



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Department of Health Service Support

คู่มือการดำเนินงาน (Work Flow) ภายในศูนย์ประสานงานกลาง (Claim Center) ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (ฉบับย่อ)



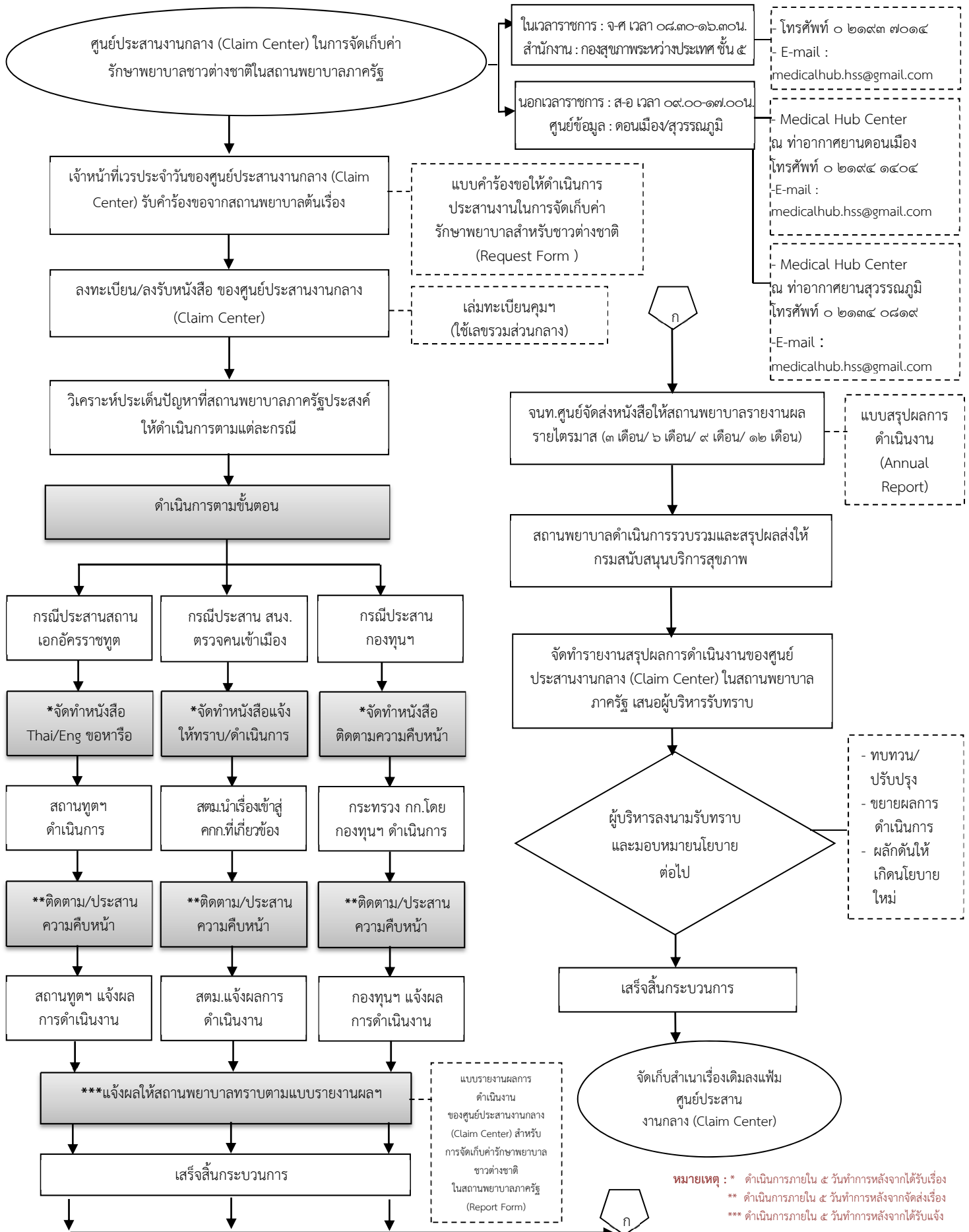
จัดทำโดย
กองสุขภาพระหว่างประเทศ
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

สารบัญ

	หน้า
➤ ลำดับขั้นตอน (Work Flow)	
๑. กระบวนการปฏิบัติงานภายในศูนย์ประสานงานกลาง (Claim Center) ในการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลชาวต่างชาติสำหรับสถานพยาบาลภาครัฐ	๓
๒. การให้ความช่วยเหลือ/ให้คำปรึกษาด้านการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ชาวต่างชาติสำหรับสถานพยาบาลภาครัฐของศูนย์ประสานงานกลาง (Claim Center)	๔
➤ หมายเลขโทรศัพท์ที่ใช้ในการติดต่อ	๕
➤ แบบฟอร์มคำร้อง	
๑. หนังสือขอความอนุเคราะห์ศูนย์ประสานงานกลาง (Claim Center)	๖
๒. แบบคำร้องขอ (Request Form)	๗
๓. แบบรายงานผลการดำเนินงาน (Report Form)	๘
๔. แบบสรุปผลการดำเนินงาน (Annual Report)	๙

