



MAPPING

สิทธิการเงิน

4301020105.201 รายได้ค่ารักษา UC -OP ใน CUP

ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก สิทธิ UC ที่ขึ้นทะเบียนกับ
หน่วยบริการมารับบริการ
รหัสหน่วยงานคู่ค้าในระบบ GFMIS "X8074"

ชื่อสิทธิอะไรก็ตาม Hosman / Hossab ต้องเป็นของ รพ. เรา

รหัส	สิทธิ HOSxP
71	เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี
72	ผู้มีรายได้น้อย
73	นักเรียนมัธยม (13-15 ปี)
74	ผู้พิการ
75	ทหารผ่านศึก
76	พระภิกษุ สามเณร
77	ผู้สูงอายุ
80	บุคคลในครอบครัวทหารผ่านศึก1-3
81	บัตรประกันสุขภาพ ผู้นำ
82	บัตรประกันสุขภาพ อสม.
88	บุคคลในครอบครัวอสม.
89	บัตรทอง ไม่มี ท.
91	ผู้ที่พำนักในสถานที่ภายใต้ราชทัณฑ์
92	ผู้ที่พำนักภายใต้สถานพินิจและสถานสงเคราะห์

สิทธิการเงิน	ชื่อสิทธิการเงิน
01	UC ใน CUP

ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก สิทธิ UC กองทุนบริการเฉพาะ

(Central Reimburse : CR)

รหัสหน่วยงานคู่ค้าในระบบ GFMIS "X8074"

4301020105.244 รายได้ค่ารักษา UC- OP บริการกรณีเฉพาะ (CR)

UC- OP บริการ
กรณีเฉพาะ (CR)

บัตรทอง ท.74 (ผู้พิการต่างจังหวัด)

บัตรทองทหารผ่านศึกชั้น 1 – 3

มติบอร์ด สปสช.

สิทธิว่าง

สิทธิ สปสช. ตามนโยบายเปลี่ยนสิทธิ

4301020105.241

รายได้ค่ารักษาด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P)

ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลที่มารับบริการด้านสร้างเสริมสุขภาพ
และป้องกันโรค ที่หน่วยบริการทุกสิทธิ รหัสหน่วยงานคู่ค้าใน
ระบบ GFMIS "X8074"

รายได้ค่ารักษา การสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค (P&P)

- ทันตกรรม(โรงเรียน)
- ฝากครรภ์ ANC, วัคซีนเด็ก ฟรีทุกสิทธิ
- โครงการพิเศษ(งานบำบัด/ฟื้นฟู/ตรวจเลือด)
- งานส่งเสริม/ป้องกัน (PP)/คุมกำเนิด/ตรวจมะเร็งปากมดลูก
- โครงการพิเศษ
- โครงการทันตกรรมฟรี
- โครงการพิเศษ(UC)
- โครงการพิเศษ(ข้าราชการ)
- โครงการพิเศษ(อปท.)
- โครงการพิเศษ(ปกส.)
- โครงการพิเศษ(แรงงานต่างด้าว รพ.....)
- โครงการพิเศษ (บัตรอื่น ๆ)
- ฟันปลอม
- โครงการพิเศษ ATK (UC)
- โครงการพิเศษ ATK (ข้าราชการ)
- โครงการพิเศษ ATK (อปท.)
- โครงการพิเศษ ATK (ปกส.)
- โครงการพิเศษ ATK (บัตรอื่นๆ)
- วัคซีนเด็ก บัตรทอง รพ.....
- วัคซีนเด็ก บัตรทองในจังหวัด.....
- วัคซีนเด็ก บัตรทองต่างจังหวัด
- วัคซีนเด็ก สิทธิข้าราชการ/อปท.

4301020105.203

รายได้ค่ารักษา

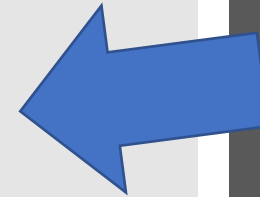
UC - OP

นอก CUP ในจังหวัด

ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก สิทธิ UC ที่ขึ้นทะเบียนนอก
CUP ในจังหวัดมารับบริการที่หน่วยบริการ โดยเรียกเก็บระหว่าง
หน่วยบริการ
รหัสหน่วยงานคู่ค้าในระบบ GFMIS "X8074"

UC - OP นอก CUP ในจังหวัด

รพ.นิคมพัฒนา ไม่มี ท. ร่วมจ่าย 30 บาท กรณี Refer /AE
รพ.นิคมพัฒนา มี ท. กรณี Refer/AE
รพ.บ้านฉาง ไม่มี ท. ร่วมจ่าย 30 บาท กรณี Refer/AE
รพ.บ้านฉาง มี ท. กรณี Refer/AE
รพ.ปลวกแดง ไม่มี ท. ร่วมจ่าย 30 บาท กรณี Refer/AE
รพ.ปลวกแดง มี ท. กรณี Refer/AE
รพ.บ้านค่าย ไม่มี ท. ร่วมจ่าย 30 บาท กรณี Refer/AE
รพ.บ้านค่าย มี ท. กรณี Refer/AE
รพ.ระยอง ไม่มี ท. ร่วมจ่าย 30 บาท กรณี Refer/AE
รพ.ระยอง มี ท. กรณี Refer/AE
รพ.แกลง ไม่มี ท. ร่วมจ่าย 30 บาท กรณี Refer/AE
รพ.แกลง มี ท. กรณี Refer/AE
รพ.เขาชะเมาฯ ไม่มี ท. ร่วมจ่าย 30 บาท กรณี Refer/AE
รพ.เขาชะเมาฯ มี ท. กรณี Refer/AE
รพ.วังจันทร์ ไม่มี ท. ร่วมจ่าย 30 บาท กรณี Refer/AE
รพ.วังจันทร์ มี ท. กรณี Refer/AE



- บัตรทองฉุกเฉิน ไม่มี ท. (นอก CUP ในจังหวัด)
- บัตรทองฉุกเฉิน มี ท. (นอก CUP ในจังหวัด)
- หรือตั้งชื่อสิทธิเป็นโรงพยาบาลนั้น ในจังหวัดของตัวเองก็ได้

ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก สิทธิประกัน สังคมที่ขึ้น
ทะเบียนกับคู่สัญญาหลักในจังหวัดมารับบริการ
รหัสหน่วยงานคู่ค้าในระบบ GFMIS "X2102"

4301020106.305 รายได้ค่ารักษาประกันสังคม OP-เครือข่าย

ประกันสังคม ในเครือข่าย

วิธีการง่าย ๆ คือ ตั้งชื่อสิทธิตามโรงพยาบาลที่เป็นแม่ข่ายของเราเลย

สิทธิ HOSxP

ประกันสังคม รพ.....

