

รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา
Attending Physician's Report

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์บritoและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หากมีค่าธรรมเนียม ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบ
Attending physician issuing this report has to be a certified and licensed physician. In case of any fee occurring, the insured shall be responsible.

Patient's Name.....		Age:	years	Sex:	<input type="checkbox"/> male	<input type="checkbox"/> female									
ID No.H.N.#		A.N.#	X.N.#.....												
Date admitted.....Time		Date discharged.....Time.....													
1. CHIEF COMPLAINT:															
2. FOR ILLNESS <ul style="list-style-type: none"> A. How long had the patient experienced the symptoms?.....days/weeks/years. B. How long do you feel that symptoms existed prior to this consultation?.....days/weeks/years. C. Did you advise the patient to be admitted to the hospital? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Indication for admission..... 															
3. FOR ACCIDENT <ul style="list-style-type: none"> A. Date & time of accident: Date:..... Time: B. Cause of accident: C. Was the patient under the influence of alcohol or drug at the time of arrival to the hospital? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes 															
4. Date you first saw the patient for this illness / injury:															
5. (a) Present illness / Details of injury:															
(b) Pertinent clinical findings (symptoms & signs).....															
6. (a) Pertinent lab / investigations:															
(b) HIV Test <input type="checkbox"/> Yes, result..... <input type="checkbox"/> No															
7. Diagnosis 1 ICD 10		<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						Diagnosis 2..... ICD 10		<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					
Diagnosis 3 ICD 10		<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						Diagnosis 4..... ICD 10		<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					
(Including principle underlying condition and complication)															
8. (a) Treatments (including number of stitches, medication given, physiotherapy, etc.):															
(b) Operation : ICD 9 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Pathology report :															
Surgeon's Name..... Specialty Date performed :															
(c) Diagnosis and treatment by other physicians in the same occasion <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, please give detail															
9. (a) Result of Treatment: <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Poor															
(b) Possibility of recurrence? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No															
10. (a) Date of the last treatment / Follow up:															
(b) The patient's symptoms at the time of your last consultations / examination?															
11. Was the patient referred to you by other physician(s) ? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No															
Physician : Clinic / Hospital :															

12. Was this illness / injury contributed to or influenced by any of the following (eg. Pre existing weakness or extended period of disability)?

- a) Physical defects / congenital anomaly No Yes
- b) Unfavorable past medical history No Yes
- c) Degenerative change(s) No Yes
- d) A family history that increase the probability or severity of this disease No Yes
- e) Physician's advice to have periodic "Medical Screening" for this disease because of increased risk? No Yes
- f) Alcohol or drugs No Yes

If the answer is "yes" ,please specify

.....
.....

13. Other past medical history :

Date	Diagnosis	Treatment	Duration	Physician / Hospital

14. For Female : Was the patient pregnant at the time of treatment ? No Yesweeks (LMP:)
: Was the treatment related to infertility? No Yes

15. Other comments about the illness / injury

.....
.....

I hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection to the above disability and that the facts are in my opinion as given above.

Name of physician..... Specialty..... License No.

Hospital..... address..... Tel. No.

Hospital Stamp

ประทับตรา (สถานพยาบาล)

Signature

Date

ข้อควรทราบ
Disclaimer

ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาแพทย์ ทำการรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชน ผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกด้วยนั่น

Whoever, in the pursuance of work in medicine, makes false certified document by manner likely to cause damage to other persons or public people, shall be considered to have committed a criminal offense according to the Criminal Code, and shall be imprisoned for not more than 2 years or fined for not more than 4,000 Baht, or both, according to the Criminal Code, and shall be liable for civil indemnity as well.

**การเตรียมหลักฐานในการเรียกร้อง
Claim Evidence**

**ค่าชดเชยอุบัติเหตุตามสัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยคุ้มครองอุบัติเหตุ/ค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล (PA)
Accidental compensation according to the Accident Rider / Medical expenses according to the Personal Accident (PA)**

1. ใบเรียกร้องค่าชดเชย ตามแบบฟอร์มของบริษัท ประกอบด้วย 2 ส่วน
The Company's claim form consists of two parts:

1.1 ส่วนของผู้เอาประกันภัย - ผู้เอาประกันภัย / ผู้ปกครอง กรอกรายละเอียดพร้อมลงนาม
Insured's part-Insured/insured's guardian fills in the information and sign the form

1.2 ส่วนรายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา-แพทย์ผู้ตรวจรักษา กรอกรายละเอียดพร้อมลงนาม และประทับตราสถานพยาบาล
Attending physician's part-Attending physician fills in the information affix with a signature and hospital's stamp

2. ผลการอ่านฟิล์มเอ็กซ์เรย์ กรณีมีการหัก หรือแทกร้าวของกระดูก
X-ray result for the case of broken or fractured bone

3. สำเนาใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลและใบแจ้งรายการค่ารักษาพยาบาล หรือสำเนาใบสรุปหน้างบ กรณีเข้ารับการรักษา
ในโรงพยาบาล Copy of medical receipt and medical invoice or copy of hospital's summary statement for inpatient case

4. ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลและใบแจ้งรายการค่ารักษาพยาบาล หรือใบสรุปหน้างบของโรงพยาบาล **ฉบับจริง** กรณีเรียกร้องสัญญา
ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล **Original copy** of medical receipt and medical invoice or summary statement fo hospital for PA case

ค่าชดเชยสุขภาพแบบผู้ป่วยใน (IPD)

Health compensation for inpatient (IPD)

1. ใบเรียกร้องค่าชดเชย ตามแบบฟอร์มของบริษัท ประกอบด้วย 2 ส่วน
The Company's claim form consists of two parts:

