

**แนวปฏิบัติการพิจารณาวินิจฉัยจ่ายค่าบริการทางการแพทย์
กรณีการบำบัดทดแทนไตและการให้ยา Erythropoietin ให้แก่ผู้ป่วยที่ป่วยเป็น
โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับผลกระทบในภาวะอูทกภัย**

เนื่องจากสถานการณ์อูทกภัยที่เกิดขึ้นในจังหวัดต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้รับความเดือดร้อนและได้รับผลกระทบจากการประสพภาวะอูทกภัย เพื่อเป็นการบรรเทาความเดือดร้อนแก่ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับผลกระทบดังกล่าว สำนักงานประกันสังคมได้กำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตรา สำหรับผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับผลกระทบในภาวะอูทกภัย ดังนี้

1. ต้องเป็นผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และได้รับอนุมัติสิทธิกรณีการบำบัดทดแทนไต และกรณียา Erythropoietin จากสำนักงานประกันสังคมแล้ว และมีที่พักอาศัยหรือสถานพยาบาลที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไตและรับยา Erythropoietin เป็นประจำอยู่ในพื้นที่ประสบอูทกภัย ทำให้ไม่สามารถเข้ารับการบำบัดทดแทนไต และรับยา Erythropoietin ได้ในพื้นที่เดิมหรือจำเป็นต้องย้ายเข้ารับการบำบัดทดแทนไต และรับยา Erythropoietin ในสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในพื้นที่อื่นซึ่งใช้สถานพยาบาลประจำ ให้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์กรณีการบำบัดทดแทนไต และยา Erythropoietin ตามหลักเกณฑ์ และอัตราที่กำหนดภายในระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2554 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2554

2. พื้นที่ประสบอูทกภัยได้แก่พื้นที่ตามที่กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย รายงานสถานการณ์ จำนวน 35 แห่ง ได้แก่ 1. กาฬสินธุ์ 2. มหาสารคาม 3. ร้อยเอ็ด 4. สุรินทร์ 5. ศรีสะเกษ 6. อุบลราชธานี 7. อ่างทอง 8. สิงห์บุรี 9. สระบุรี 10. ฉะเชิงเทรา 11. นครนายก 12. พระนครศรีอยุธยา 13. สมุทรสาคร 14. สมุทรปราการ 15. กรุงเทพมหานคร 16. นนทบุรี 17. นครปฐม 18. ปทุมธานี 19. สุพรรณบุรี 20. ตาก 21. สุโขทัย 22. พิษณุโลก 23. เพชรบูรณ์ 24. กำแพงเพชร 25. พิจิตร 26. นครสวรรค์ 27. อุทัยธานี 28. ชัยนาท 29. ลพบุรี 30. ปราจีนบุรี 31. สระแก้ว 32. ขอนแก่น 33. ชัยภูมิ 34. นครราชสีมา 35. บุรีรัมย์ (ข้อมูลวันที่ 16 พฤศจิกายน 2554) รวมถึงจังหวัด/พื้นที่ที่กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแจ้งเพิ่มเติม

3. กรณีผู้ประกันตนที่ยื่นเรื่องขอรับสิทธิแล้วแต่อยู่ระหว่างรอการพิจารณาอนุมัติสิทธิ โดยมีหนังสือแสดงการยื่นเรื่อง (สปส 2-18) ไว้แล้วที่สำนักงานประกันสังคมจังหวัด / เขตพื้นที่ โดยต่อมาคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายได้อนุมัติให้มีสิทธิ อนุโลมให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์กรณีการบำบัดทดแทนไต และยา Erythropoietin ตามหลักเกณฑ์ และอัตราที่กำหนดภายในระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2554 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2554

4. กรณีผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้ยื่นเรื่องขอรับสิทธิบำบัดทดแทนไต และรับยา Erythropoietin เนื่องจากปัญหาภาวะประสบอูทกภัย และแพทย์ผู้รักษาสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยเข้าข่ายเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ตามหลักเกณฑ์ของสำนักงานประกันสังคม และจำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไต และยา Erythropoietin เป็นการเร่งด่วน โดยต่อมาคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายได้อนุมัติให้เป็นผู้มีสิทธิ ต้องมีหลักฐานที่ผู้ประกันตน หรือสถานพยาบาล หรือศูนย์ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัย มีการติดต่อหรือประสานงานกับสำนักงานประกันสังคม โดยสำนักงานประกันสังคมจังหวัด/เขตพื้นที่ บันทึกวันที่มีการติดต่อกับสำนักงานประกันสังคม และออกหนังสือรับรองสิทธิให้แก่ผู้ประกันตน ให้อนุโลมเป็นผู้มีสิทธิ

-/ได้รับค่า...