LAB สิทธิประกันสังคม รพ.....



ประกันสังคม- กองทุนทดแทน

สิทธิ HOSxP

กองทุนทดแทน

ประกันสังคม(กรณีทำฟัน)

กองทุนทดแทน (มัดจำค่ารักษา)

ประกันสังคมทุพพลภาพ

ผู้ประกันตนคนพิการ รพ.....

ผู้ประกันตนคนพิการ ในจังหวัด

ผู้ประกันตนคนพิการ ต่างจังหวัด

ประกันสังคม(ตรวจสุขภาพประจำปี)

4301020106.311
 รายได้ค่ารักษา
 ประกันสังคม
 กองทุนทดแทน

ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมที่เรียกเก็บจาก
 สำนักงานประกันสังคม เช่น กรณีบาดเจ็บจากการทำงาน ทุพพล
 ภาพ ทันทกรรม ค่าตรวจสุขภาพ รวมทั้งผู้ประกันตนคนพิการซึ่ง
เรียกเก็บจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 รหัสหน่วยงานคู่ค้าในระบบ GFMIS "X8067"



แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้อง
 ขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537
 สำหรับนายจ้าง ลูกจ้าง หรือผู้ยื่นคำร้องกรอก

สำหรับเจ้าหน้าที่
 เลขที่บัญชี.....
 เลขรหัส.....
 เลขที่ประสบอันตราย.....
 วันที่ได้รับ.....

กท.16

1. ชื่อสถานประกอบการ เลขที่บัญชี

สำนักงานเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

ประเภทกิจการ จำนวนลูกจ้าง คน ชื่อสาขาที่ลูกจ้างประจำทำงาน

2. ชื่อลูกจ้างที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (นาย,นาง,นางสาว) อายุ ปี

ภูมิลำเนาบ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่บัตรประกันสังคม

3. วัน เดือน ปี ที่ลูกจ้างเริ่มเข้าทำงาน ตำแหน่งหน้าที่ขณะประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย

4. เวลาทำงานปกติเริ่ม น. เลิก น. ทำงานสัปดาห์ละ วัน

5. ขณะประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ได้รับค่าจ้างในอัตรา (เดือน, วัน, ชั่วโมง, อื่นๆ) ละ บาท

6. รายได้สิ้น (เช่น ค่าครองชีพ ค่าอาหาร ค่าเบี้ยเลี้ยง ฯลฯ (ถ้ามีที่แจ้งรายละเอียด)



สำนักงานประกันสังคม

แบบ กท.44

เรื่อง ส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการรักษาพยาบาล
 เรียน ผู้อำนวยการสถานพยาบาล.....

ด้วย (ชื่อลูกจ้าง)..... เป็นลูกจ้างของ.....
 ซึ่งเป็นนายจ้างที่มีหน้าที่จ่ายเงินสมทบกองทุนเงินทดแทนเลขที่บัญชี ตั้งอยู่เลขที่.....
 โทรศัพท์.....
 ได้รับการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้นายจ้าง เมื่อวันที่

ณ สถานที่.....
 สาเหตุและลักษณะของการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย

เขียนที่.....
 วันที่.....

กองทุนทดแทน



สำนักงานประกันสังคม

แบบ กท.44

เขียนที่.....
วันที่.....

เรื่อง ส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการรักษาพยาบาล
เรียน ผู้อำนวยการสถานพยาบาล.....

ด้วย (ชื่อลูกจ้าง)..... เป็นลูกจ้างของ.....

ซึ่งเป็นนายจ้างที่มีหน้าที่จ่ายเงินสมทบกองทุนเงินทดแทนเลขที่บัญชี ตั้งอยู่เลขที่.....

โทรศัพท์.....

ได้รับการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้นายจ้าง เมื่อวันที่.....
ณ สถานที่.....

สาเหตุและลักษณะของการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย.....



สำนักงานประกันสังคม

กท.16

แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้อง ขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 สำหรับนายจ้าง ลูกจ้าง หรือผู้ยื่นคำร้องกรอก

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่บัญชี.....

เลขรหัส.....

เลขที่ประสบอันตราย.....

วันที่รับ.....

1. ชื่อสถานประกอบการ..... เลขที่บัญชี

สำนักงานเลขที่..... หมู่ที่..... ตระก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ประเภทกิจการ..... จำนวนลูกจ้าง..... คน ชื่อสาขาที่ลูกจ้างประจำทำงาน.....

2. ชื่อลูกจ้างที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (นาย,นาง,นางสาว)..... อายุ..... ปี

ภูมิลำเนาบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตระก/ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่บัตรประกันสังคม

3. วัน เดือน ปี ที่ลูกจ้างเริ่มเข้าทำงาน..... ตำแหน่งหน้าที่ขณะประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย.....


4. เวลาทำงานปกติเริ่ม..... น. เล็ก..... น. ทำงานสัปดาห์ละ..... วัน

5. ขณะประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ได้รับค่าจ้างในอัตรา (เดือน, วัน, ชั่วโมง, อื่นๆ.....) ละ..... บาท

6. รายได้อื่น เช่น ค่าครองชีพ ค่าอาหาร ค่าเบี้ยเลี้ยง ฯลฯ (ถ้ามีให้แจ้งรายละเอียด).....

