

Date/Time : 15/08/2025 14:14:27
 Printed By : DHPUser33 DHPUser33

Coverage



Member Information			
Insurer	: บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)	Company	: TIP Platinum Health Care (คุ้มครองรวมถึงการเจ็บป่วยจาก โควิด-19)
Name	: ภัทรฐิรินรินทร์ นาทหลวง	Citizen ID	: 11007049xxxxx
Other ID	:	Staff No	:
Policy No	: IHA4001YC_13	Card No	: 14048-108-250003435
Plan	: TIP Platinum Health Care 4C-(Manual Deductible 10,000 บาท Per disability)	Period	: 26/04/2025 To 25/04/2026
Visit/Admission Date	: 15/08/2025		
Current Currency	: THB (Exchange Rate: 1.0000)		



VIP -fast track ส่งปรึกษาประกัน ก่อนปฏิเสธหรือติดปัญหา

New Health Standard (Manual Deductible) : กรณีระบบไม่แสดงวงเงินคงเหลือให้ตรวจสอบจากประวัติเคลมของการเกิดเหตุแต่ละครั้ง (If the balance is not shown, please check from the claim history)				
No	Coverage	Member Co-Pay	Limit	Balance
1	ค่าห้องผู้ป่วยปกติ ค่าอาหาร และค่าบริการในโรงพยาบาล		10,000.00 Per Day / 90 Day Per Disability	4,964,668.30 Per Year
2	ค่าห้องผู้ป่วย ICU ค่าอาหาร และค่าบริการในโรงพยาบาล		20,000.00 Per Day / 15 Day Per Disability	
3	ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัย		150,000.00 Per Disability	
4	ค่าแพทย์ที่ปรึกษา		10,000.00 Per Disability	
5	ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษา ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และค่าบริการทางการแพทย์		150,000.00 Per Disability	
6	ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด และค่าเวชภัณฑ์		150,000.00 Per Disability	
7	ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์สิ้นเปลือง (เวชภัณฑ์ 1) สำหรับกลับบ้าน		150,000.00 Per Disability	
8	ค่าแพทย์ตรวจรักษา		1,500.00 Per Day / 1 Visit Per Day / 90 Day Per Disability	
9	ค่าห้องผ่าตัด และค่าห้องทำหัตถการ		200,000.00 Per Disability	
10	ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด ค่าเวชภัณฑ์ และค่าอุปกรณ์การผ่าตัดและหัตถการ		200,000.00 Per Disability	
11	ค่าแพทย์ผ่าตัดและหัตถการ		200,000.00 Per Disability	
12	ค่าแพทย์ที่ปรึกษา กรณีผ่าตัด		10,000.00 Per Disability	
13	ค่าวิสัญญีแพทย์		200,000.00 Per Disability	
14	ค่าห้องผ่าตัด และค่าห้องทำหัตถการ (เปลี่ยนอวัยวะ)		200,000.00 Per Disability	
15	ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด ค่าเวชภัณฑ์ และค่าอุปกรณ์การผ่าตัดและหัตถการ (เปลี่ยนอวัยวะ)		200,000.00 Per Disability	
16	ค่าแพทย์ผ่าตัดและหัตถการ (เปลี่ยนอวัยวะ)		200,000.00 Per Disability	
17	ค่าแพทย์ที่ปรึกษา กรณีผ่าตัด (เปลี่ยนอวัยวะ)		10,000.00 Per Disability	
18	ค่าวิสัญญีแพทย์ (เปลี่ยนอวัยวะ)		200,000.00 Per Disability	

