

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมค่ารักษาทันตกรรม / Dental Claim Form

ข้อแนะนำ เพื่อให้การจ่ายสินไหมเป็นไปด้วยความรวดเร็ว (*Instruction for outstanding claim reimbursement*)

1. การกรอกแบบฟอร์ม (Filling Claim Form)

- สมาชิกผู้เอาประกันภัย ต้องกรอกข้อความให้สมบูรณ์ครบถ้วนในส่วนที่ 1 และแพทย์ผู้ตรวจรักษากรอกตอนที่ 2 พร้อมประทับตราสถานพยาบาล
(Part I Filling the completed information by Insured Member and Part II completed by the Physician and stamp the hospital logo.)
- กรณีที่ไม่ได้นำแบบฟอร์มของบริษัทให้แพทย์ผู้ตรวจรักษากรอกตอนที่ 2 จะต้องแนบใบรับรองแพทย์ที่ระบุวันที่เข้ารับการรักษาก่อน, การวินิจฉัยโรค สาเหตุของการรักษาพยาบาล ประเภทของการรักษา และ/หรือการผ่าตัด แนบมาพร้อมกับแบบฟอร์มการเรียกร้องนี้
(In case of incomplete this claim form in Part II by physician, must enclose the Medical Certificate for which introduce the treatment /visit date, discharge date, diagnosis type of treatment and/or operation then attached to this claim form.)

2. เอกสารที่ต้องส่งให้บริษัท (Document for Reimbursement)

- แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมค่ารักษาทันตกรรม (Dental Claim Form)
- ใบรับรองแพทย์ กรณีแพทย์ไม่ได้กรอกแบบฟอร์มในส่วนที่ 2 (Medical Certificate, in case of incomplete Medical Claim Form in Part II.)
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ กรณีเรียกผลประโยชน์ค่ารักษาทันตกรรม เนื่องจากเข้ารับการรักษา ณ สถานพยาบาลนอกเครือข่าย หรือสำรองจ่าย
(Original receipt, in case of treated at hospitals outside the network or reimburse.)
- ใบแจ้งรายละเอียดค่ารักษาพยาบาล (Detail of medical expense.)
- สำเนาบัญชีสมุดบัญชีธนาคาร ในกรณีที่ต้องการให้จ่ายผลประโยชน์เข้าบัญชีธนาคาร ซึ่งเงินรับรองสามารถส่งโดยเจ้าของบัญชีธนาคาร ที่เป็นบุคคลเดียวกับผู้เอาประกันภัย
(Photo of Book Bank Account for Claim Payment and certify the correct copy by account owner as insured member, if require)

3. ระยะเวลาการจัดส่งเอกสาร (Time Sending)

- กรณีการรักษาทันตกรรม ยื่นเอกสารภายใน 90 วันนับแต่วันที่ทำการรักษาพยาบาล (Dental Treatment : submit to BHI Company within 90 days after treatment.)

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้เอาประกันภัย / Part I - For Insured Member

ชื่อนายจ้าง : บริษัท, ห้าง, ร้าน, หน่วยงาน, องค์กร (Employer's Name : Company or Organization) :

กรมธรรม์เลขที่ (Policy Number) : ใบรับรองเลขที่ (Certificate Number) :

ชื่อผู้เอาประกันภัย (Insured member) : ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Relation with Patient) :

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย (Patient's Name) : วันเดือนปีเกิด (Date of Birth) : อายุ (Age) : ปี (Years) เพศ (Sex) :

บัตรประชาชน/อื่น ๆ โปรดระบุ (ID Card/Other please specify) : เลขที่บัตร (Card Number) :

ที่อยู่ปัจจุบัน (Current Address) : โทรศัพท์ (Tel.No.) :

มีประกันภัยแบบอื่นที่ประสงค์ใช้ร่วมหรือไม่? ถ้ามี โปรดระบุ แบบ / ชื่อบริษัทประกัน : เลขที่กรมธรรม์ :

(Do you have other insurance? If yes, please identify insurance type and insurer company) (Policy Number)

ใบมอบฉันทะให้สอบถามโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล (Authorization to Consult Physician Hospital or Clinic)

ฉัน/ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้แพทย์ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้ามีอำนาจให้รายละเอียดเกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า
กับบริษัท กรุงเทพประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) อันมี สำเนาภาพถ่ายของใบมอบฉันทะนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ
(I here by authorize any physician, medical practitioner hospital or clinic by whom or where I have been observed or treated, to give full particulars about my health including my whole medical history, to the Bangkok Health Insurance PCL. A photo static copy of this authorization shall have the full effect to the original authorization.)

ลงชื่อ..... ผู้เอาประกันภัย..... ลงชื่อ..... ผู้เรียกร้อง - กรณีคู่สมรส/บุตร
(Signature.) (Insured Member) (Signature) (Claimant - Spouse or Child)

วันที่ (Date) : วันที่ (Date) :

ส่วนที่ 2 สำหรับทันตแพทย์กรอก กรณีรักษาแบบคนไข้นอก - ทันตกรรม / Part II - For Dentist In case of OPD Dental

ชื่อทันตแพทย์ (Dentist Name) : เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม (Dentist License No) :

ชื่อผู้ป่วย (Patient's Name) : อายุ (Age) : ปี (Years)

วันเดือนปี ที่ทำการรักษาพยาบาล (Date of Treatment) :

อาการสำคัญและช่วงระยะเวลาที่ปรากฏอาการ (Chief complaint and duration of symptoms) :

การวินิจฉัยโรค (Diagnosis) :

การรักษาทางทันตกรรมเพื่อการจัดฟันใช่หรือไม่ (Is treatment for orthodontics?) ไม่ใช่ (No) ใช่ (Yes) โปรดระบุรายละเอียด (Please give description)

การรักษาทางทันตกรรมเป็นผลจากอุบัติเหตุใช่หรือไม่ (Is treatment a result of accident?) ไม่ใช่ (No) ใช่ (Yes) โปรดระบุรายละเอียด (Please give description)

โปรดระบุตำแหน่งที่ทำการรักษา (Please mark teeth treated or area of oral treatment on following chart.)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|----|----|----|----|----|----|----|----|--------|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Permanent Teeth | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | Labial | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| Upper | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Deciduous Teeth | | | | 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Deciduous Teeth | | | | 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | | | |
| Lower | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Permanent Teeth | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | Labial | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |

โปรดระบุรายละเอียดการรักษาทันตกรรม (Please fill in the particulars for oral treatment)

- ตรวจฟัน / เอ็กซเรย์ฟัน (Dental Examination / X-ray)
- ขูดหินปูน (Scaling) ถอนรากฟัน (Root Planing) ขัดฟัน (Polishing)
- รักษาฟัน (Root Canal Treatment) เคลือบฟลูออไรด์ (Fluoride)
- อุดฟัน (Filling).....ซี่ (Teeth) ที่ (At) #
- ถอนฟัน (Extraction).....ซี่ (Teeth) ที่ (At) #
- ผ่าฟันคุด (Impacted tooth surgery) ที่ (At) #
- อื่นๆ (Other, please give description)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการบริการที่ระบุไว้ข้างต้น ได้ให้การรักษากับผู้ป่วยดังกล่าวในวันที่ระบุไว้ (I here by certify that the services listed above have been performed on the above-named patient on the date indicated.)

ลายเซ็นทันตแพทย์ / Dentist's Signature.....วันที่ / Date.....

โปรดประทับตราสถานพยาบาล / Hospital Stamp