ประกันสังคมทุพพลภาพ

- แบบ สปส.2-19
- สำเนาบัตรประชาชน

 <p>แบบคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันคนที่ทุพพลภาพ กองทุนประกันสังคม (สำหรับสถานพยาบาล)</p>	<p>สำหรับเจ้าหน้าที่</p> <p>เลขที่รับ</p> <p>วันที่รับ</p> <p>ผู้รับ</p>
<p>1. ชื่อสถานพยาบาล.....ขอรับค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันคนที่ทุพพลภาพ ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□□□</p> <p>เข้ารับการรักษาพยาบาลประเภท <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน</p> <p>2. ข้อมูลสถานพยาบาล <input type="checkbox"/> เป็น สถานพยาบาลที่ผู้ทุพพลภาพเลือกเข้ารับบริการทางการแพทย์ <input type="checkbox"/> ไม่เป็น สถานพยาบาลที่ผู้ทุพพลภาพเลือกเข้ารับบริการทางการแพทย์</p> <p>3. ชื่อโรคหรืออาการที่เข้ารับบริการทางการแพทย์.....</p> <p>4. วิธีการรักษาพยาบาล</p> <p>วัน เดือน ปี ที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่..... รวมเป็นเงินบาท (.....)</p> <p>5. ขอรับเงิน <input type="checkbox"/> ที่สำนักงานประกันสังคม <input type="checkbox"/> ธนาคารที่ตั้งส่ง ชำ.....<input type="checkbox"/> ธนาคาร..... สาขา..... บัญชีเลขที่.....</p> <p>6. เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่แนบ <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ <input type="checkbox"/> ใบสรุป / ใบแสดงรายการค่าบริการทางการแพทย์</p> <p style="text-align: right;">(ลงชื่อ)</p> <p style="text-align: center;">(.....)</p> <p style="text-align: center;">ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้รับมอบอำนาจ.....</p>	
<p>คำรับรองของผู้ประกันคนที่ทุพพลภาพ</p> <p>ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว)..... ขอรับรองว่า ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลตามระยะเวลาดังกล่าวจริง และยินยอมให้สถานพยาบาลเป็นผู้เบิกค่าบริการทางการแพทย์</p> <p style="text-align: right;">(ลงชื่อ)</p> <p style="text-align: center;">(.....)</p> <p style="text-align: right;">วันที่...../...../.....</p>	
<p>คำเตือน : ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341 ผู้ใดโดยทุจริต หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความจริง ซึ่งควรบอกให้แจ้ง และโดยการหลอกลวงดังกล่าวนี้ ได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวง หรือบุคคลที่สามหรือทำให้ผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สามทำ อ่อนหรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานฉ้อโกง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ</p>	



ผู้ประกันตนตรวจสุขภาพได้ทุกรพ. ที่เข้าร่วมโครงการฯ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

รู้มั้ย..?

สำนักงานประกันสังคม

ได้เพิ่มสิทธิให้ผู้ประกันตนด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ณ สถานพยาบาลที่สมัครเข้าร่วมโครงการฯ



การตรวจร่างกายตามระบบ

	อายุ	ความถี่
<input type="checkbox"/> การคัดกรองการไคย Finger Rub Test	15 ปีขึ้นไป	ตรวจ 1 ครั้ง / 0
<input type="checkbox"/> การตรวจเท้าหมึกโดยแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุข	30 - 39 ปี 40 - 54 ปี 55 ปีขึ้นไป	ตรวจทุก 3 ปี ตรวจทุกปี ตรวจตามความเหมาะสม หรือมีความเสี่ยง
<input type="checkbox"/> การตรวจตาโดยความถี่ของจักษุแพทย์	40 - 54 ปี 55 ปีขึ้นไป	ตรวจ 1 ครั้ง ตรวจทุก 1 - 2 ปี
<input type="checkbox"/> การตรวจสายตาคือ Snellen eye Chart	55 ปีขึ้นไป	ตรวจ 1 ครั้ง / 0

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

<input type="checkbox"/> ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด CBC	18 - 54 ปี 55 - 70 ปี	ตรวจ 1 ครั้ง ตรวจ 1 ครั้ง / 0
<input type="checkbox"/> ปัสสาวะ: UA	55 ปีขึ้นไป	ตรวจ 1 ครั้ง / 0

การตรวจสารเคมีในเลือด

<input type="checkbox"/> น้ำตาลในเลือด FBS	35 - 54 ปี 55 ปีขึ้นไป	ตรวจทุก 3 ปี ตรวจ 1 ครั้ง / 0
<input type="checkbox"/> การทำงานของไต Cr	55 ปีขึ้นไป	ตรวจ 1 ครั้ง / 0
<input type="checkbox"/> ไขมันในเส้นเลือดชนิด Total & HDL cholesterol	20 ปีขึ้นไป	ตรวจทุก 5 ปี

การตรวจอื่นๆ

<input type="checkbox"/> เชื้อไวรัสตับอักเสบบี HBsAg	สำหรับผู้เกิดก่อน พ.ศ.2535	ตรวจ 1 ครั้ง
<input type="checkbox"/> มะเร็งปากมดลูก หรือ Pap Smear	30 - 54 ปี 55 ปีขึ้นไป	ตรวจทุก 3 ปี ตรวจตามความเหมาะสม หรือมีความเสี่ยง
<input type="checkbox"/> มะเร็งปากมดลูกวิธี Via	30 - 54 ปี 55 ปีขึ้นไป	ตรวจทุก 5 ปี แนะนำให้ตรวจ Pap smear
<input type="checkbox"/> เลือดในอุจจาระ FOBT	50 ปีขึ้นไป	ตรวจ 1 ครั้ง / 0
<input type="checkbox"/> Chest X-ray	15 ปีขึ้นไป	1 ครั้ง

สามารถตรวจสอบข้อมูลสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการตรวจสุขภาพได้ที่ www.sso.go.th
หรือสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ สปส.พื้นที่/จังหวัด/สาขา ทุกแห่งทั่วประเทศ



CONTACT CENTER 1506

ลำดับ	รายการ	ชุดเซช
1	CBC	80
2	UA	50
3	FBS	40
4	Cr	45
5	Total Cholesterol &HDL	200
6	HBsAg	130
7	มะเร็งปากมดลูก (PAP Smear)	50
8	มะเร็งปากมดลูก (VIA)	50
9	เลือดในอุจจาระ FOBT	30
10	Chest X-ray	200

4301020106.313

รายได้ค่ารักษาประกันสังคม-ค่าใช้จ่ายสูง/อุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน OP

ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก สิทธิประกัน สังคมที่มารับ
บริการกรณี ค่าใช้จ่ายสูง อุบัติเหตุฉุกเฉิน
รหัสหน่วยงานคู่ค้าในระบบ GFMIS "X8066"



กรณีที่ผู้รับบริการเข้ารับการรักษาด้วยอุบัติเหตุ หรือ อากาศฉุกเฉิน
และทำเอกสารเรียกเก็บไปที่สำนักงานประกันสังคมจังหวัด
อาจตั้งชื่อสิทธิว่า “ประกันสังคม ฉุกเฉิน(OPD)”