New Health Standard (Manual Deductible) : กรณีระบบไม่แสดงวงเงินคงเหลือให้ตรวจสอบจากประวัติเคลมของการเกิดเหตุแต่ละครั้ง (If the balance is not shown, please check from the claim history)				
No	Coverage	Member Co-Pay	Limit	Balance
19	ค่าผ่าตัดใหญ่ (Day Surgery)		200,000.00 Per Disability	
20	ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยก่อนและหลังจากการรักษาเป็นผู้ป่วยใน		150,000.00 Per Disability	
21	ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกหลังจากการรักษาเป็นผู้ป่วยใน (ไม่รวมค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัย)		150,000.00 Per Disability	
22	อุบัติเหตุฉุกเฉิน (ER Accident)		40,000.00 Per Disability	
23	ค่าเวชศาสตร์ฟื้นฟู หลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน		150,000.00 Per Disability	
24	ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อล้างไตผ่านทางเส้นเลือด		10,000.00 Per Year	
25	ค่าบริการทางการแพทย์ โดยรังสีรักษา เวชศาสตร์นิวเคลียร์		10,000.00 Per Year	
26	ค่าบริการทางการแพทย์ โดยเคมีบำบัด		10,000.00 Per Year	
27	ค่าบริการรพพยาบาล		4,000.00 Per Disability	
28	ค่ารักษาพยาบาล โดยการผ่าตัดเล็ก (Minor Surgery)		200,000.00 Per Disability	

Remark : 1. Max limit (1) + (2) = 90 Day Per Disability
 2. Max limit (3) + (4) + (5) + (6) + (7) + (20) + (21) + (22) + (23) + (27) = 150,000.00 Per Disability
 3. Max limit (9) + (10) + (11) + (12) + (13) + (14) + (15) + (16) + (17) + (18) + (19) + (28) = 200,000.00 Per Disability
 4. Max limit (24) + (25) + (26) = 10,000.00 Per Year
 5. Max limit [New Health Standard (Manual Deductible)] = 5,000,000.00 Per Year

Conditions	
<input checked="" type="checkbox"/>	Telemedicine - ให้ความคุ้มครอง TeleMedicine โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 01/11/2020 เป็นต้นไป แต่ไม่คุ้มครองเรื่องค่าส่งยา
<input checked="" type="checkbox"/>	OPD & ER - IPD follow up: ให้ความคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกสำหรับการรักษาต่อเนื่องภายใน 30 วันหลังจากออกจากโรงพยาบาล - ER: คุ้มครองค่ารักษาพยาบาล อุบัติเหตุฉุกเฉิน เนื่องจากการบาดเจ็บภายในเวลา 24 ชั่วโมงหลังจากการเกิดอุบัติเหตุรวมทั้งการรักษาต่อเนื่องที่เกิดขึ้นภายใน 31 วัน หลังจากวันที่รับการรักษาครั้งแรก
<input checked="" type="checkbox"/>	ระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง (Waiting Period) - กรณีกรมประกันภัยนี้ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus (2019-nCoV)) ที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 30 วัน (Waiting Period) หลังจากที่มีการมรณกรรมประกันภัยมีผลบังคับครั้งแรก
<input checked="" type="checkbox"/>	General - Pre-existing: ไม่คุ้มครองการบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วย (รวมถึงภาวะแทรกซ้อน) ที่เป็นและยังมิได้รักษาให้หายขาดในระหว่าง 5 ปี ก่อนวันทำสัญญาที่มีผลบังคับเป็นครั้งแรก เว้นแต่ผู้เอาประกัน ได้เอาประกันภัยไว้เป็นระยะเวลา 3 ปี ติดต่อกันแล้ว
<input checked="" type="checkbox"/>	Deductible - กรณี IPD Plan2 และ Plan4 ความรับผิดชอบส่วนแรก (Deductible = 10,000 บาท Per Disability) ==> จะหักจากค่าใช้จ่ายทั้งก้อนที่ รพ เรียกเก็บจริง (รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าบริการพยาบาล) *** ไม่รวมค่าใช้จ่ายส่วนตัว ค่าใช้จ่ายที่ไม่คุ้มครอง

*** ผลประโยชน์ที่แสดงเป็นเพียงบางส่วนที่สามารถใช้สิทธิที่ รพ. ได้เท่านั้น ***

The displayed balances are partial benefits according to at-hospital coverage only.

Claim History : แสดงประวัติเคลมย้อนหลัง 365 วัน (Display only 365 days of claim history)						
No	Main Benefit	Accident Date	Admission/ Visit Date	Claim No.	Utilization	Status
1	New Health Standard (Manual Deductible)	23/07/2025	23/07/2025	C20251139475-02	45,631.70	Approved

Total by patient : 45,631.70

Created Date : 15/08/2025 14:14:27

Created By : DHPUser33 DHPUser33