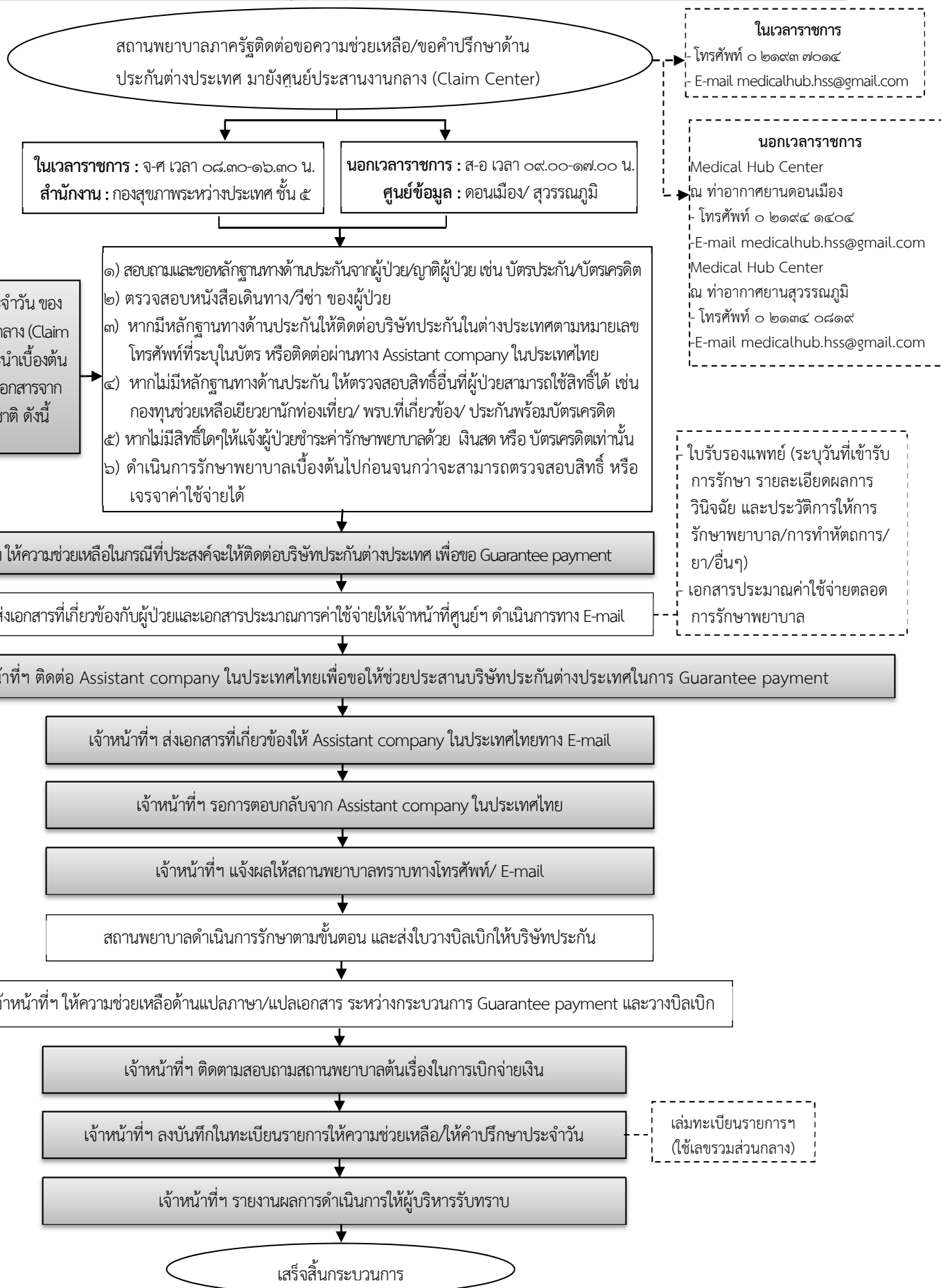
ลำดับขั้นตอน (Work Flow)

(๑) กระบวนการปฏิบัติงานภายในศูนย์ประสานงานกลาง (Claim Center) ในการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาล ชาวต่างชาติสำหรับสถานพยาบาลภาครัฐ



ลำดับขั้นตอน (Work Flow)

(๒) การให้ความช่วยเหลือ/ให้คำปรึกษาด้านการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลชาวต่างชาติสำหรับสถานพยาบาลภาครัฐ ของศูนย์ประสานงานกลาง (Claim Center)



หมายเลขโทรศัพท์ที่ใช้ในการติดต่อ

ศูนย์ประสานงานกลาง (Claim Center) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ



ในเวลาราชการ

วันจันทร์ - ศุกร์ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

โทรศัพท์ : ๐ ๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๔๐๔

โทรสาร : ๐ ๒๑๔๙ ๕๖๓๐

นอกเวลาราชการ

- วันเสาร์ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๗.๐๐ น.

Medical Hub Center ณ ท่าอากาศยานดอนเมือง

โทรศัพท์ : ๐ ๒๑๙๔ ๑๔๐๔

โทรสาร : ๐ ๒๑๙๔ ๑๔๐๔

- วันอาทิตย์ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๗.๐๐ น.