ได้รับค่าบริการทางการแพทย์กรณีการบำบัดทดแทนไต และยา Erythropoietin ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดภายในระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2554 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2554

5. กรณีการเบิกค่าบริการทางการแพทย์ กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่ไม่ตรงเงื่อนไขที่กำหนด โดยระยะเวลาในการฟอกเลือดอย่างน้อยกว่าครั้งละ 4 ชั่วโมง และหรือน้อยกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือไม่สามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่สถานพยาบาลที่กำหนด ต้องมีใบรับรองแพทย์ ซึ่งระบุเหตุผลที่ไม่สามารถฟอกเลือดได้ครบตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือหนังสือสอบข้อเท็จจริงกรณีไม่สามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่สถานพยาบาลที่กำหนดได้

6. การเบิกค่าบริการทางการแพทย์ กรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่เกินอัตราที่กำหนด (เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 2,000 บาทต่อครั้ง) จะต้องแสดงหลักฐานเพิ่มเติม ดังนี้

1) หนังสือสอบข้อเท็จจริง หรือหนังสือรับรองจากผู้ประกันตน

2) หนังสือรับรองจากสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์กรณีบำบัดทดแทนไต (โดยทั้งข้อ 1) และข้อ 2) ต้องระบุเหตุผลว่าไม่สามารถหาสถานพยาบาลที่ให้บริการและเรียกเก็บค่าบริการในอัตราที่กำหนดได้หรือผู้ประกันตนมีเหตุผลความจำเป็น ไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนเกินจากอัตราที่เบิกได้)

7. การเบิกค่าบริการทางการแพทย์หลังปลูกถ่ายไต จะต้องมียังหนังสือ รับรองจากสถานพยาบาลที่ตั้งเบิกว่าได้ให้การรักษาผู้ป่วยจริง เนื่องจากผู้ประกันตนประสบอุทกภัยหรือสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนได้รับการอนุมัติประสบอุทกภัย

8. ให้สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/เขตพื้นที่ /สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าว ให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลโดยมิต้องส่งหรือคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย สำหรับการเบิกค่าบริการทางการแพทย์กรณีบำบัดทดแทนไต และยา Erythropoietin นอกเหนือจากที่กำหนดในข้อ 1-7 ให้ส่งเรื่องมาที่สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์เพื่อนำเข้าหาหรือคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย

เอกสารและหลักฐานประกอบการยื่นขอรับค่าบริการทางการแพทย์
กรณีการบำบัดทดแทนไตและการให้ยา Erythropoietin ให้แก่ผู้ป่วยที่เป็น
โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับผลกระทบในภาวะอูทกภัย

1. กรณีผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแล้ว และผู้ป่วยคนหรือ
สถานพยาบาลยื่นเรื่องเบิกค่าบริการทางการแพทย์กรณีบำบัดทดแทนไต และกรณีให้ยา
Erythropoietin ตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราที่กำหนด

เอกสารประกอบการยื่นคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์

1.1 กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และยา Erythropoietin

1) แบบฟอร์มขอรับค่าบริการทางการแพทย์กรณีการบำบัดทดแทนไต

สปส 2-18/1 สปส 2-18/1ก พร้อมทั้งสำเนาคู่มือแสดงสิทธิการบำบัดทดแทนไตหน้า 1 และหน้าซึ่งตรงกับ
ลำดับครั้งที่ในการขอเบิก และรับรองสำเนาพร้อมลงวันที่กำกับ หากผู้ป่วยคนไม่มีสำเนาแสดงสิทธิมาแสดง
เนื่องจากภาวะน้ำท่วมให้ผู้ประกันตนลงนามรับรองในแบบฟอร์ม สปส 2-18/1 สปส 2-18/1ก โดยระบุ
ว่าได้รับอนุมัติสิทธิกรณีการบำบัดทดแทนไตแล้วจริง หรือแนบหนังสือรับรองการอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไต
จากสำนักงานประกันสังคมจังหวัด/เขตพื้นที่

2) สำเนาใบบันทึกรายงานการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis

Work Sheet)

1.2 กรณีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร และยา Erythropoietin

1) แบบฟอร์มขอรับค่าบริการทางการแพทย์กรณีการบำบัดทดแทนไต

สปส 2-18/1 สปส 2-18/1ข พร้อมทั้งสำเนาคู่มือแสดงสิทธิการบำบัดทดแทนไตหน้า 1 และหน้าซึ่งตรงกับ
ลำดับครั้งที่ในการขอเบิก และรับรองสำเนาพร้อมลงวันที่กำกับ หากผู้ป่วยคนไม่มีสำเนาแสดงสิทธิมาแสดง
เนื่องจากภาวะน้ำท่วมให้ผู้ประกันตนลงนามรับรองในแบบฟอร์ม สปส 2-18/1 สปส 2-18/1ข โดยระบุว่าได้รับอนุมัติ
สิทธิกรณีการบำบัดทดแทนไตแล้วจริง หรือแนบหนังสือรับรองการอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไตจากสำนักงาน
ประกันสังคมจังหวัด/เขตพื้นที่

2) สำเนาหลักฐานการจ่ายน้ำยาล้างช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ และสำเนาเวชระเบียน
บันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ผู้รักษาในวันที่ผู้ประกันตนมาพบแพทย์ครั้งที่ขอเบิก

1.3 กรณีการดูแลหลังปลูกถ่ายไต และรับยากดภูมิคุ้มกัน

1) หนังสือรับรองของสถานพยาบาล ซึ่งระบุว่าสถานพยาบาลได้ให้การรักษาผู้ป่วย
จริงเนื่องจากผู้ป่วยประสบอูทกภัย หรือสถานพยาบาลที่ได้รับอนุมัติสิทธิปลูกถ่ายไตประสบอูทกภัย

2) แบบขอรับค่าบริการทางการแพทย์กรณีปลูกถ่ายไตของผู้ประกันตนกองทุน
ประกันสังคม

ทั้งนี้เฉพาะข้อ 1.3 ให้สถานพยาบาลส่งเรื่องเบิกค่าบริการทางการแพทย์
มาที่สำนักงานจัดระบบบริการทางการแพทย์

2. กรณีผู้ประกันตนที่ยื่นเรื่องขอรับสิทธิบำบัดทดแทนไตกรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร และยา Erythropoietin แล้ว แต่อยู่ระหว่างรอการพิจารณาอนุมัติสิทธิ หรือยังไม่ได้ยื่นเรื่องขอรับสิทธิ

เอกสารประกอบการยื่นคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์

2.1 กรณียื่นเรื่องแล้วอยู่ระหว่างรออนุมัติสิทธิ

- 1) ใช้เอกสารเช่นเดียวกับข้อ 1.1 และ 1.2 ตามแต่ละกรณี
- 2) สำเนาแบบฟอร์มการยื่นเรื่องขอรับประโยชน์ทดแทนการบำบัดทดแทนไต (สปส 2-18)

2.2 กรณียังไม่ได้ยื่นเรื่อง

- 1) ใช้เอกสารเช่นเดียวกับข้อ 1.1 และ 1.2 ตามแต่ละกรณี
- 2) สำเนาหลักฐานที่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาล หรือศูนย์ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยมีการติดต่อประสานงานกับสำนักงานประกันสังคม และสำนักงานประกันสังคมจังหวัด/เขตพื้นที่ หรือสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ และได้บันทึกวันรับแจ้งเรื่องไว้และออกหนังสือรับรองสิทธิให้แก่สถานพยาบาล

3. กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมน้อยกว่าครั้งละ 4 ชั่วโมง หรือน้อยกว่า 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์

เอกสารประกอบการยื่นคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์

3.1 แบบฟอร์มขอรับค่าบริการทางการแพทย์กรณีการบำบัดทดแทนไต สปส.2-18/1 ก พร้อมหลักฐานประกอบการยื่นเรื่องตามที่ระบุ

3.2 ใบรับรองแพทย์ และใบบันทึกรายงานการฟอกเลือด (Hemodialysis Work Sheet) ซึ่งระบุเหตุผลความจำเป็นที่ไม่สามารถฟอกเลือดได้ครบ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือฟอกเลือดไม่ครบ 4 ชั่วโมง

4. กรณีผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไตแล้ว หรือยังไม่ได้รับสิทธิ และผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลยื่นเรื่องเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเกินอัตราที่กำหนด (เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 2,000 บาทต่อครั้ง)

เอกสารประกอบการยื่นคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์

4.1 แบบฟอร์มขอรับค่าบริการทางการแพทย์กรณีการบำบัดทดแทนไต สปส 2-18/1 ก พร้อมหลักฐานประกอบการยื่นเรื่องตามที่ระบุ

4.2 หนังสือขอข้อเท็จจริง หรือหนังสือรับรองจากผู้ประกันตน

4.3 หนังสือรับรองจากสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์กรณีการบำบัดทดแทนไต หรือหลักฐานที่ผู้ประกันตน หรือสถานพยาบาลที่ส่งต่อ หรือศูนย์ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยมีการติดต่อประสานงาน และไม่สามารถหาสถานพยาบาลที่ให้บริการและเรียกเก็บค่าบริการได้ในอัตราที่กำหนด หรือผู้ประกันตนมีปัญหาทางเศรษฐกิจไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนเกินจากอัตราที่เบิกได้

หนังสือสอบถามเท็จจริงกรณียื่นคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์
กรณีการบำบัดทดแทนไต และการให้ยา Erythropoietin ให้แก่ผู้ประกันตนที่ป่วยเป็น
โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับผลกระทบในภาวะฉุกเฉิน

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....เป็นผู้ป่วย
ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับผลกระทบในภาวะฉุกเฉิน โดย

- ☐ ได้รับอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไต และยา Erythropoietin แล้ว ตั้งแต่วันที่.....
☐ ยื่นเรื่องแล้ว แต่ยังไม่ได้รับสิทธิ โดยได้ยื่นเรื่องเมื่อวันที่.....สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/
เขตพื้นที่.....
☐ ยังไม่ได้ยื่นเรื่อง เนื่องจาก.....

โดยมีที่พิกัดภัยปัจจุบันที่.....และเข้ารับบริการทางการแพทย์นี้

- ☐ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ☐ ล้างช่องท้องด้วยน้ำยา ☐ ยา Erythropoietin

ในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดเป็นประจำที่สถานพยาบาลชื่อ.....
ตั้งอยู่ที่จังหวัด.....แต่เนื่องจากได้รับผลกระทบในภาวะฉุกเฉิน ทำให้ต้องเข้ารับบริการดังกล่าวในสถานพยาบาลอื่น
ชื่อ.....ตั้งอยู่ที่จังหวัด.....ซึ่ง

- ☐ เป็นสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด
☐ มิใช่สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

มีความประสงค์ยื่นคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์นี้

- ☐ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
☐ ล้างช่องท้องด้วยน้ำยา
☐ ยา Erythropoietin

โดยค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าว

- ☐ เป็นไปตามหลักเกณฑ์ และอัตราที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด
☐ นอกเหนือหลักเกณฑ์ และอัตราที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด เนื่องจาก.....

(ทั้งนี้ให้ระบุเหตุผลเกี่ยวกับรายได้ สถานภาพการทำงาน ความเดือดร้อน ที่ไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนเกินได้) โดยมีหลักฐาน
ประกอบการยื่นเบิกกรณีดังกล่าวเพิ่มเติมอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ สำเนาเอกสารใบส่งตัวจากสถานพยาบาล หรือศูนย์ช่วยเหลือผู้ประสบภัยฯ หรือสำเนาใบรับรองแพทย์ หรือ
หนังสือรับรองของสถานพยาบาล
☐ ใบเสร็จค่าบริการทางการแพทย์ (กรณีสถานพยาบาลเรียกเก็บค่าบริการพยาบาล)

ขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

()

หนังสือรับรองของสถานพยาบาล

ข้าพเจ้า นพ./พญ..... ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ขอรับรองว่าผู้ประกันตนชื่อนาย/นาง/นางสาว.....เลขประจำตัวประชาชน.....

ได้รับการบำบัดทดแทนไตที่สถานพยาบาล.....จริง และ ไม่สามารถเข้ารับบริการ
ทางการแพทย์

☐ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

☐ ล้างช่องท้องด้วยน้ำยา

☐ การดูแลหลังปลูกถ่ายไตและรับยากดภูมิคุ้มกัน

☐ ยา Erythropoietin

ตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราที่กำหนดได้ เนื่องจาก.....

