



แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน – หันตกรรม

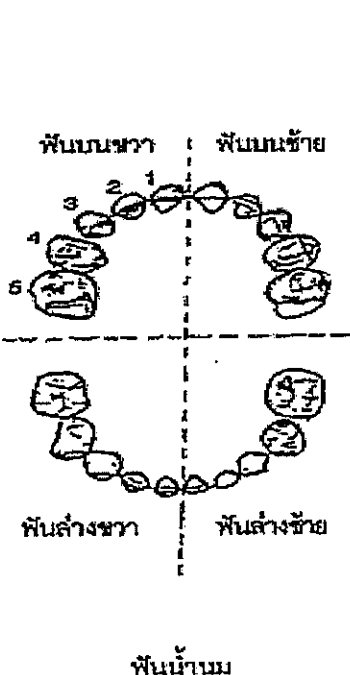
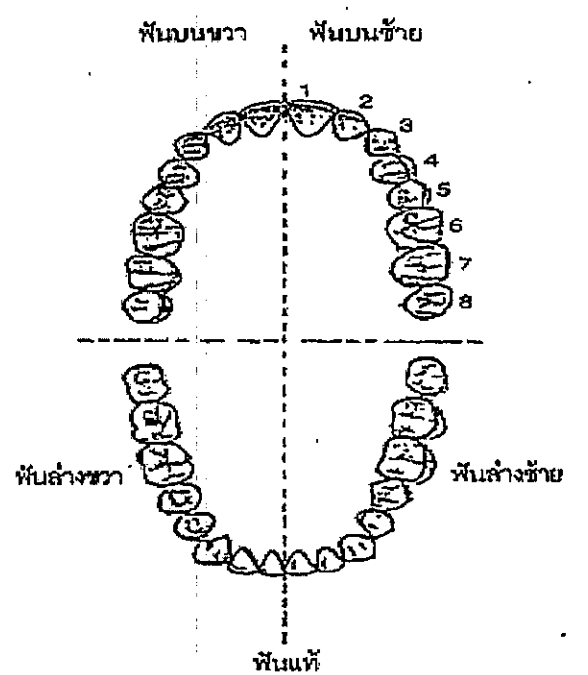
- การขาดหูหนวก การเคลื่อนฟลูออไรด์ การอุดฟัน การถอนฟัน
 การรักษาฟัน รากฟัน และขากรรไกรเนื่องจากอุบัติเหตุ การรักษารากฟัน การผ่าฟันคุด

ส่วนที่ 1. สำหรับผู้เอาประกันภัยกรอกข้อมูล

1.	ชื่อ-สกุล ของผู้เอาประกันภัย เพศ..... อายุ.....ปี อาชีพ..... สถานที่ติดต่อปัจจุบัน โทรศัพท์ เรียกร้องสิทธิภายใต้กรมธรรม์เลขที่
2.	ชื่อโรงพยาบาล /คลินิกที่ทำการรักษาหันตกรรม วันที่รับการรักษาทางทันตกรรม
3.	โปรศรณสาเหตุและอาการ
4.	อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาโรคทางทันตกรรม.....
5.	ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์ และวิธีการรักษา
กรณีอุบัติเหตุ	
6.	วันที่เกิดเหตุ เวลาที่เกิดเหตุ สถานที่เกิดเหตุ
7.	รายละเอียดการเกิดเหตุ
8.	ลักษณะการบาดเจ็บ บาดแผล
9.	มีการแจ้งความหรือไม่ [] ไม่มี [] มี ที่ใด
10.	ข้าพเจ้าขอเลือกวิธีการรับค่าสินไหมโดย <input type="checkbox"/> ขอให้โอนเงินเข้าบัญชีผ่านช่องทางธนาคาร (หากมีค่าใช้จ่ายใด ๆ เกิดขึ้นให้ถือเป็นภาระรับผิดชอบของข้าพเจ้า) ชื่อบัญชีประเภทบัญชี <input type="checkbox"/> ออมทรัพย์ <input type="checkbox"/> กระแสรายวัน เลขที่ ชื่อธนาคาร สาขา จังหวัด ***พร้อมนี้ได้ถ่ายสำเนาสมุดบัญชีธนาคารและรับรองสำเนาถูกต้องแนบมาด้วย***
<p>ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใด ที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามีใช้ผลบังคับได้และสมบูรณ์เท่าคั่นฉบับ</p> <p>ลงชื่อ ผู้ทำกรแทน ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย</p> <p>(.....) (.....) วันที่ / / วันที่ / /</p> <p>ความสัมพันธ์</p> <p>(เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)</p>	