ประกันสังคมฉุกเฉิน

- แบบ สปส.2-15

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน



 <p>แบบคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยประกันสังคม (สำหรับสถานพยาบาล)</p>	สำหรับเจ้าหน้าที่ เลขที่รับ วันที่รับ ผู้รับ
	1. โรงพยาบาล..... ขอรับคำรักษาพยาบาลของผู้ป่วยประกันสังคม ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> กรณี <input type="checkbox"/> ประสบอันตราย <input type="checkbox"/> เจ็บป่วยฉุกเฉิน <input type="checkbox"/> สำนักงานประกันสังคมยังไม่ได้ออกบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล ประเภท <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน 2. โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิของผู้ป่วยประกันสังคม 3. สาเหตุของการประสบอันตราย / เจ็บป่วย 4. วิธีการรักษาพยาบาล วัน เดือน ปี ที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่ รวมเป็นเงิน บาท (.....) 5. ขอรับเงิน <input type="checkbox"/> ที่สำนักงานประกันสังคม <input type="checkbox"/> ธนาคารคัสซิ่ง ปรณ. <input type="checkbox"/> ธนาคาร..... สาขา บัญชีเลขที่ 6. เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่แนบ <input type="checkbox"/> สำเนาเวชระเบียน <input type="checkbox"/> ใบสรุป / ใบแสดงรายการคำรักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์จากแพทย์ผู้รักษา (ลงชื่อ) (.....) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....
คำรับรองของผู้ประกันตน	
ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว)..... ขอรับรองว่า ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลตามระยะเวลาดังกล่าวจริง และยินยอมให้สถานพยาบาลเบิกค่ารักษาพยาบาล เป็นจำนวนเงิน บาท (.....) หากมีค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินจากสิทธิซึ่งข้าพเจ้าจะได้รับจากสำนักงานประกันสังคม ข้าพเจ้าจะไม่นำใบเสร็จรับเงินมาเบิกจาก สำนักงานประกันสังคมแต่อย่างใด (ลงชื่อ) (.....) วันที่...../...../.....	
คำเตือน : ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 341 ผู้ใดโดยทุจริต หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิด ข้อความจริง ซึ่งควรบอกให้แจ้ง และโดยการหลอกลวงดังกล่าว นั้น ไปได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวง หรือบุคคลที่สามหรือ ทำให้ผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สามทำ อ่อนหรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานฉ้อโกง ต้องระวางโทษจำคุก ไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ	

ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (IP) สิทธิประกันสังคมที่มารักษา
ในหน่วยบริการที่ไม่เกิน 72 ชั่วโมงแรก
รหัสหน่วยงานคู่ค้าในระบบ GFMIS "X8066"

4301020106.312

รายได้ค่ารักษา

ประกันสังคม 72 ชั่วโมงแรก

ตัวอย่างสิทธิการรักษา

- ประกันสังคมรพ.อื่น(72 ชั่วโมง)
กรณีที่ผู้รับบริการต้องนอนโรงพยาบาลเท่านั้น

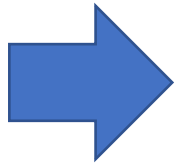
แรงงานต่างด้าว

- คนต่างด้าว และ แรงงานต่างด้าว **OP** คือ ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก สิทธิคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการ รับบริการ



สิทธิแรงงานต่างด้าวโรงพยาบาล.....

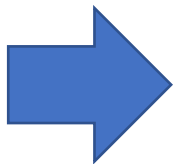
- คนต่าง ด้าวและแรงงานต่างด้าว **OP** นอก **CUP** คือ คนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการอื่นมารับบริการที่หน่วยบริการ



สิทธิแรงงานต่างด้าวโรงพยาบาล.....

หรือ สิทธิแรงงานต่างด้าว นอก CUP ในจังหวัด

- คนต่าง ด้าวและแรงงานต่างด้าว เบิกจากส่วนกลาง คือ คนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวประเภท ผู้ป่วยนอกกรณีค่าใช้จ่ายสูง/อุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน รับบริการที่หน่วยบริการ



สิทธิแรงงานต่างด้าวเบิกส่วนกลาง

https://fwf.cfo.in.th



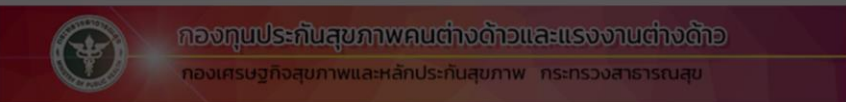
หน้าหลัก

ทะเบียนผู้ประกันตน

ข้อมูลการรักษา

รายงาน

เว็บบอร์ด



หน้าหลัก ตรวจสอบสิทธิโดยประชาชน

ประกาศ/แนวทางหลักเกณฑ์/แจ้งเวียน

User Log In

Username:

Password:

Remember Login

แจ้งเวียน

- ส่งไฟล์การรักษาที่ IPD หรือ 12 แฟ้มข้อมูล
- ลบข้อมูลการรักษาที่ IPD
- ส่งข้อมูลการรักษาที่ OPD
- เพิ่ม-ลบ-แก้ไขข้อมูลการรักษาที่ OPD
- ส่งไฟล์ claim IPD
- จัดการข้อมูลการ Claim ที่ IPD
- ส่งไฟล์ Claim OPD
- จัดการข้อมูลการ Claim ที่ OPD
- ส่งหลักฐานการเปลี่ยนยา ARV
- ดาวน์โหลดโปรแกรมคีย์เคลม ARV แบบ Offline
- นำเข้าข้อมูล Offline ARV

TEL : 02-590-1578

รายการ Claim วัคซีน
(กรณีสิทธิแรงงาน
ต่างด้าวขึ้นทะเบียน)

365 บาท ประกัน 1 ปี (เด็ก 0-7 ปี)

รหัส	รายการ	ICD 10	ราคา
VCBCG	วัคซีนปี่ซีจี	Z232	14
VCDPT	วัคซีนคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก	Z271หรือZ273	72
VCdT	วัคซีนคอตีบ บาดทะยัก	Z235หรือZ236หรือZ271 หรือZ272หรือZ273	34
VCHBV	วัคซีนตับอักเสบบี	Z246	108
VCJE	วัคซีนไข้มองอักเสบเจอี	Z241	70
VCMMR	วัคซีนหัด คางทูม หัด เยอรมัน	Z274	149
VCOPV	วัคซีนโปลิโอ	Z240หรือZ273	8.5
VCIPV	วัคซีนโปลิโอชนิดฉีด	Z240หรือZ273	321
VCDTP-HB-Hib	วัคซีนคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ตับอักเสบบี ฮิบ	Z271, Z246, Z238*	47