1.1 ส่วนของผู้เอาประกันภัย-ผู้เอาประกันภัย / ผู้ปกครอง กรอกรายละเอียดพร้อมลงนาม
Insured's part-Insured/insured's guardian fills in the information and sign the form

1.2 ส่วนรายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา-แพทย์ผู้ตรวจรักษา กรอกรายละเอียดพร้อมลงนาม และประทับตราสถานพยาบาล
Attending physician's part-Attending physician fills in the information affix with a signature and hospital's stamp

2. ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล **ฉบับจริง** กรณีเรียกร้องสัญญาสุขภาพแยกค่าใช้จ่าย และ **สำเนา** กรณีเรียกร้องสัญญาสุขภาพของเงินแปร่งอน
Original copy of medical receipt for H&S case and **its copy** for HB case

3. ใบแจ้งรายการค่ารักษาพยาบาล หรือใบสรุปหน้างบของโรงพยาบาล **ฉบับจริง** กรณีเรียกร้องสัญญาสุขภาพแยกค่าใช้จ่าย
และ **สำเนา** กรณีเรียกร้องสัญญาสุขภาพของเงินแปร่งอน
Original copy of medical invoice or summary statement of hospital for H&S case and **its copy** for HB case

ค่าชดเชยสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก (OPD)

Health compensation for outpatient (OPD)

1. ใบรับรองแพทย์ หรือใบเรียกร้องค่าชดเชย ตามแบบฟอร์มของบริษัท
Medical certificate or Company's claim form

2. ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล **ฉบับจริง**
Original copy of medical receipt

สิ่นใหม่โรคครายแรง, แฮปปี้เลดี้, แฮปปี้เลดี้พลัส

CI Rider, Happy Lady, Happy Lady Plus

1. ใบเรียกร้องค่าชดเชย ตามแบบฟอร์มของบริษัท ประกอบด้วย 2 ส่วน
The Company's claim form consists of two parts:

1.1 ส่วนของผู้เอาประกันภัย-ผู้เอาประกันภัย กรอกรายละเอียดพร้อมลงนาม
Insured's part-Insured fills in the information and sign the form

1.2 ส่วนรายการแพทย์ผู้ตรวจรักษา-แพทย์ผู้ตรวจรักษา กรอกรายละเอียดพร้อมลงนาม และประทับตราสถานพยาบาล
Attending physician's part-Attending physician fills in the information affix with a signature and hospital's stamp

2. ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล **ฉบับจริง** (กรณีศัลยกรรมเกี่ยวกับใบหน้า หรือทรวงอก)
Original copy of medical receipt (for facial or breast surgery)

3. ผลการตรวจซึ่นเนื้อ (หลักฐานทางจุลกายวิภาคศาสตร์)
Biopsy result (Microscopic Anatomy Evidence)

- หมายเหตุ** ● กรณีขอรับเงินค่าชดเชยอุบัติเหตุ และ/หรือสุขภาพ จำนวนเงินไม่เกิน 10,000 บาทต่อการบาดเจ็บ/เจ็บป่วย 1 ครั้งผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิส
ที่ร้าน 7-Eleven
● กรณีไม่ใช้สัญชาติไทย กรุณาแนบสำเนาหนังสือเดินทาง (Passport) หรือเอกสารหลักฐานที่ออกโดยหน่วยงานราชการ เพื่อประกอบการ
พิจารณา
● การเตรียมเอกสารเพื่อรับเงิน ดังนี้
- รหัสการรับเงินที่ได้รับจากบริษัทฯ ผ่านโทรศัพท์มือถือ
- บัตรประจำตัวประชาชน (กรณีไม่ใช้สัญชาติไทยให้แนบหนังสือเดินทาง (Passport) หรือเอกสารหลักฐานที่ออกโดยหน่วยงานราชการ)

- Remark:** ● In case of receiving accident and/or health claim of no more than 10,000 Baht per injury/illness through Counter Service at
7-Eleven Stores
● For non-Thai nationals, please attach a copy of passport or documents issued by official authorities for consideration.
● Required documents
- OTP from your mobile phone
- ID Card (For non-Thai nationals, a passport or documents issued by official authorities are required)

- ถ้ามีสิทธิ์ได้รับผลประโยชน์ตามกฎหมายต้องกฎหมาย หรือสวัสดิการอื่นๆ ให้ส่งรายละเอียดแสดงการได้รับสิทธินั้นๆ
หรือส่งสำเนาบัตรต่างๆ ที่อ้างอิงการได้รับสิทธิ์ เช่น บัตรประจำตัวข้าราชการ บัตรประกันสังคม เป็นต้น

In case there is any legislative benefit or other welfare benefits, please submit such benefit entitlement's detail or copy of identification card confirming such benefit entitlement such as government's identification card, social security card, etc.

หากมีข้อสงสัยหรือต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ ตัวแทนประกันชีวิต ศูนย์บริการลูกค้าเมืองไทยประกันชีวิตทุกสาขาทั่วประเทศ

ศูนย์บริการลูกค้าทางโทรศัพท์ โทร. 1766 เมืองไทย Smaile หรือโทร. 0 2274 9400, 0 2276 1025-7 Fax: 0 2276 1997-8 หรือที่ www.muangthai.co.th

If you have any questions or inquiries, please contact life insurance agents, Customer Service Centers nationwide, Muang Thai

Smile Cutomer Contact Center Tel. 1766 or Tel. 0 2274 9400, 0 2276 1025-7 Fax: 0 2276 1997-8 or www.muangthai.co.th