ใบรายงานแพทย์

ส่วนที่ 2. สำหรับแพทย์ผู้รักษาโรคข้อต่อ

1. Patient's Name		Age Years	
Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		ID No	
Date of Treatment		Patient Ref. No.....	
*** กรุณาให้แพทย์กรอกส่วนนี้ให้ครบถ้วน ***			
2. Chief Complaint			
How long had the patient experience the symptoms?		days / weeks / month / years	
How long do you feel that symptoms existed prior to this consultation?		days / weeks / month / years	
*** กรณีที่เกิดจากอุบัติเหตุ กรุณาให้แพทย์กรอกส่วนนี้ให้ครบถ้วน ***			
3. For Accident			
Date of accident		Time:	
Cause of accident:			
Was the patient under the influence of alcohol or drug at the time of arrival to the hospital/clinic? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes			
4. Diagnosis (including principle / underlying / complication)			
A:		B:	
C:		D:	
5. Please Indicate the point of tooth/teeth which the patient had dental treatment			
			



CIGNA

6. Treatment: please mark the services performed and list each service with the corresponding code and service cost in the table below. If a service is not listed below, please describe it in the bottom summary table.

Dental Preventive					
D0120	Periodic oral evaluation	<input type="checkbox"/>	D2381	Resin-2 surfaces, post-primary	<input type="checkbox"/>
D0140	Limited oral exam	<input type="checkbox"/>	D2382	Resin-3+ surf, post-primary	<input type="checkbox"/>
D0150	Comprehensive oral exam	<input type="checkbox"/>	D2385	Resin-1 surf, posterior-perm	<input type="checkbox"/>
D0160	Extensive oral exam	<input type="checkbox"/>	D2386	Resin-2 surf, posterior-perm	<input type="checkbox"/>
D0170	Re-evaluation	<input type="checkbox"/>	D2387	Resin-3 surf, posterior-perm	<input type="checkbox"/>
D0210	Complete series x-rays	<input type="checkbox"/>	D2388	Resin-4+ surf, posterior-perm	<input type="checkbox"/>
D0220	1st periapical film	<input type="checkbox"/>	Extraction		
D0230	Additional periapical film	<input type="checkbox"/>	D7110	Extraction-single tooth	<input type="checkbox"/>
D0240	Occlusal film	<input type="checkbox"/>	D7120	Extraction- each additional tooth	<input type="checkbox"/>
D0250	1st extraoral film	<input type="checkbox"/>	D7130	Root removal - exposed roots	<input type="checkbox"/>
D0260	Additional extraoral	<input type="checkbox"/>	D7210	Surgical removal erupted tooth	<input type="checkbox"/>
D0270	Single bitewing film	<input type="checkbox"/>	D7220	Removal impacted tooth-soft	<input type="checkbox"/>
D0272	Two bitewings film	<input type="checkbox"/>	Wisdom tooth removal		
D0274	Four bitewings film	<input type="checkbox"/>	D7230	Removal of impacted tooth-part bony	<input type="checkbox"/>
D0277	Vertical bitewings film	<input type="checkbox"/>	D7240	Removal of impacted tooth-comp bony	<input type="checkbox"/>
D0290	Skull and facial bone film	<input type="checkbox"/>	D7241	Removal of impacted tooth-bony	<input type="checkbox"/>
D0330	Panoramic film	<input type="checkbox"/>	Root canal treatment		
D1110	Prophy-adult	<input type="checkbox"/>	D3110	Pulp cap - direct	<input type="checkbox"/>
