

Date/Time : 15/08/2025 13:36:40
Printed By : DHPUser33 DHPUser33

Coverage



Member Information			
Insurer	: บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)	Company	: HA สหกรณ์ออมทรัพย์ ในเครือปตท
Name	: พนิดา อุดลภิตติพร	Citizen ID	: 31016006xxxxx
Other ID	:	Staff No	:
Policy No	: IHA1901Y_13	Card No	: 14048-108-240007671
Plan	: 3 บิดามารดา 75ปี-3 บิดามารดา 75ปี	Period	: 03/12/2024 To 02/12/2025
Visit/Admission Date	: 15/10/2024		
Current Currency	: THB (Exchange Rate: 1.0000)		

New Health Standard : กรณีระบบไม่แสดงวงเงินคงเหลือให้ตรวจสอบจากประวัติเคลมของการเกิดเหตุแต่ละครั้ง (If the balance is not shown, please check from the claim history)				
No	Coverage	Member Co-Pay	Limit	Balance
1	ค่าห้องผู้ป่วยปกติ ค่าอาหาร และค่าบริการในโรงพยาบาล		1,600.00 Per Day / 31 Day Per Disability	N/A
2	ค่าห้องผู้ป่วย ICU ค่าอาหาร และค่าบริการในโรงพยาบาล		3,200.00 Per Day / 7 Day Per Disability	
3	ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัย		40,000.00 Per Disability	
4	ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษา ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และค่าบริการทางการแพทย์พยาบาล		40,000.00 Per Disability	
5	ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด และค่าเวชภัณฑ์		40,000.00 Per Disability	
6	ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์สิ้นเปลือง (เวชภัณฑ์ 1) สำหรับกลับบ้าน		40,000.00 Per Disability	
7	ค่าแพทย์ตรวจรักษา		1,200.00 Per Day / 31 Day Per Disability	N/A
8	ค่าห้องผ่าตัด และค่าห้องทำหัตถการ		40,000.00 Per Disability	
9	ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด ค่าเวชภัณฑ์ และค่าอุปกรณ์การผ่าตัดและหัตถการ		40,000.00 Per Disability	
10	ค่าแพทย์ผ่าตัดและหัตถการ		4,000.00 Per Disability	
11	ค่าวิสัญญีแพทย์		4,000.00 Per Disability	
12	ค่าห้องผ่าตัด และค่าห้องทำหัตถการ (เปลี่ยนอวัยวะ)		40,000.00 Per Disability	
13	ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด ค่าเวชภัณฑ์ และค่าอุปกรณ์การผ่าตัดและหัตถการ (เปลี่ยนอวัยวะ)		40,000.00 Per Disability	
14	ค่าแพทย์ผ่าตัดและหัตถการ (เปลี่ยนอวัยวะ)		4,000.00 Per Disability	
15	ค่าวิสัญญีแพทย์ (เปลี่ยนอวัยวะ)		4,000.00 Per Disability	
16	ค่าผ่าตัดใหญ่ (Day Surgery)		40,000.00 Per Disability	
17	ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยก่อนและหลังจากการรักษาเป็นผู้ป่วยใน		40,000.00 Per Disability	
18	ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกหลังจากการรักษาเป็นผู้ป่วยใน (ไม่รวมค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัย)		40,000.00 Per Disability	
19	อุบัติเหตุฉุกเฉิน (ER Accident)		4,000.00 Per Disability	

New Health Standard : กรณีระบบไม่แสดงวงเงินคงเหลือให้ตรวจสอบจากประวัติเคลมของการเกิดเหตุแต่ละครั้ง (If the balance is not shown, please check from the claim history)				
No	Coverage	Member Co-Pay	Limit	Balance
20	ค่าเวชศาสตร์ฟื้นฟู หลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน		40,000.00 Per Disability	
21	ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อล้างไตผ่านทางเส้นเลือด		10,000.00 Per Year	10,000.00 Per Year
22	ค่าบริการทางการแพทย์ โดยรังสีรักษา เวชศาสตร์นิวเคลียร์		10,000.00 Per Year	
23	ค่าบริการทางการแพทย์ โดยเคมีบำบัด		10,000.00 Per Year	
24	ค่าบริการรพยบาล		40,000.00 Per Disability	N/A
25	ค่ารักษาพยาบาล โดยการผ่าตัดเล็ก (Minor Surgery)		40,000.00 Per Disability	

Remark :

1. Max limit (1) + (2) = 31 Day Per Disability
2. Max limit (10) + (11) = 4,000.00 Per Disability
3. Max limit (14) + (15) = 4,000.00 Per Disability
4. Max limit (3) + (4) + (5) + (6) + (17) + (18) + (19) + (20) + (24) = 40,000.00 Per Disability
5. Max limit (8) + (9) + (10) + (11) + (12) + (13) + (14) + (15) + (16) + (25) = 40,000.00 Per Disability
6. Max limit (21) + (22) + (23) = 10,000.00 Per Year

Conditions	
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>General</p> <ul style="list-style-type: none"> - คำนวณสูงสุด 1 กรณีต่อคน - Pre-existing: ไม่คุ้มครองการบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วย (รวมถึงภาวะแทรกซ้อน) ที่เป็นและยังมิได้รับการรักษาให้หายขาดในระหว่าง 5 ปี ก่อนวันทำสัญญาที่มีผลบังคับเป็นครั้งแรก เว้นแต่ผู้เอาประกัน ได้เอาประกันภัยไว้เป็นระยะเวลา 3 ปี ติดต่อกันแล้ว
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>OPD & ER</p> <ul style="list-style-type: none"> - ข้อตกลงความคุ้มครองผู้ป่วยใน ให้ความคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกสำหรับการรักษาต่อเนื่องภายใน 30 วันหลังจากออกจากโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม - ER: คุ้มครองค่ารักษาพยาบาล อุบัติเหตุฉุกเฉิน เนื่องจากการบาดเจ็บภายในเวลา 24 ชั่วโมงหลังจากการเกิดอุบัติเหตุรวมทั้งการรักษาต่อเนื่องที่เกิดขึ้นภายใน 15 วัน หลังจากวันที่ได้รับการรักษาครั้งแรก
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Telemedicine</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ความคุ้มครอง TeleMedicine โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 17/04/2020 เป็นต้นไป แต่ไม่คุ้มครองเรื่องค่าส่งยา

*** ผลประโยชน์ที่แสดงเป็นเพียงบางส่วนที่สามารถใช้สิทธิ์ที่ 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		01/05/2025	C20250668659	0.00	Rejected

Total by patient : 0.00

Created Date : 15/08/2025 13:36:40

Created By : DHPUser33 DHPUser33