Medical Hub Center ณ ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ

โทรศัพท์ : ๐ ๒๑๓๔ ๐๘๑๙

โทรสาร : ๐ ๒๑๓๔ ๐๘๑๙

สายด่วน : ๐ ๒๑๙๓ ๗๙๙๙

E-mail : medicalhub.hss@gmail.com

Website : www.thailandmedicalhub.net

- แบบฟอร์มคำร้อง -



ที่ สธ

ส่วนราชการ.....

.....

.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ศูนย์ประสานงานกลาง (Claim Center) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในการจัดเก็บ
ค่ารักษาพยาบาลสำหรับชาวต่างชาติ

เรียน อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (ผ่านผู้อำนวยการกองสุขภาพระหว่างประเทศ)

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบคำร้องขอ (Request Form) จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยโรงพยาบาล..... จังหวัด.....

สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีความประสงค์ขอความอนุเคราะห์ศูนย์ประสานงานกลาง (Claim Center) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ดำเนินการประสานงานในการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลสำหรับชาวต่างชาติ
รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง.....

(หน่วยงานเจ้าของเรื่อง)

โทร.....

โทรสาร.....

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

แบบคำร้องขอให้ดำเนินการประสานงานในการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลสำหรับชาวต่างชาติ
(Request Form)

๑. ข้อมูลสถานพยาบาล

ชื่อผู้แจ้ง นาย/ นางสาว/ นาง ชื่อ.....นามสกุล.....
เลขประจำตัวประชาชน.....อายุ..... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
กรณีนิติบุคคล
ชื่อสถานพยาบาล.....เลขที่ตั้ง.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....อีเมล.....

๒. เรื่องที่ต้องดำเนินการ (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ☐ ติดตามค่าค้างชำระ ☐ ประสานสถานเอกอัครราชทูต
☐ ประสานสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง ☐ ประสานกองทุน ตาม พรบ./ระเบียบที่เกี่ยวข้อง
☐ อื่นๆ (ระบุ).....

๓. ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ- สกุล.....สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....
หมายเลขหนังสือเดินทาง.....เข้ารับการรักษาด่วนอาการ.....
เมื่อวันที่.....เสร็จสิ้นการรักษาเมื่อวันที่.....
จำนวนค้างชำระ.....บาท สาเหตุ.....

๔. เอกสารประกอบยื่นคำร้อง

- ☐ สำเนาหนังสือเดินทาง
☐ ใบรายงานความเห็นทางการแพทย์
☐ สำเนาใบลงวันที่กประจำวัน
☐ หนังสือมอบอำนาจ
☐ หลักฐานการค้างชำระค่ารักษาพยาบาล จำนวน.....รายการ
☐ เอกสารอื่น ๆ ที่จะเป็นประโยชน์ในการประสานงาน จำนวน.....รายการ

๕. รายละเอียดประกอบการยื่นคำร้อง (สามารถแนบเป็นเอกสารได้)

.....
.....
.....
.....
.....

ผู้ยื่นคำร้อง.....

(.....)

วันที่...../...../.....

แบบรายงานผลการดำเนินงาน (Report Form)

ของศูนย์ประสานงานกลาง (Claim Center) สำหรับการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลชาวต่างชาติ
ในสถานพยาบาลภาครัฐ

โรงพยาบาล.....จังหวัด.....

มีผลการดำเนินงาน ดังนี้

☐ ยังไม่เริ่มดำเนินการ

เนื่องจาก.....

☐ อยู่ระหว่างดำเนินการ โดยได้ดำเนินงานต่าง ๆ แล้ว ดังนี้

.....
.....
.....

☐ ดำเนินโครงการแล้วเสร็จ โดยมีผลการดำเนินงาน ดังนี้

๑. วันที่ดำเนินการ

.....

๒. ผลการดำเนินการ

.....
.....
.....
.....

๓. ปัญหา/อุปสรรคและแนวทางแก้ไข

.....
.....
.....

ขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อผู้รายงาน
(.....)

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยงาน
(.....)

ตำแหน่ง

ศูนย์ประสานงานกลาง (Claim Center) ในการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลชาวต่างชาติ ในสถานพยาบาลภาครัฐ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
โทร ๐ ๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๔๐๔ โทรสาร ๐ ๒๑๔๙ ๕๖๓๐ สายด่วน ๐ ๒๑๙๓ ๗๙๙๙ email : medicalhub๗๐๒@gmail.com

แบบสรุปผลการดำเนินงาน (Annual Report)

๑. ข้อมูลสถานบริการ โรงพยาบาล..... จังหวัด.....

☐ รอบ ๓ เดือน

☐ รอบ ๖ เดือน

๒. ข้อมูลผู้รับบริการชาวต่างชาติ

☐ รอบ ๙ เดือน

☐ รอบ ๑๒ เดือน

ที่	ชื่อ-นามสกุล	Passport No.	สัญชาติ	วันที่รับการรักษา	วันที่จำหน่ายกลับ	ค้างชำระ (บาท)	คำร้องขอให้ศูนย์ฯ ดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	หมายเหตุ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....