

รายละเอียดการตรวจสอบและอนุมัติสิทธิผู้ป่วยใน

H.N..... A.N..... **(ติดสติ๊กเกอร์)**
 ชื่อ-นามสกุล..... วันA/D.....

D/C...../...../.....
 ค่าใช้จ่าย.....

ผลการตรวจสอบสิทธิจาก เอกสารแสดงตัวบุคคล เบื้องต้นจากชื่อ-สกุล อาจไม่แน่นอน

มีสิทธิบัตรทองของ..... มีสิทธิต้นสังกัด

มีสิทธิปกส.ของ..... ไม่ทราบสิทธิ (ไม่มีเอกสารแสดงตัวบุคคลและตรวจสอบจากชื่อ-สกุลไม่ได้)

มีสิทธิแรงงานต่างด้าวรพจ. มีสิทธิเบิกประกันอุบัติเหตุหรือประกันชีวิตได้

เป็นสิทธิว่าง (สามารถใช้สิทธิได้) อื่นๆ

ประเภทที่เข้ารับการรักษาในครั้งนี้ เด็กแรกเกิดดี เด็กแรกเกิดป่วย

เจ็บป่วยด้วยอาการ..... อุบัติเหตุจราจร รับ refer จาก.....

เจ็บป่วยฉุกเฉิน/อุบัติเหตุ อุบัติเหตุจากการทำงาน อื่นๆ

สาเหตุที่มีสิทธิ แต่ใช้สิทธิไม่ได้เนื่องจาก

ไม่เข้าเกณฑ์อุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน เป็นประกันสังคมกรณีคลอดบุตร อื่นๆ

ใช้สิทธิคลอดบุตรครบ 2 ครั้ง แล้ว สิทธิไม่ครอบคลุม (ฆ่าตัวตาย, ทำแท้ง, ความสวยงามหรืออื่นๆ.....)

ในรายนี้ยังขาดเอกสารที่ต้องนำมาดำเนินการเพื่อการอนุมัติสิทธิได้แก่

บัตรประชาชน/บัตรทอง/บัตรรับรองสิทธิ หนังสือรับรองการส่งเงินสมทบไม่ครบจากสำนักงานประกันสังคม

ทะเบียนบ้าน/บัตรประชาชน/สูจิบัตร เอกสาร พรบ.รช

หนังสือรับรองสิทธิ อื่นๆ.....

ใบฉุกเฉิน (กรณีบัตรทอง ต่างรพ. ทั้งใน กทม. และต่างจังหวัด)

สรุปสิทธิที่ปรากฏในระบบคอมพิวเตอร์ คือ ชำระเงินสด

รอสิทธิ อนุมัติสิทธิเป็น

<input type="checkbox"/> ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	<input type="checkbox"/> พรบ.รชยนต์	<input type="checkbox"/> ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	<input type="checkbox"/> พรบ.รชยนต์
<input type="checkbox"/> ประกันสังคม	<input type="checkbox"/> ต้นสังกัด	<input type="checkbox"/> ประกันสังคม	<input type="checkbox"/> ต้นสังกัด
<input type="checkbox"/> กองทุนทดแทน	<input type="checkbox"/> กรมบัญชีกลาง/กทม.	<input type="checkbox"/> กองทุนทดแทน	<input type="checkbox"/> กรมบัญชีกลาง/กทม.
<input type="checkbox"/> แรงงานต่างด้าว	<input type="checkbox"/> สงเคราะห์	<input type="checkbox"/> แรงงานต่างด้าว	<input type="checkbox"/> สงเคราะห์

ลงชื่อผู้ตรวจสอบสิทธิ.....วันที่.....

สำหรับผู้ป่วยหรือญาติ

ข้าพเจ้า.....ในฐานะผู้ป่วยหรือผู้มีอำนาจกระทำการแทน ได้รับทราบเรื่องสิทธิ

ตามที่เจ้าหน้าที่แจ้งแล้ว จึงลงชื่อไว้เป็นหลักฐานและขอรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลเองทั้งหมดเนื่องจาก

ขาดเอกสารแสดงสิทธิ ไม่ประสงค์ใช้สิทธิที่มี

สิทธิไม่ครอบคลุม อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ผู้แทน

ลงชื่อ.....พยาน(ญาติผู้ป่วย)

ลงชื่อ.....พยาน(เจ้าหน้าที่)

วันที่...../...../.....

สำหรับหอผู้ป่วย

กรณี ย้ายหอผู้ป่วย จากหอผู้ป่วย..... ไปหอผู้ป่วย..... วันที่.....
จากหอผู้ป่วย..... ไปหอผู้ป่วย..... วันที่.....
จากหอผู้ป่วย..... ไปหอผู้ป่วย..... วันที่.....
จากหอผู้ป่วย..... ไปหอผู้ป่วย..... วันที่.....
จากหอผู้ป่วย..... ไปหอผู้ป่วย..... วันที่.....

รายการส่งตรวจนอกโรงพยาบาล ไม่มี Lab X-ray CT MRI อื่นๆ.....

บันทึกหัตถการ เรียบร้อยแล้ว ไม่มี

เบิกยากลับบ้าน เรียบร้อยแล้ว ไม่มี

ประเภทของการทำงาน แพทย์อนุญาต เสียชีวิต หนีกลับ ส่งต่อพ.....

ค่ารักษาพยาบาลรวม.....บาท

มีส่วนเกิน.....บาท ไม่มีส่วนเกิน

ชำระได้ทั้งหมด ชำระได้เพียง.....บาท ขอส่งสังคมสงเคราะห์

ผู้มีอุปการคุณส่งสังคมสงเคราะห์
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย
วันที่..... โทร.....

เอกสารประกอบการจำหน่าย

ใบอนุญาตบัญชี

ใบรายการอวัยวะเทียม

อื่นๆ.....

สำหรับนักสังคมสงเคราะห์

1. รพจ. สงเคราะห์ทั้งจำนวน

2. จ่ายได้.....บาท

3. ส่วนที่เหลือ.....บาท ลงชื่อ.....นักสังคมสงเคราะห์

3.1 สงเคราะห์ทั้งจำนวน วันที่..... โทร.....

3.2 นัดชำระภายหลัง

อื่นๆ.....

สำหรับเจ้าหน้าที่การเงิน

ชำระเงินจำนวน.....บาท ไม่มีค่าใช้จ่ายที่ต้องชำระ

เลขที่ใบเสร็จรับเงิน..... วันที่..... ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
(.....)

หมายเหตุ

การรับชำระเงินผู้ป่วยในทุกสิทธิให้ติดต่อตามวันและเวลาดังนี้

- เวลา 08.00 – 15.30 น. วันราชการติดต่อฝ่ายงบประมาณการเงิน ชั้น 9 โทร. 7373, 7375
- เวลา 15.30 – 08.00 น. และวันหยุดราชการ (24 ชั่วโมง) ติดต่อชำระเงินผู้ป่วยในที่ห้องการเงิน ชั้น G โทร. 7328

การอนุมัติสิทธิผู้ป่วยในทุกสิทธิให้ติดต่อตามวันและเวลา ดังนี้

- เวลา 08.00 – 16.00 น. วันราชการติดต่อขออนุมัติสิทธิผู้ป่วยในที่สูงชันประกันสุขภาพ ชั้น 4 โทร. 7751, 7747
- เวลา 16.00 – 08.00 น. และวันหยุดราชการ (24 ชั่วโมง) ติดต่อขออนุมัติสิทธิผู้ป่วยในที่จุดบริการตรวจสอบสิทธิ ชั้น 2 โทร. 7400