รหัส	รายการ	ราคา	หมายเหตุ
Norplant	การคุมกำเนิดกึ่งถาวร : ยาฝังคุมกำเนิด	2,500 บาท	เบิกได้เฉพาะผู้ป่วยนอก
SC01	ผู้ป่วยในเด็ก0-7ปีที่มีบัตรประกันสุขภาพต่างด้าว	10,300 บาท (RW)	
8305	เฟือกพยุงลำตัว	ตามจริงไม่เกิน 2,000 บาท	
	ยาต้านไวรัส(ARV) , Lab	ตาม Flie แนบ	





👤 รหัสผู้ใช้ :

🔑 รหัสผ่าน :

เข้าสู่ระบบ

ข่าวประชาสัมพันธ์

ผู้ประสบภัยจากรถที่ใช้สิทธิ์เบ็ก พรบ.จากบริษัทด้านล่างนี้ ให้โรงพยาบาลรับมอบ
อำนาจตั้งเบ็กที่ บ.กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด ทุกสาขาทั่วประเทศ

1. บริษัท สินทรัพย์ประกันภัย จำกัด (มหาชน)
2. บริษัท ไทยประกันภัย จำกัด(มหาชน)
3. บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)
4. บริษัท สยามซิติประกันภัย จำกัด (มหาชน)
5. บริษัท เอรารัตประกันภัย จำกัด (มหาชน)
6. บริษัท ศรีอยุธยา เจเนอรัล ประกันภัย จำกัด (มหาชน)
7. บริษัท ชีบวิสามมิตประกันภัย จำกัด(มหาชน)
8. บริษัท เคเอสเค ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
9. บริษัท เอ็ม เอส ไอ จี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
10. บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด(มหาชน)
11. บริษัท เอเชียประกันภัย 1950 จำกัด (มหาชน)
12. บริษัท เอฟพีจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
13. บริษัท ฟาสินประกันภัย จำกัด (มหาชน)
14. บริษัท อลิอันซ์ ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ คุณสำเภา แสงแดง โทร.02-100-9191 ต่อ 5103

eclaim พ.ร.บ.
ระบบสินไหมอัตโนมัติ

พิธีมอบรางวัล
e-Claim Awards 2017
การใช้ระบบสินไหมอัตโนมัติดีเด่น ประจำปี ๒๕๖๐

สปก.
สมาคมประกันวินาศภัยไทย
Thai General Insurance Association

วันที่ 23 พฤษภาคม 2561
อิมแพ็ค เมืองทองธานี

WHO



สิทธิ พรบ.รถ

จุดเน้น

- ลงเหตุ ภายใน 24 ชม.
- เอกสารครบ เรียกเก็บภายในสี่ปดาห์
- ส่งClaim ส่ง Claim ทุกสี่ปดาห์



W.S.U. ต่อทุกปี
รู้ไหมบิกอะไรได้

- ค่ารักษา 80,000
- ตาย 300,000
- นิ้วขาด 200,000
- มือขาด 250,000
- ตาบอด 250,000
- มือขาด ตาบอด 300,000

🔍 รายงานการจ่ายเงินให้โรงพยาบาล

📄 ค้นหารายงานการจ่ายเงินให้โรงพยาบาล

เลือกช่วงวันที่จ่าย :

01/11/2561

ถึงวันที่ :

30/11/2561

ค้นหา

ลำดับ	วันที่นัดจ่าย	จำนวนราย	จำนวนเงิน
1	02/11/2561	1	5,826.00
2	06/11/2561	20	199,823.00
3	07/11/2561	13	23,858.00
4	09/11/2561	1	28,055.00
5	19/11/2561	1	24,465.00
6	21/11/2561	5	67,367.00
7	22/11/2561	1	14,639.00
รวมทั้งสิ้น		42	364,033.00

ขมกอย 300'000

ขมกอย 300'000



ข้อมูลผู้ป่วย

คำนำหน้า ชื่อ นามสกุล อายุ
 เลขที่มีบัตรประจำตัวประชาชน วันเกิด หมู่เลือด
 เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา
 สัญชาติ เชื้อชาติ ศาสนา อาชีพ
 สิทธิการรักษา เลขที่



ข้อมูลอุบัติเหตุ



ส่งเรื่องตรวจสอบความคุ้มครอง



ยืนยันข้อมูล Invoice



Log

ข้อมูลอุบัติเหตุ

วันที่เกิดอุบัติเหตุ วันที่/เวลา แจ้ง
 สถานที่เกิดเหตุ
 จังหวัด อำเภอ ตำบล
 ประเภทอุบัติเหตุ สาเหตุ
 ลักษณะการเกิดเหตุ
 สถานะผู้ประสบภัย การบาดเจ็บ
 ประเภทรถ

ข้อมูลรถที่เกิดอุบัติเหตุ

หมายเลขตัวถัง ทะเบียนตัวอักษร ทะเบียนตัวเลข
 จังหวัดที่จดทะเบียน

เอกสารเบื้องต้น



เอกสารที่ใช้เบิกประกัน พ.ร.บ.

- สำเนาบัตรประชาชน ของผู้ประสบภัย (หากอายุไม่ถึง 15 ปี ใช้ สำเนาสูติบัตรแทน)
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาทะเบียนรถคันที่เกิดเหตุ
- สำเนาใบขับขี่ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ในกรณีที่ผู้ประสบภัยเป็นผู้ขับรถ)
- ใบแจ้งความ หรือ บันทึกประจำวันจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ
- สำเนาใบกรมธรรม์ พ.ร.บ.

