยาสมุนไพรมอบบัญชียาหลักแห่งชาติ	ตรวจสอบยาสมุนไพรมอบที่ใช้หากไม่ตรงกับรายการที่กรมการแพทย์แผนไทยฯ รับรอง ไม่สามารถเบิกได้
R01	ข้อมูลถูกปฏิเสธการส่งต่อกรณี OP Refer	ตรวจสอบรายละเอียดการปฏิเสธได้จากหน้าเว็บ e claim เมนุรับส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด หัวข้อตรวจสอบสถานะฯ
S01	ข้อมูลอุทธรณ์ไม่ผ่านการอนุมัติจากสำนักงานประกันสังคม	
S02	สิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือน IP,OP (Z34003) เข้ารับบริการเจ็บป่วย ไม่รวมการตรวจครรภ์และการวางแผนครอบครัว	
S03	บันทึกข้อมูลเบิกไม่ตรงตามเงื่อนไขที่กำหนด (รพ.จุฬารัตน์)	ตรวจสอบการบันทึกรหัสโรคและรหัสหัตถการ แก้ไขให้ครบถ้วน ถูกต้องแล้วส่งเข้ามาอีกครั้ง กรณีทำหัตถการไม่ตรงตามเงื่อนไขที่บันทึกผ่านโปรแกรมของ สปสช. ขอให้ส่งเบิกในระบบเดิม
S04	บันทึกรหัสโครงการพิเศษ สิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือน (Z34003) สิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 7 เดือน (Z34007) ตรวจสอบได้สิทธิ UC	
S06	กรณีเด็กแรกเกิด (IP NB) และ OPAE หน่วยบริการบันทึกรหัสโครงการพิเศษไม่ตรงกับเงื่อนไขที่กำหนด	
S07	สิทธิประกันสังคมจำนวนเงินที่ขอเบิกตามรายการน้อยกว่า 100 บาท	
S08	สิทธิ SSS เบิกกรณีไต่รอยเฉียบพลัน ที่มีระยะเวลาการรักษาไม่เกิน 60 วัน ผู้ป่วยใน ที่มีค่า Ad.jRW มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ไม่จ่ายค่า HD,PD	
S09	สิทธิ SSS เบิกค่ายาในการรักษาโรค Cryptococcal meningitis แต่จ่ายค่ารักษาพยาบาลครบ 15,000 บาท/ราย(ตลอดชีวิต) แล้ว	
S10	สิทธิ SSS เบิกค่าทำหมัน แต่จ่ายค่ารักษาพยาบาลครบแล้วคือกรณีการทำหมันชาย จ่ายตามจริงไม่เกิน 500 บาท/ราย (ตลอดชีวิต) และกรณีการทำหมันหญิง จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,000 บาท/ราย (ตลอดชีวิต)	
S11	ไม่มีหัตถการ กรณีเบิกการทำหัตถการสวนหัวใจ	ตรวจสอบการบันทึกรหัส ICD9 บันทึกมาให้ถูกต้องครบถ้วนแล้วส่งเข้ามาใหม่อีกครั้ง