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

()

วันที่...../...../.....



แบบคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์
กรณีการบำบัดทดแทนไต
กองทุนประกันสังคม

ลำหรับเจ้าหน้าที่
 เลขที่รับแจ้ง.....
 วันที่รับแจ้ง.....
 ชื่อผู้รับ.....

สำหรับสถานพยาบาล

1. โรงพยาบาล..... ขอรับค่าบริการทางการแพทย์โดยการ
☐ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ☐ จ่ายค่าน้ำยาล้างช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ ☐ การฉีดยา Erythropoietin
 ของผู้ประกันตนชื่อ-สกุล..... เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

2. แพทย์ผู้ทำการรักษา ชื่อ-สกุล.....

3. ได้รับ ☐ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในช่วงสัปดาห์ระหว่างวันที่..... ถึงวันที่..... ดังนี้
 ครั้งที่ 1 ของสัปดาห์ วันที่..... ลำดับครั้งที่ขอเบิก..... จำนวนเงิน..... บาท
 ครั้งที่ 2 ของสัปดาห์ วันที่..... ลำดับครั้งที่ขอเบิก..... จำนวนเงิน..... บาท
 ครั้งที่ 3 ของสัปดาห์ วันที่..... ลำดับครั้งที่ขอเบิก..... จำนวนเงิน..... บาท

(ค่าบริการทางการแพทย์โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ครอบคลุม 14 รายการ)

4. ได้รับ ☐ ค่าน้ำยาล้างช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ลำดับที่ขอเบิก..... ตั้งแต่เดือน..... ถึงเดือน.....
 รวมเป็นเงิน..... บาท (.....)
 (กรณีที่เบิกค่าน้ำยาล้างช่องท้องฯ ครั้งแรกให้ระบุวันที่เริ่มขอเบิกถึงวันสิ้นเดือนครั้งต่อไปให้เบิกเป็นรายเดือน)

5. ได้รับ ☐ การฉีดยาอีริโทรโปีติน (Erythropoietin) ฉีดในวันที่..... และวันที่..... ดังนี้
 - Hematocrit ก่อนการฟอกเลือดครั้งแรกเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เท่ากับ..... %
 - BUN/Creatinine ก่อนและหลังการฟอกเลือดทุก 3 เดือน เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
 เท่ากับ..... /..... Mg..... ค่าหน่วยค่า KtV=.....
 - ฉีดยา Erythropoietin ชื่อ..... ขนาด..... รวมเป็นเงิน..... บาท

ขอรับรองว่าได้มีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม/เบิกค่าน้ำยาล้างช่องท้องพร้อมอุปกรณ์/ฉีดยา Erythropoietin ตามรายการข้างต้นจริง

ลงชื่อ..... (ลงชื่อ).....
 (.....) (.....)
 แพทย์ผู้รักษา/อายุรแพทย์โรคไตผู้รักษา..... ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล.....

คำรับรองของผู้ประกันตน

- ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... ได้รับ
☐ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ☐ น้ำยาล้างช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ จำนวน..... ครั้ง
☐ การฉีดยาอีริโทรปัวอิติน (Erythropoietin) ตามระยะเวลาดังกล่าวจริง
 (ลงชื่อ)..... ผู้ประกันตน
 (.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

กรณีบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

- ☐ สำเนาคู่มือแสดงสิทธิฯ หน้า 1 และหน้าซึ่งตรงกับลำดับครั้งที่ในการขอเบิกและรับรองสำเนาพร้อมลงวันที่กำกับ
- ☐ สำเนาใบบันทึกรายงานการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HEMOCLYSIS WORK SHEET)

กรณีบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร (Chronic Peritoneal Dialysis)

- ☐ สำเนาคู่มือแสดงสิทธิฯ หน้า 1 และหน้าซึ่งตรงกับลำดับครั้งที่ในการขอเบิกและรับรองสำเนาพร้อมลงวันที่กำกับ
- ☐ สำเนาหลักฐานการจ่ายน้ำยาล้างช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ และสำเนาเวชระเบียนบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ผู้รักษา

ในวันที่ผู้ประกันตนมาพบแพทย์ครั้งที่ขอเบิก

กรณีฉีดยาอีริโทรพอิติน (Erythropoietin)