ส่วนประกอบคำร้องขอรับค่าเสียหายเบื้องต้น สำหรับความเสียหายต่อร่างกาย

- () ใบเสร็จรับเงิน () หลักฐานการแจ้งหนี้ เลขที่.....จำนวน.....ฉบับ ชื่อสถานพยาบาล..... ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เป็นจำนวนเงิน.....บาท.....สตางค์ (.....)
- สำเนาเอกสารอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ () บัตรประจำตัวผู้ประสบภัย () ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว () หนังสือเดินทาง () ทะเบียนบ้านของผู้ประสบภัย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....โรงพยาบาล/สถานพยาบาล ผู้ยื่นคำร้องขอ

หนังสือมอบอำนาจ และคำรับรองของผู้ประสบภัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี ผู้ประสบภัย ขอมอบอำนาจให้สถานพยาบาล ชื่อ.....เป็นผู้มีอำนาจขอรับค่าเสียหายเบื้องต้นต่อบริษัท.....จำกัด เพื่อคำรักษาพยาบาล ทั้งให้มีอำนาจรับเงินดังกล่าว โดยเสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำลงไปด้วยตนเองทุกประการ และขอให้บริษัทฯ จ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นตามคำร้องขอนี้ ให้แก่ผู้รับมอบอำนาจในนามของผู้รับมอบอำนาจโดยตรง เนื่องจากข้าพเจ้าเป็นหนี้ค้างชำระคำรักษาพยาบาลแก่ผู้รับมอบอำนาจ ซึ่งข้าพเจ้าเข้ารับการรักษาพยาบาลตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535 และข้าพเจ้าขอให้คำรับรองต่อบริษัทประกันภัย และสถานพยาบาล ผู้รับมอบอำนาจว่า-

ข้าพเจ้า () เคย () ไม่เคย รับหรือทำสัญญาว่าจะรับค่าเสียหายเบื้องต้นจากเจ้าของรถ หรือบริษัท ผู้รับประกันภัย หรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย (เป็นจำนวนเงิน.....บาท)

ข้าพเจ้า () เคย () ไม่เคย มอบอำนาจให้สถานพยาบาลอื่นขอรับค่าเสียหายเบื้องต้น (เป็นจำนวนเงิน.....บาท) (สถานพยาบาลชื่อ (ถ้าเคย).....)

เมื่อข้าพเจ้ามอบอำนาจให้สถานพยาบาลนี้รับค่าเสียหายเบื้องต้นจากบริษัทประกันภัยครบถ้วน ตามจำนวนที่กฎหมายกำหนดแล้ว ข้าพเจ้าจะไม่ขอรับค่าเสียหายเบื้องต้นจากเจ้าของรถ หรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยในจำนวนค่าเสียหายดังกล่าวซ้ำอีก

หากข้าพเจ้าผิดคำรับรอง ข้าพเจ้าให้สถานบาลนี้เรียกค่าเสียหายและดำเนินคดีตามกฎหมายกับข้าพเจ้าได้ทุกประการ

ลงชื่อ X..... ผู้ประสบภัย/ผู้มอบอำนาจ ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
(.....) (.....)

ลงชื่อ พยาน ลงชื่อ พยาน
(.....) (.....)

ใบรับเงิน

ได้รับเงินค่าเสียหายเบื้องต้นจากบริษัท.....จำกัด เป็นจำนวนเงิน.....บาท

(.....) ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว และเพื่อเป็นหลักฐาน จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ตรวจสุขภาพ สิทธิ กรมบัญชีกลาง (เจ้าหน้าที่)

ค่าตรวจสุขภาพประจำปี (อายุต่ำกว่า ๓๕ ปี)

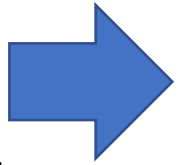
ลำดับ	รายการ	ราคา (บาท)
๑	Film Chest	ตามจ่ายจริง ไม่เกิน ๑๗๐ บาท ไม่ลงรหัส
๒	Mass Chest	
๓	Urine Examination/Analysis (๓๑๐๐๑)	๕๐
๔	Stool Examination-Routine direct smear (๓๑๒๐๑) ร่วมกับ Occult blood (๓๑๒๐๓)	๗๐
๕	Complete Blood Count: CBC แบบ Automation (๓๐๑๐๑)	๙๐
๖	ตรวจภายใน (๕๕๖๒๐)	๑๐๐
๗	Pap Smear (๓๘๓๐๒)	๑๐๐

ค่าตรวจสุขภาพประจำปี (อายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไป)

ลำดับ	รายการ	ราคา(บาท)
๑	รายการตรวจอายุไม่เกิน ๓๕ ปีบริบูรณ์ทุกรายการ	
๒	Glucose (๓๒๒๐๓)	๔๐
๓	Cholesterol (๓๒๕๐๑)	๖๐
๔	Triglyceride (๓๒๕๐๒)	๖๐
๕	Blood Urea Nitrogen:BUN (๓๒๒๐๑)	๕๐
๖	Creatinine (๓๒๒๐๒)	๕๐
๗	SGOT (AST) (๓๒๓๑๐)	๕๐
๘	SGPT (ALT) (๓๒๓๑๑)	๕๐
๙	Alkaline Phosphatase (๓๒๓๐๙)	๕๐
๑๐	Uric Acid (๓๒๒๐๕)	๖๐

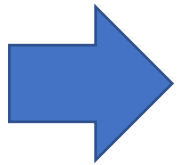
บุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ

- บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ OP ใน CUP คือ ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการกรณีผู้ป่วยนอก มารับ บริการที่หน่วย บริการ



บุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ โรงพยาบาล.....

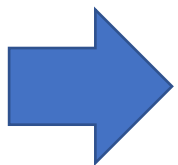
- บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ OP นอก CUP คือ ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิกรณี ผู้ป่วยนอกที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการอื่นด้วยระบบส่งต่อ ผู้ป่วยมารับ บริการที่หน่วยบริการ



บุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ โรงพยาบาล.....

หรือ บุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ โรงพยาบาล นอก CUP ในจังหวัด

- บุคคลที่มี ปัญหาสถานะและสิทธิ- เบิกจากส่วนกลาง คือ ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิกรณี ผู้ป่วยนอกซึ่งเบิกตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการกำหนดแนว ทิศทางปฏิบัติตามมติ ครม. วันที่ 23 มีนาคม 2553 โดยเรียกเก็บมาที่ส่วนกลางสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



บุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ โรงพยาบาลเบิกส่วนกลาง

อัตราค่าบริการ

รหัส	ชื่อ	จำนวน	ราคาต่อหน่วย	OPD	IPD
กรณีอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน					
IPAE1	ผู้ป่วยในอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข DRGs with global budget (9,600/adj.rw)	AdjRW	9,600.00	No	Yes
IPAE2	ผู้ป่วยในอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (9,600/adj.rw)	AdjRW	9,600.00	No	Yes
IPRefer1	รับรักษาผู้ป่วยใน ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข DRGs with global budget (9,600/adj.rw)	AdjRW	9,600.00	No	Yes
IPRefer2	รับรักษาผู้ป่วยใน นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (9,600/adj.rw)	AdjRW	9,600.00	No	Yes
OPAE1	ผู้ป่วยนอกฉุกเฉินนอกจังหวัด รักษา รพ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	จ่ายตามจริง ไม่เกิน/ครั้ง	700.00	Yes	No
OPAE2	ผู้ป่วยนอกฉุกเฉินนอกจังหวัด รักษา รพ นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	จ่ายตาม ค่าใช้จ่ายจริง	จ่ายตามค่าใช้จ่าย จริง	Yes	No

