

บริษัท บางกอก เมดิคอล ซอฟต์แวร์ จำกัด (สำนักงานใหญ่) เลขที่ 2 ชั้น 2 ซ.สุขสวัสดิ์ 33 แขวง/เขต ราษฎร์บูรณะ กรุงเทพมหานคร โทรศัพท์ 0-2427-9991 โทรสาร 0-2873-0292 เลขที่ประจำตัวผู้เสียภาษี 0105548152334

้ คู่มือฉบับย่อ การใช้งานระบบตรวจสอบสิทธิประกันชีวิตผู้ป่วยใน (I-Claim) สำหรับ HOSxP

ขั้นตอนการบันทึกเอกสารให้ความยินยอม SC

1.กดปุ่มเอกสารให้ความยินยอม

| 🗈 HOSePiClaimiNETServiceClaimiPDForm 65:11:14:001 – 📼 🗴 | | | | | | | | | |
|--|------------------------------|----------------|--|-----------------|--------------------------------|-----------------------|---------------|--|--|
| AN : | | | | | | | | | |
| รายละเงียดประกันชีวิต | | | | | | | | | |
| บริษัทประกัน | | ประเภทปริการ - | นโลเกล | | | 🗖 รักษออาหารณ์ | Task | | |
| วันที่ตรวจสอบสิทธิ | | ເລນອນສິກສິ | | * #015 | แะการส่งข้อมลให้บริษัทประกัน : | สังไม่วองสิทธิประกัน | - Con | | |
| เลขที่ถ้างจากบริษัทประกัน | | | สิทธิการรักษาปัจจบัน | ประกันธีวิต | | | | | |
| โรคประจำตัว | - Hantinikargan President | | | | | | | | |
| แพทย์ผู้สิ่ง Admit | ล้มโอ าทสอบ | | | | | | | | |
| Part A Dar B devense approximately an SIMB | | | | | | | | | |
| รายละเอียดสำหรับการส่ง | ประกัน | Conne | | | | | | | |
| ประมาณการจำนวนวันห | ักพื้นที่หายจากอาการป่วย(กร | ນີລິລ່າກັກ) | วัน ประมาณการจำนวนวันที่นอน* | วัน ประมาณวันเว | ลาที่ออกจาก รพ.(IPD Dischar | qe)* | | | |
| ข้อบ่งชี้ในการ Admit * | | | หมายเหตุ | | | | | | |
| สามารถรักษาแบบผู้ป่วย | หมอกได้หรือไม่* 💿 ได้ | النا 🔿 | (ระบุเทตุสล) | | | | | | |
| การรักษาก่อนหน้า | | | | | | | | | |
| ชื่อสถานหยายลที่ดะสังหาร่อนที่จะเข้าสีกษาครั้งนี้ - วันที่เข้ารับการลักษา - | | | | | | | | | |
| รายละเอียดการรักษาก่อง | แข้ารับการจักษาครั้งนี้ | | | | | | | | |
| จ้านวนสรหรีดำระเริ่นอง หลือได้สิทธิศาภิพาก่าน รง.ไปแล้ว เป็นส่วน | | | | | | | | | |
| 01021#\$U(6)\$KNB) | | | | | | | | | |
| Glasgow coma sc | ore E | | - V | - M | | - Coma Score | *กรณี ประเภทบ | | |
| สาเหตุการบาคเจ็บ | | | | | | | | | |
| สถานที่เกิดอูบัติเทตุ | | | | | | | | | |
| ลักษณะบาดแผล ขนาด | ทรือคำแหน่งของอวัยวะที่ได้รั | รับบาคเจ็บ | | | | | | | |
| ากทั้งกระง | | | | | | | | | |
| อุณหภูมิ | าวามต้นโลทิต / | อัต | รแต้นชีพจร O2Sat | RR. P | ain Score P | | | | |
| อาการสำคัญ | | | | ระยะเวลา | 10 No | เปุ้มบันทึกความยินยอม | | | |
| 🛛 ส่งแจ้ง Admit 🔹 🕼 ส่งแจ้ง Discharge 🔹 🗃 ครางสองสถานระคลมประกิน 😥 ส่งวางรู้น 🔹 😤 แกลางเนิ่มต้น 🔹 🍞 ยังกักกานเป็นสอน | | | | | | | | | |