- ☐ สำเนาคู่มือแสดงสิทธิฯ หน้า 1 และหน้าซึ่งตรงกับลำดับครั้งที่ในการขอเบิกและรับรองสำเนาพร้อมลงวันที่กำกับ

ข้อแนะนำ สามารถขอเบิกการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือด้วยวิธีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวรพร้อมกับการฉีดยา Erythropoietin ได้ในคราวเดียวกัน



กองทุนประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่
เลขที่รับแจ้ง
วันที่รับ
ชื่อผู้รับ

สำหรับสถานพยาบาล

- | รายการ | ครั้งที่ 1 ของลำดับค่า | ครั้งที่ 2 ของลำดับค่า | ครั้งที่ 3 ของลำดับค่า |
|---|--|--|--|
| | วันที่
(เป็นการฟอกเลือดฯ
ลำดับครั้งที่)
จำนวนเงิน (บาท) | วันที่
(เป็นการฟอกเลือดฯ
ลำดับครั้งที่)
จำนวนเงิน (บาท) | วันที่
(เป็นการฟอกเลือดฯ
ลำดับครั้งที่)
จำนวนเงิน (บาท) |
| (1) ค่าบริการทางการแพทย์โดยการฟอกเลือดด้วย
เครื่องไตเทียม (ครอบคลุม 14 รายการ) | | | |
| (2) การฉีดยา อิริโซรบีวอดิน
ชื่อ ขนาดUnit | | | |
| รวมค่าบริการทางการแพทย์ทั้งสิ้น (1) + (2) | | | |

ขอรับรองว่า

1. ☐ ได้ให้การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ☐ ได้ให้การฉีดยาอิริโทรพอยติน ตามรายการข้างต้นจริง
2. ค่า Hematocrit ก่อนการฟอกเลือด ครั้งที่ 1 ของสัปดาห์ เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. เท่ากับ %
3. ค่า BUN/Creatinine ก่อนและหลังการฟอกเลือดทุก 3 เดือน เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. เท่ากับ และ mg/dl ซึ่งคำนวณค่า Kt/V ได้ เท่ากับ

(ลงชื่อ) (ลงชื่อ)
(.....) (.....)
อาจารย์แพทย์โรคไต/อาจารย์แพทย์ศัลยกรรม ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

คำรับรองของผู้ประกันตน

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ขอรับรองว่าได้รับ

- ☐ การฟอกเลือดเครื่องไตเทียม
- ☐ การฉีดยาฮิวโรโปรวิตินตามรายการดังกล่าวจริง

(ลงชื่อ) ผู้ประกันตน
(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

กรณีบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

- ☐ สำเนาคู่มือแสดงสิทธิฯ หน้า 1 และหน้าซึ่งตรงกับลำดับครั้งที่ในการขอเบิกและรับรองสำเนาพร้อมลงวันที่กำกับ
- ☐ สำเนาใบบันทึกรายงานการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HEMODIALYSIS WORK SHEET)

กรณีฉีดยาอีริโทรพัวิติน (Erythropoietin)

- ☐ สำเนาคู่มือแสดงสิทธิฯ หน้า 1 และหน้าซึ่งตรงกับลำดับครั้งที่ในการขอเบิกและรับรองสำเนาพร้อมลงวันที่กำกับ

ข้อแนะนำ สามารถขอเบิกการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พร้อมกับการฉีดยา Erythropoietin ได้ในคราวเดียวกัน

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

กรณีบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร (Chronic Peritoneal Dialysis)

- ☐ สำเนาคู่มือแสดงสิทธิฯ หน้า 1 และหน้าซึ่งตรงกับลำดับครั้งที่ในการขอเบิกและรับรองสำเนาพร้อมลงวันที่กำกับ
- ☐ สำเนาหลักฐานการจ่ายน้ำยาล้างช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ และสำเนาเวชระเบียนบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ผู้รักษาในวันที่ผู้ประกันตนมาพบแพทย์ครั้งที่ขอเบิก

กรณีฉีดยาอีริโทรโปอีติน (Erythropoietin)

- ☐ สำเนาคู่มือแสดงสิทธิฯ หน้า 1 และหน้าซึ่งตรงกับลำดับครั้งที่ในการขอเบิกและรับรองสำเนาพร้อมลงวันที่กำกับ

ข้อแนะนำ สามารถขอเบิกการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร พร้อมกับการฉีดยา Erythropoietin ได้ในคราวเดียวกัน