รหัส	ชื่อ	จำนวน	ราคาต่อหน่วย	OPD	IPD
	อุปกรณ์พยุงแกนลำตัว (Spinal orthosis)				
8305	ศ.๓.๕ เฝือกพยุงลำตัว	ชุดละ	2,000.00	Yes	Yes
8306	ศ.๓.๖ โลหะหรือ พลาสติกตามหลังคด	ชุดละ	8,000.00	Yes	Yes
8307	ศ.๓.๗ เฝือกพยุงระดับเอว (Lumbosacral support)	ชุดละ	1,000.00	Yes	Yes
	อุปกรณ์พยุงข้อ (Single joint orthosis)				
8601	ศ.๖.๑ สายคล้องแขนกันไหล่หลุด	ข้างละ	200.00	Yes	Yes
8602	ศ.๖.๒ สายคล้องแขน (Arm sling)	อันละ	150.00	Yes	Yes
8603	ศ.๖.๓ อุปกรณ์พยุงข้อศอก (Elbow support) มีแกนด้านข้าง	ข้างละ	1,500.00	Yes	Yes
8604	ศ.๖.๔ อุปกรณ์พยุงข้อศอก (Elbow support) ไม่มีแกนด้านข้าง	ข้างละ	1,500.00	Yes	Yes

บุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ

รายการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

(ข้อมูลการรักษา/จำหน่ายตั้งแต่ 1 มกราคม 2565 เป็นต้นไป ส่งข้อมูลทางโปรแกรม สปสช. ตามที่ สปสช.กำหนด)

ประเภทบริการ	รหัสเบิก	ชื่อรายการ	หน่วย	อัตราเดิม (บาท)	อัตราใหม่ (บาท)	วันที่เริ่มบริการ	หมายเหตุ
ค่าห้อง ค่าดูแลผู้ป่วย	COVR04	ค่าดูแลผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงในสถานกักกันโรค (High Risk closed contract)	วัน	600.00	600.00	1 ธันวาคม 2564	จ่ายไม่เกิน 10 วัน
	COVR05	ค่าดูแลรักษาในที่พัก (Home Isolation) รวมอาหาร	วัน	1,000.00	ยกเลิก		จ่ายไม่เกิน 10 วัน
	COVR06	ค่าดูแลรักษาแยกกันในชุมชน (Community Isolation) รวมอาหาร	วัน	1,000.00	ยกเลิก		จ่ายไม่เกิน 10 วัน
	COVR07	ค่าห้องสำหรับผู้ป่วยโควิดสีเขียว (ใน รพ.)	วัน	1,500.00	ยกเลิก		
	COVR09	ค่าห้องสำหรับผู้ป่วยโควิดสีเหลือง	วัน	3,000.00	ยกเลิก		
	COVR10	ค่าห้องสำหรับผู้ป่วยโควิดสีแดง	วัน	7,500.00	ยกเลิก		
	COVR11	ค่าดูแลรักษาในที่พัก (Home Isolation) ไม่รวมอาหาร	วัน	600.00	ยกเลิก		จ่ายไม่เกิน 10 วัน
	COVR12	ค่าดูแลรักษาแยกกันในชุมชน (Community Isolation) ไม่รวมอาหาร	วัน	600.00	ยกเลิก		จ่ายไม่เกิน 10 วัน
	COVR13	ค่าบริการให้การดูแลผู้ป่วย รวมค่าอาหาร 3 มื้อ และติดตามประเมินอาการ สำหรับผู้ป่วยสีเขียวในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19	วัน	1,000.00	ยกเลิก		
	COVR14	ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย 1-6 วัน รวมการจัดอาหาร	เหมาจ่าย	-	6,000.00	1 มีนาคม 2565	
	COVR15	ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย ตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป รวมการจัดอาหาร	เหมาจ่าย	-	12,000.00	1 มีนาคม 2565	
	COVR16	ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย 1-6 วัน ไม่รวมการจัดอาหาร	เหมาจ่าย	-	4,000.00	1 มีนาคม 2565	
	COVR17	ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย ตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป ไม่รวมการจัดอาหาร	เหมาจ่าย	-	8,000.00	1 มีนาคม 2565	
	COVR18	ค่าห้องรวมค่าอาหาร <u>เตียงระดับ 1</u> ไม้ใช้ Oxygen	วัน	-	1,000.00	1 มีนาคม 2565	
	COVR19	ค่าห้องรวมค่าอาหาร <u>เตียงระดับ 2.1</u> ไม้ใช้ Oxygen Canula	วัน	-	1,500.00	1 มีนาคม 2565	
	COVR20	ค่าห้องรวมค่าอาหาร <u>เตียงระดับ 2.2</u> ไม้ใช้ Oxygen High flow	วัน	-	3,000.00	1 มีนาคม 2565	
	COVR21	ค่าห้องรวมค่าอาหาร <u>เตียงระดับ 3</u> ใส่เครื่องช่วยหายใจ	วัน	-	7,500.00	1 มีนาคม 2565	
	COVR22	ค่าบริการดูแลรักษา แบบผู้ป่วยนอกและแยกกักตัวที่บ้าน (OP self Isolation)	ราย	-	1,000.00	1 มีนาคม 2565	
	COVR23	ค่าบริการสำหรับการให้คำปรึกษาหรือการดูแลรักษาเบื้องต้น กรณี OP self Isolation	ราย	-	300.00	1 มีนาคม 2565	

ด่วนที่สุด

ที่ สธ ๐๒๑๐.๐๕/๖๗๗๒



สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๑ เมษายน ๒๕๖๕

เรื่อง การขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแก่กลุ่มผู้ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

อ้างถึง ๑. มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๕ เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019 (COVID - 19))

๒. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ ๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

