

Date/Time : 15/08/2025 13:42:32
 Printed By : DHPUser33 DHPUser33

Coverage



Member Information			
Insurer	: บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)	Company	: HA แรงงานต่างด้าวถูกกฎหมาย 6 M
Name	: MIN MIN KYAING	Citizen ID	:
Other ID	: 2492009297615	Staff No	:
Policy No	: IHA7806M_13	Card No	: 14048-130-252517023
Plan	: PLAN 1-แผน 1	Period	: 22/02/2025 To 21/08/2025
Visit/Admission Date	: 15/08/2025		
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 - ห้องเดี่ยวมาตรฐาน		150,000.00 Per Disability / 365 Day Per Disability	104,750.00 Per Year
2	ค่าห้องผู้ป่วย ICU ค่าอาหาร และค่าบริการในโรงพยาบาล		150,000.00 Per Disability / 365 Day Per Disability	
3	ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัย		150,000.00 Per Disability	
4	ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษา ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และค่าบริการทางการแพทย์พยาบาล		150,000.00 Per Disability	
5	ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด และค่าเวชภัณฑ์		150,000.00 Per Disability	
6	ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์สิ้นเปลือง (เวชภัณฑ์ 1) สำหรับกลับบ้าน		150,000.00 Per Disability	
7	ค่าแพทย์ตรวจรักษา		150,000.00 Per Disability	
8	ค่าห้องผ่าตัด และค่าห้องทำหัตถการ		150,000.00 Per Disability	
9	ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด ค่าเวชภัณฑ์ และค่าอุปกรณ์การผ่าตัดและหัตถการ		150,000.00 Per Disability	
10	ค่าแพทย์ผ่าตัดและหัตถการ		150,000.00 Per Disability	
11	ค่าวิสัญญีแพทย์		150,000.00 Per Disability	
12	ค่าห้องผ่าตัด และค่าห้องทำหัตถการ (เปลี่ยนอวัยวะ)		150,000.00 Per Disability	
13	ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด ค่าเวชภัณฑ์ และค่าอุปกรณ์การผ่าตัดและหัตถการ (เปลี่ยนอวัยวะ)		150,000.00 Per Disability	
14	ค่าแพทย์ผ่าตัดและหัตถการ (เปลี่ยนอวัยวะ)		150,000.00 Per Disability	
15	ค่าวิสัญญีแพทย์ (เปลี่ยนอวัยวะ)		150,000.00 Per Disability	
16	ค่าผ่าตัดใหญ่ (Day Surgery)		150,000.00 Per Disability	
17	ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยก่อนและหลังจากการรักษาเป็นผู้ป่วยใน		150,000.00 Per Disability	
18	ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกหลังจากการรักษาเป็นผู้ป่วยใน (ไม่รวมค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัย)		150,000.00 Per Disability	
19	อุบัติเหตุฉุกเฉิน (ER Accident)		150,000.00 Per Disability	
20	ค่าเวชศาสตร์ฟื้นฟู หลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน		150,000.00 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
21	ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อล้างไตผ่านทางเส้นเลือด		150,000.00 Per Disability	
22	ค่าบริการทางการแพทย์ โดยรังสีรักษา เวชศาสตร์นิวเคลียร์		150,000.00 Per Disability	
23	ค่าบริการทางการแพทย์ โดยเคมีบำบัด		150,000.00 Per Disability	
24	ค่าบริการรพพยาบาล		150,000.00 Per Disability	
25	ค่ารักษาพยาบาล โดยการผ่าตัดเล็ก (Minor Surgery)		150,000.00 Per Disability	

Remark : 1. Max limit (1) + (2) = 365 Day Per Disability
 2. Max limit [New Health Standard] = 150,000.00 Per Year

Conditions	
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Telemedicine</p> <p>- ให้ความคุ้มครอง TeleMedicine โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 01/11/2020 เป็นต้นไป แต่ไม่คุ้มครองเรื่องค่าส่งยา</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>General</p> <p>- ไม่คุ้มครองโรคเรื้อรัง การบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย (รวมถึงสภาวะแทรกซ้อน) ที่ยังมิได้รักษาให้หายก่อนวันที่กรมธรรม์ประกันภัยเริ่มมีผลบังคับ</p> <p>- ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus (2019-nCoV)) ที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 14 วัน (Waiting Period) หลังจากวันที่กรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับครั้งแรก</p> <p>- สิทธิการประกันภัยนี้สำหรับแรงงานต่างด้าวตามโครงการฯ 1 คน ต่อ 1 สิทธิ เท่านั้น</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>IPD & Day case</p> <p>- Room and Board แก่ไขจาก ห้องเดี่ยวมาตรฐาน เป็น ค่าห้องผู้ป่วยปกติ และค่าอาหาร</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>OPD & ER</p> <p>- ชดเชยค่าความคุ้มครองผู้ป่วยใน ให้ความคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกสำหรับการรักษาต่อเนื่องภายใน 30 วันหลังจากออกจากโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม</p> <p>- คุ้มครองค่ารักษาพยาบาล อุบัติเหตุฉุกเฉิน เนื่องจากการบาดเจ็บภายในเวลา 24 ชั่วโมงหลังจากการเกิดอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ รวมทั้งการรักษาต่อเนื่องที่เกิดขึ้นภายใน 15 วัน หลังจากวันที่รับการรักษาครั้งแรก</p>

*** 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	02/05/2025	02/05/2025	C20250669303	41,754.00	Approved
2	New Health Standard	02/05/2025	09/05/2025	C20250708828	3,496.00	Approved

Total by patient : 45,250.00

Created Date : 15/08/2025 13:42:32

Created By : DHPUser33 DHPUser33