D1120	Prophy-child	<input type="checkbox"/>	D3120	Pulp cap - indirect	<input type="checkbox"/>
D1310	Nutritional counseling	<input type="checkbox"/>	D3220	Therapeutic pulpotomy	<input type="checkbox"/>
D1320	Tobacco counseling	<input type="checkbox"/>	D3221	Gross pulpal debridement	<input type="checkbox"/>
D1330	Oral hygiene instructions	<input type="checkbox"/>	D3230	Pulpal therapy - anterior, primary	<input type="checkbox"/>
Fluoride Treatment					
D1201	Fluoride with prophylaxis - child	<input type="checkbox"/>	D3240	Pulpal therapy - posterior, primary	<input type="checkbox"/>
D1203	Fluoride w/o prophylaxis - child	<input type="checkbox"/>	D3310	Root canal, anterior	<input type="checkbox"/>
D1204	Fluoride w/o prophylaxis - adult	<input type="checkbox"/>	D3320	Root canal, bicuspid	<input type="checkbox"/>
D1205	Fluoride with prophylaxis - adult	<input type="checkbox"/>	D3330	Root canal, molar	<input type="checkbox"/>
Filling					
D1351	Sealant - per tooth	<input type="checkbox"/>	D3331	Root canal obstruction	<input type="checkbox"/>
D2110	Amalgam-1 surface, primary	<input type="checkbox"/>	D3333	Root repair	<input type="checkbox"/>
D2120	Amalgam-2 surfaces, primary	<input type="checkbox"/>	D3333	Root repair	<input type="checkbox"/>
D2130	Amalgam-3 surfaces, primary	<input type="checkbox"/>	D3346	Retreat prior root canal-anterior	<input type="checkbox"/>
D2131	Amalgam-4+ surfaces, primary	<input type="checkbox"/>	D3347	Retreat prior root canal-bicuspid	<input type="checkbox"/>
D2140	Amalgam-1 surface, permanent	<input type="checkbox"/>	D3348	Retreatment root canal-molar	<input type="checkbox"/>
D2150	Amalgam-2 surfaces, permanent	<input type="checkbox"/>	D3351	Apexification/recalc-1st visit	<input type="checkbox"/>
D2160	Amalgam-3 surfaces, permanent	<input type="checkbox"/>	D3352	Apexification/recalcification	<input type="checkbox"/>
D2161	Amalgam-4+ surface, permanent	<input type="checkbox"/>	D3353	Apexification/recalcification	<input type="checkbox"/>
D2330	Resin-1 surface, anterior	<input type="checkbox"/>	D3410	Apicoectomy/periradicular-anterior	<input type="checkbox"/>
D2331	Resin-2 surfaces, anterior	<input type="checkbox"/>	D3421	Apicoectomy/periradicular-bicuspid	<input type="checkbox"/>
D2332	Resin-3 surfaces, anterior	<input type="checkbox"/>	D3425	Apicoectomy/periradicular-molar	<input type="checkbox"/>
D2335	Resin-4+ surfaces or anterior	<input type="checkbox"/>	D3426	Apicoectomy/periradicular-each root	<input type="checkbox"/>
D2380	Resin-1 surface, post-primary	<input type="checkbox"/>	D3430	Retrograde filling - per root	<input type="checkbox"/>
			D3450	Root amputation - per root	<input type="checkbox"/>

SUMMARY TABLE OF PERFORMED SERVICES (Must be Completed for each Service Provided)

Date	Tooth	Surface	Arch	Procedure Code / Description	Amount Billed

ลงชื่อทันตแพทย์ผู้รักษา

(.....)

ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ชั้น เลขที่.....

วันที่/...../.....

ชื่อโรงพยาบาล/คลินิกที่ ผู้ป่วยเข้าทำการรักษา.....

สถานที่ตั้ง โทรศัพท์