2.กดปุ่มSmart Card

| งสือให้ความยินยอม | |
|--|--------------|
| | |
| หนังสือให้ความยินยอม | |
| ข้าพเจ้าขอให้และยินยอมให้แพทย์สถานพยาบาลบริษัทประกันภัยอื่น หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคม | ลข้อมูล |
| สุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูล ชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้ | ำที่ผ่าน |
| มาหรือจะมาขึ้นนอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตหรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทน | ายหน้า |
| ประกันภัยหรือผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรรมธรรม์ประกันภัยหรือดำเนินการใดๆที่เกี่ยว: | ข้องกับ |
| กรมธรรม์ประกันภัย | |
| ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท เก็บรวบรวมใช้และเปิดเผยข้อมลส่วนบคคล ข้อมลสขภาพ ความพิการ พถติกรมท | าางเพศ |
| ข้อมลซีวภาพ ข้อมลพันธ์กรรม เชื้อซาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกภหมายหรื | อบริษัท |
| | งบริเจ้ท |
| หรือผู้ถือกรมธรรม และ/หรือบริพัทบายหน้าประกับภัย เพื่อการของประกับภัยหรือจ่ายเงิน ตามกรมธรรม์ประกับภัย | หรือใช้ |
| ประโยชน์ทางการแพทย์ เพื่อใช้ดำเบินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องประกับกัย | |
| รระบรรมารถางสามของการสามใหม่ผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้า ยิบยอมและตกลงให้บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถาบพย | าบาลที่ |
| ท้าพเร้า ได้เข้ารับการรักษานี้ โดยก็อเสบ็อบหนึ่ง บริษัทได้อ่ายค่าชุดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้า โดยหะ | จบแล้ว |
| ขาพรง เพรงาวปการภาษาณ์ เพอเอเฉมอนที่แจ้งรับทาง เอกายที่เอการก็เอาพอาอาเพราะ เพอเอ | าเธรรณ์ |
| | |
| Kanala Kunal Kana di unan | |
| file ID JETLINNEE KINLY HID NED M | |
| ลุ้มพนสู้อาประกัน 🔘 ปิดา/มารดา | |
| 🔘 ผู้แทนโดยของธรรมของผู้เอาประกันมัย | |
| | |
| 🥑 กดปุ่ม Smart Card | |
| 🥥 ยอมรับซ้อตกลง | ง 🛛 🙆 ยกเลิก |



บริษัท บางกอก เมติคอล ซอฟต์แวร์ จำกัด (สำนักงานใหญ่) เลขที่ 2 ชั้น 2 ซ.สุขสวัสดิ์ 33 แขวง/เขต ราษฎร์บูรณะ กรุงเทพมหานคร โทรศัพท์ 0-2427-9991 โทรสาร 0-2873-0292 เลขที่ประจำตัวผู้เสียภาษี 0105548152334

3.เสียบบัตรประชาชนที่เครื่องอ่าน Smart Card



4.กดปุ่มถ่ายภาพ





บริษัท บางกอก เมดิคอล ซอฟต์แวร์ จำกัด (สำนักงานใหญ่) เลขที่ 2 ชั้น 2 ซ.สุขสวัสดิ์ 33 แขวง/เขต ราษฎร์บูรณะ กรุงเทพมหานคร โทรศัพท์ 0-2427-9991 โทรสาร 0-2873-0292 เลขที่ประจำตัวผู้เสียภาษี 0105548152334

5.กดปุ่มตกลงเพื่อถ่ายภาพ



6.กดปุ่มยอมรับข้อตกลง

| | - x | | | | | | | |
|---|--------|--|--|--|--|--|--|--|
| หนังสือให้คาามยินยอม | | | | | | | | |
| หนังสือให้ความยินยอม ข้าพเจ้าขอให้และยินยอมให้แพทย์สถานพยาบาลบริษัทประกันภัยอื่น หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคลข้อมูล สุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูล ขีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อขาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่าน มาหรือจะมาขึ้นนอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันขีวิตหรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้า ประกันภัยหรือผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรรมธรรม์ประกันภัยหรือดำเนินการใคๆที่เกี่ยวข้องกับ กรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท เก็บรวบรวมใช้และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรมทางเพศ ข้อมูลซึ่วภาพ ข้อมูลพันธุ์กรรม เชื้อขาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบริษัท นายหน้าประกันภัยต่อหรือต่อบริษัทประกันภัยต่อบุคคลที่เกี่ยวข้องตัวแทน ประกันภัยชวิตจองบริษัทบุคลากรหรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้เลือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอประกันภัยหรือจ่ายเงิน ตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ | | | | | | | | |
| บระบอนการการแกรง เกองเขา กนนการเราๆ ทรกอรของบระกายอ กรณีที่เรียกร้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้า ยินยอมและตกลงให้บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ ข้าพเจ้า ได้เข้ารับการรักษานี้ โดยถือเสมือนหนึ่ง บริษัทได้จ่ายค่าขดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้า โดยขอบแล้ว | | | | | | | | |
| ผู้เอาประกันและได้ความยินขอม - ผู้แทนผู้อาประกัน มีคา/มารกา ผู้แทนใดขรอมธรรมของผู้อาประกันภัย กกปัมยอมรับข้ออดร | 183 | | | | | | | |
| E. Smart Card Aramy Anni | มกเลิก | | | | | | | |