

แนวทางการบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกจ่าย กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต
(กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19)
สำหรับสถานบริการอื่นในระบบ UCEP Plus

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)



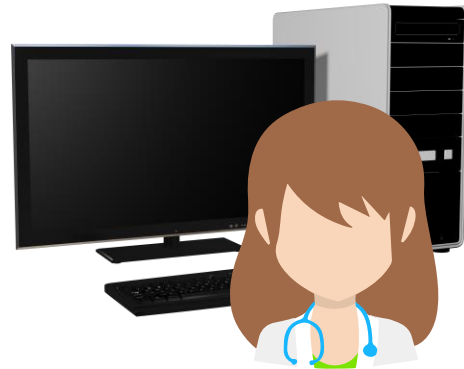
การบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกจ่ายค่าชุดเซม **UCEP Plus**

การเตรียมความพร้อมของ รพ. ก่อนส่งเบิก UCEP Plus



จัดทำ Drug Catalogue

ข้อมูลบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล
ที่ใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงในการบันทึกการ
ให้บริการทางการแพทย์และ
การทำธุรกรรมต่าง ๆ



จัดทำ Fee schedule (F/S) Catalogue

บัญชีข้อมูลอัตราค่าบริการ
สาธารณสุขแยกรายการและรายหมวด

ขั้นตอนการเบิกจ่ายชดเชย UCEP Plus



- 1 การบันทึกข้อมูลเบื้องต้น
- 2 การบันทึกข้อมูลค่ารักษาพยาบาล
- 3 การส่งเบิกรายการ Fee Schedule รายบุคคล
- 4 การแนบเอกสาร

เมนู กรอกแบบฟอร์มส่งเบิก – กรอกเงื่อนไขเพื่อค้นหาเคส และสามารถส่งเบิกได้ในหน้าจอนี้

ระบบชดเชยค่าบริการทางการแพทย์เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่

ออกจากระบบ



หน้าแรก

ข่าว

Webboard

Download

Videos

ติดต่อ-แผนที่

★ ขอเบิกชดเชยค่าบริการ



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: UCEP

เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรวมหน่วยงานราชการศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา
5 ธันวาคม 2550 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ฯ 10210
โทรศัพท์ : 02 141 4000 (เบอร์กลาง) Call Center : 1330 แฟกซ์ : 02 143 9730 - 1



เวอร์ชันบราวเซอร์ที่รองรับ : Internet Explorer เวอร์ชัน 11 ขึ้นไป : Google Chrome ทุกเวอร์ชัน : Fire fox ทุกเวอร์ชัน

Copyright © 2018 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: UCEP Online. All Rights Reserved.

version : 2.1.82 build : 20220321212046 machine : Jitkems-MacBook-Pro.local

เมนู กรอกแบบฟอร์มส่งเบิก – กรอกเงื่อนไขเพื่อค้นหาเคส และสามารถส่งเบิกได้ในหน้าจอนี้

- หน้าแรก
- Drug Catalogue
- Fee Schedule Catalogue
- รายการที่ขออนุมัติ
- กรอกแบบฟอร์มส่งเบิก**
- การขออุทธรณ์
- รายงาน

กรอกแบบฟอร์มส่งเบิก ← กลับ

1

เลขประจำตัวประชาชน *

วันที่รับรักษา *

*** กรุณาระบุ เลขประจำตัวประชาชน และวันที่รับรักษา เพื่อค้นหาข้อมูลสำหรับส่งเบิก

2

ผลตรวจ *

PA Code

ผลการประเมิน PA

กรณาระบุกลุ่มผู้ป่วย

3

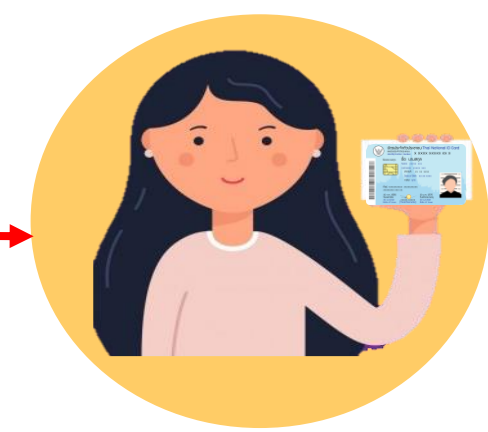
ระดับอาการผู้ป่วยโควิด-19 ระดับ * : วันเริ่มต้น * : วันสิ้นสุด * :

4

Authen Code

ยืนยันมีการ Authen ระบุเลขที่

ไม่ได้ทำ Authen กรุณาแนบรูปถ่ายและบัตรประชาชน No file chosen





การบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกจ่ายค่าชดเชย กรณี Covid-19 ที่ไม่เข้าเกณฑ์ฉุกเฉินวิกฤต
รพ.เอกชนนอกระบบที่ทำข้อตกลงกับ UC

เมนู กรอกแบบฟอร์มส่งเบิก – กรอกเงื่อนไขเพื่อค้นหาเคส และสามารถส่งเบิกได้ในหน้าจอนี้