๓. หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ด่วนที่สุด ที่ สธ ๐๒๑๐.๐๕/๖๗๗๒ ลงวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) และที่แก้ไขเพิ่มเติม สำหรับหน่วยบริการหรือโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑ ฉบับ
๒. ขั้นตอนการขึ้นทะเบียน และส่งข้อมูลผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล (COVID-19) จำนวน ๑ ฉบับ



https://moph.cc/moph_dhes65

ไฟล์

ชื่อ ↑

แนวทางการปฏิบัติงานกรณีผู้ป่วยติดเชื้อจากการรักษาพยาบาล ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตราย ตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) และทั้งนี้ให้เพิ่มเติม สำหรับหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลซึ่งมีสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลรัฐและที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เพื่อให้ทราบข้อบังคับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ของหน่วยงานบริการเพื่ออำนวยความสะดวกแก่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในการพิจารณาการขอสงวนค่าใช้จ่ายไป ด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ และบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด ตลอดจนความรับผิดชอบที่มีต่อผู้เสียภาษี ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๕ ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) และทั้งนี้ให้เพิ่มเติม สำหรับหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลซึ่งมีสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลรัฐและที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เพื่อให้บริการขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ของหน่วยงานบริการเพื่ออำนวยความสะดวกแก่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในการพิจารณาการขอสงวนค่าใช้จ่ายไป ด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ และบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด ตลอดจนความรับผิดชอบที่มีต่อผู้เสียภาษี ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๕ ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) และทั้งนี้ให้เพิ่มเติม สำหรับหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลซึ่งมีสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลรัฐและที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

PDF **สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.แนวปฏิบัติการ...**

ขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินรักษาพยาบาล (COVID-19) สำหรับหน่วยบริการมีสถานพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข (สป.ส.)

ผลการรักษาโรคติดต่อโควิด-19 (COVID-19) ผู้มีสิทธิรักษาพยาบาล

1. การทำใบรับวินิจฉัยก่อนรับ-รักษาทางการแพทย์ฉุกเฉินสถานพยาบาล

1

1 เข้าใช้งาน Web Browser พิมพ์ URL state.cdo.in.th จากนั้นกด Enter



2 ทำระบบโดยคลิกปุ่ม ทำระบบ ที่มุมขวาบนของ Website

PDF **สิ่งที่ส่งมาด้วย 2. ขั้นตอนการขี...**

รายงานข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) สำหรับผู้ให้บริการทางการแพทย์

ผลการรักษาโรคติดต่อโควิด-19 (COVID-19) ผู้มีสิทธิรักษาพยาบาล

ลำดับ	ชื่อ	ประเภท	ค่า	จำนวนผู้ป่วย	ค่าเฉลี่ย	SD	หมายเหตุ
ข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมด							
1	03202	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	1,000.00	0.24-0.4	0%	
2	03401	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	4,200.00	0.24-0.1	0%	
3	03401	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	4,200.00	0.24-0.1	0%	
4	03001	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	1,000.00	1.00-0.00	0%	ผู้ป่วยรับ
ข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมด							
5	03202	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	500.00	0.24-0.1	0%	
6	03001	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	500.00	0.24-0.1	0%	
7	03001	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	500.00	0.24-0.1	0%	
8	03001	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	500.00	0.24-0.1	0%	
ข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมด							
9	03001	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	500.00	0.24-0.1	0%	
10	03001	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	500.00	0.24-0.1	0%	
11	03001	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	500.00	0.24-0.1	0%	
12	03001	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	500.00	0.24-0.1	0%	
13	03001	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	500.00	0.24-0.1	0%	
14	03001	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	500.00	0.24-0.1	0%	
15	03001	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	500.00	0.24-0.1	0%	
16	03001	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	500.00	0.24-0.1	0%	
17	03001	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	500.00	0.24-0.1	0%	
18	03001	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	500.00	0.24-0.1	0%	
19	03001	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	500.00	0.24-0.1	0%	
20	03001	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	500.00	0.24-0.1	0%	

PDF **สิ่งที่ส่งมาด้วย 3.02 Claim CO...**

รายงานข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) สำหรับผู้ให้บริการทางการแพทย์

ผลการรักษาโรคติดต่อโควิด-19 (COVID-19) ผู้มีสิทธิรักษาพยาบาล

ลำดับ	ชื่อ	ประเภท	ค่า	จำนวนผู้ป่วย	ค่าเฉลี่ย	SD	หมายเหตุ
ข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมด							
1	03202	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	1,000.00	0.24-0.4	0%	
2	03401	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	4,200.00	0.24-0.1	0%	
3	03401	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	4,200.00	0.24-0.1	0%	
4	03001	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	1,000.00	1.00-0.00	0%	ผู้ป่วยรับ
ข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมด							
5	03202	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	500.00	0.24-0.1	0%	
6	03001	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	500.00	0.24-0.1	0%	
7	03001	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	500.00	0.24-0.1	0%	
8	03001	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	500.00	0.24-0.1	0%	
ข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมด							
9	03001	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	500.00	0.24-0.1	0%	
10	03001	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	500.00	0.24-0.1	0%	
11	03001	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	500.00	0.24-0.1	0%	
12	03001	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	500.00	0.24-0.1	0%	
13	03001	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	500.00	0.24-0.1	0%	
14	03001	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	500.00	0.24-0.1	0%	
15	03001	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	500.00	0.24-0.1	0%	
16	03001	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	500.00	0.24-0.1	0%	
17	03001	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	500.00	0.24-0.1	0%	
18	03001	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	500.00	0.24-0.1	0%	
19	03001	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	500.00	0.24-0.1	0%	
20	03001	ผู้ป่วยโรคติดต่อ	รับ	500.00	0.24-0.1	0%	

PDF **สิ่งที่ส่งมาด้วย 3.02 Claim CO...**

PDF **อ้างถึง 1.มตกรรม.8มิ.ค.65.pdf**

PDF **อ้างถึง 2.ประกาศกระทรวงสาธารณสุข...**

PDF **อ้างถึง 3.ขอความร่วมมือให้บริจาค...**





กลุ่มประกันสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข
Health Insurance Group



กองทุนบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

สอบถามการขึ้นทะเบียนสิทธิหรือย้ายหน่วยบริการ **การส่งข้อมูลการเคลม การเคลม Covid -19 การโอนเงินและบัญชี**

โปรดติดต่อ 0 2590 1577 หรือทางอีเมล dhes.stateless@gmail.com

โดยแจ้งชื่อ นามสกุล ชื่อหน่วยบริการ และหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้
(กรณีพบปัญหาหรือสอบถามกรณีส่งข้อมูลไม่ได้ขอให้แนบไฟล์ Excel แบบข้อมูลการรักษาและแบบข้อมูลการเคลมมาทางอีเมลด้วย)