

บริษัท เอไอเอ จำกัด

วันที่ 1 มีนาคม 2568

| | | | |
|--------------------------|----------------------|-------------------------|---------------------|
| ถึง โรงพยาบาลหัวเฉียว | AIA ได้รับเอกสารเวลา | ขอเอกสารเพิ่มได้รับเวลา | AIA แจกกลับไปที่รพ. |
| รหัสโรงพยาบาล 1001390001 | 12:52:00 | 17:45:49 | 18:16:51 |

| | | | |
|--|--|--|--------------------------|
| ใบแจ้งค่าชดเชยค่ารักษาพยาบาล AIA FAX CLAIM คุณ อังศุมาลิน คะรุณรัมย์ | | | Customer ID. B022936529 |
| | | | Member ID. |
| | | | Claim No. C033258437/001 |

วันที่เข้ารับการรักษา 28 กุมภาพันธ์ 2568 ถึงวันที่ 1 มีนาคม 2568

| | | | |
|--|-----------|-----|--|
| จำนวนเงินค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลส่งเรียกร้อง | 72,425.00 | บาท | สำหรับผู้เอาประกัน : ข้าพเจ้ารับทราบผลการพิจารณา ค่าชดเชยค่ารักษาพยาบาลครั้งนี้แล้ว ลายมือชื่อ |
| จำนวนเงินสินไหมที่คุ้มครองภายใต้เงื่อนไขกรมธรรม์ | 69,577.00 | บาท | |
| จำนวนความรับผิดชอบแรกที่ผู้เอาประกันต้องจ่าย | 0.00 | บาท | |
| จำนวนเงินสินไหมชดเชยผ่านโรงพยาบาลทั้งหมด | 69,577.00 | บาท | |
| จำนวนเงินส่วนเกินที่ผู้เอาประกันต้องจ่ายเอง | 2,848.00 | บาท | |

หมายเหตุ : พิจารณาชดเชยรวม 1 กรมธรรม์
 ค่าใช้จ่ายที่ไม่คุ้มครองจำนวน 548.00 บาท
 ไม่คุ้มครอง ยา IPD Fexofenadine 18.-, HM Fexofenadine 70.-, HM Prednisolone 40.-, HM Triamcinolone 70.- ตามเงื่อนไขกรมธรรม์

| รายการค่าใช้จ่ายจาก โรงพยาบาล | ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าบริการโรงพยาบาล | | ค่าบริการ พยาบาล | ค่าแพทย์ ตรวจรักษา ค่าแพทย์ ที่ปรึกษา | ค่ารักษา พยาบาลอื่นๆ | ค่ายา กลับบ้าน | ค่ารักษาพยาบาลโดยการผ่าตัด | | | ค่ารถ พยาบาล | ค่ารักษา ผู้ป่วยนอก สำหรับล้างไต -เคมีบำบัด -รังสีบำบัด | ค่าใช้จ่ายที่ ไม่คุ้มครอง | รวมค่าใช้จ่าย |
|----------------------------------|--|---------------------|---------------------|--|-------------------------|-------------------|--|------------------------------------|---------------------------------------|-----------------|---|------------------------------|---------------|
| | ห้องทั่วไป | ห้อง ผู้ป่วยหนัก | | | | | ค่าศัลยกรรม ค่าแพทย์ ผ่าตัด หัตถการ | ค่าวางยาสลบ ค่าแพทย์ วิสัญญี | ค่าห้องผ่าตัด และอุปกรณ์ ผ่าตัด | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| ค่าใช้จ่าย โรงพยาบาล | 1 วัน | | | 1 วัน | | | | | | | | | |
| | 3,000.00 | | 1,200.00 | 4,300.00 | 21,834.00 | 40.00 | 18,000.00 | 12,150.00 | 11,353.00 | | | 548.00 | 72,425.00 |

| ผลประโยชน์ | ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าบริการโรงพยาบาล | | ค่าแพทย์ ตรวจรักษา ค่าแพทย์ ที่ปรึกษา | ค่ายากลับบ้าน | ค่าบริการ พยาบาล และ การรักษา พยาบาล อื่นๆ | ค่ารักษาพยาบาลโดยการผ่าตัด ค่าศัลยกรรม ค่าแพทย์ผ่าตัดหัตถการ ค่าวางยาสลบ ค่าแพทย์ วิสัญญี ค่าห้องผ่าตัด และอุปกรณ์ผ่าตัด | ค่ารถ พยาบาล | ค่ารักษาผู้ป่วยนอก สำหรับล้างไต /เคมีบำบัด /รังสีบำบัด | ค่ารักษาพยาบาล โดยการผ่าตัดเล็ก | ค่าใช้จ่ายที่ ไม่คุ้มครอง | รวมชดเชยสินไหม |
|-----------------------|--|-----------------|---|---------------|--|--|-----------------|---|------------------------------------|------------------------------|----------------|
| | ห้องทั่วไป | ห้องผู้ป่วยหนัก | | | | | | | | | |
| | กรมธรรม์ที่ชดเชย | | | | | | | | | | |
| T232826544 | สูงสุด | 3,000 ต่อวัน | คุ้มครองที่ จ่ายจริง แต่ไม่เกินผล ประโยชน์สูงสุด | 2,000 ต่อวัน | 20,000 | คุ้มครองที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินผลประโยชน์สูงสุด | | | | | |
| แบบประกัน: HSHPFNA | ชดเชย | 1 วัน | | 1 วัน | | | | | | | |
| | | 3,000.00 | | 2,000.00 | 40.00 | 23,034.00 | 41,503.00 | | | | 69,577.00 |

หมายเหตุ: * มียอดปรับปรุงรายการ บาท

ฝ่ายสินไหมประกันสุขภาพ 1 มีนาคม 2568
 ผู้อนุมัติ วันที่จ่าย

* กรณีที่มีสัญญาเพิ่มเติมค่าชดเชย AI,HB,CR,WI,WC,HI,HU,HM บริษัทจะพิจารณาส่งให้ท่านโดยตรง
* สำหรับสัญญาเพิ่มเติม FCR,CIR,ECIR,HLT,Lady Care,WP,PTD,DD กรุณาส่งเรียกร้องเคลมปกติ
* สำหรับHSJบริษัทจะจ่ายผลประโยชน์โดยจำกัดเพียงกรณีหนึ่งกรณีใดระหว่าง ค่ารักษาพยาบาล หรือ ค่าพิเศษรายวันรวมกับค่าพิเศษการผ่าตัดผู้ป่วยใน ตามเงื่อนไขกรมธรรม์