ระบบชดเชยค่าบริการทางการแพทย์เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่

ออกจากระบบ



หน้าแรก

ข่าว

Webboard

Download

Videos

ติดต่อ-แผนที่

★ ขอเบิกชดเชยค่าบริการ



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: UCEP

เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรวมหน่วยงานราชการศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา
5 ธันวาคม 2550 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ๑ 10210
โทรศัพท์ : 02 141 4000 (เบอร์กลาง) Call Center : 1330 แฟกซ์ : 02 143 9730 - 1



เวอร์ชันบราวเซอร์ที่รองรับ : Internet Explorer เวอร์ชัน 11 ขึ้นไป : Google Chrome ทุกเวอร์ชัน : Fire fox ทุกเวอร์ชัน

Copyright © 2018 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: UCEP Online. All Rights Reserved.

version : 2.1.82 build : 20220321212046 machine : Jitkems-MacBook-Pro.local

เมนู กรอกแบบฟอร์มส่งเบิก – กรอกเงื่อนไขเพื่อค้นหาเคส และสามารถส่งเบิกได้ในหน้าจอนี้

กรอกแบบฟอร์มส่งเบิก

← กลับ

1 เลขประจำตัวประชาชน *
วันที่รับรักษา *
*** กรุณาระบุ เลขประจำตัวประชาชน และวันที่รับรักษา เพื่อค้นหาข้อมูลสำหรับส่งเบิก
ล้างข้อมูล ค้นหา

2 ผลตรวจ * Positive
PA Code
ผลการประเมิน PA ผลไม่เข้าเกณฑ์

กรณาระบุกลุ่มผู้ป่วย

3 ระดับอาการผู้ป่วยโควิด-19 ระดับ * : กรุณาเลือก วันเริ่มต้น * : วันสิ้นสุด * :
เพิ่มช่วงวัน ลบ

4 Authen Code ไม่พบในระบบ
ยืนยันมีการ Authen ระบุเลขที่
ไม่ได้ทำ Authen กรุณาแนบรูปถ่ายและบัตรประชาชน
Choose file No file chosen



การส่งเบิกรายการ Fee Schedule รายบุคคล

- หน้าแรก
- Drug Catalogue
- Fee Schedule Catalogue
- รายการที่ขออนุมัติ
- กรอกแบบฟอร์มส่งเบิก
- การขออุทธรณ์
- รายงาน

Covid-19 คำขออนุมัติ **อนุมัติ** ← กลับ

ชื่อผู้ป่วย : นาย [REDACTED]
PID : [REDACTED] | Code : [REDACTED]-001 | PA Code : [REDACTED] | ผลการตรวจ Covid-19 : **POSITIVE** | วันที่ทราบผลการตรวจ Covid-19 : [REDACTED] → ยืนยันการส่งเบิก

ผลการพิจารณา | ข้อมูลผู้ป่วย | คำรักษา | รายละเอียดของสถานที่เข้าพักของผู้ป่วย | ข้อมูลการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย | **รายการ F/S รายบุคคล** | เอกสาร | การสนทนา

PA CODE : [REDACTED] | ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย : [REDACTED] | วันที่รับรักษา : [REDACTED]

ข้อมูลรายการค่าใช้จ่าย OP with self Isolation

เลือก	รายการ
<input type="checkbox"/>	48 ชม. เหม่าจ่าย 1,000 บาท/ราย
<input type="checkbox"/>	หลัง 48 ชม. * เหม่าจ่าย 300 บาท/ราย <small>* กรณีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง โดยผู้ป่วยโทรกลับมา และรพ.มีการให้คำปรึกษา</small>

ข้อมูลรายการค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วย Covid-19

เลือก	รายการ
<input type="checkbox"/>	ค่าบริการให้การดูแลผู้ติดเชื้อ (รวมค่าอาหาร 3 มื้อ และติดตามประเมินอาการ การให้คำปรึกษา) กรณีรักษาตั้งแต่ 1-6 วัน
<input type="checkbox"/>	ค่าบริการให้การดูแลผู้ติดเชื้อ (รวมค่าอาหาร 3 มื้อ และติดตามประเมินอาการ การให้คำปรึกษา) กรณีรักษาตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป

แจ้งเตือน

กรุณาทบทวนรายการเบิกให้สอดคล้องกับจำนวนวันที่รักษา

Code : [REDACTED]

Close

เลือก	รายการ	ราคาเบิก *
<input type="checkbox"/>	ค่าบริการให้การดูแลผู้ติดเชื้อ (รวมค่าอาหาร 3 มื้อ และติดตามประเมินอาการ การให้คำปรึกษา) กรณีรักษาตั้งแต่ 1-6 วัน	
<input checked="" type="checkbox"/>	ค่าบริการให้การดูแลผู้ติดเชื้อ (รวมค่าอาหาร 3 มื้อ และติดตามประเมินอาการ การให้คำปรึกษา) กรณีรักษาตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป	12000



THANK YOU

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

