

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน – ทันดกรรรม




- การชูดหินปูน การเคลือบฟลูออไรด์ การอุดฟัน การถอนฟัน
 การรักษาฟัน รากฟัน และขากรรไกรเนื่องจากอุบัติเหตุ การรักษารากฟัน การผ่าฟันคุด

ส่วนที่1. สำหรับผู้เอาประกันภัยกรอกข้อมูล

| | |
|--|--|
| 1. | ชื่อ-สกุล ของผู้เอาประกันภัย เพศ..... อายุ.....ปี อาชีพ..... สถานที่ติดต่อปัจจุบัน โทรศัพท์ เรียกรองสิทธิภายใต้กรมธรรม์เลขที่ |
| 2. | ชื่อโรงพยาบาล /คลินิกที่ทำการรักษาทันตกรรม วันที่รับการรักษาทางทันตกรรม |
| 3. | โปรดระบุสาเหตุและอาการ |
| 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"/> ขอให้โอนเงินเข้าบัญชีผ.านช.องทางธนาคาร (หากมีค.าใช้จ.ายใด ๆ เกิดขึ้นให้ถือเป็นภาระรับผิดชอบของข้าพเจ้า) ชื่อบัญชีประเภทบัญชี <input type="checkbox"/> ออมทรัพย์ <input type="checkbox"/> กระแสรายวัน เลขที่ ชื่อบริษัทสาขาจังหวัด ***พร้อมนี้ได้ถ่ายสำเนาสมุดบัญชีธนาคารและรับรองสำเนาถูกต้องแนบมาด้วย*** |
| <p>ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใด ที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ</p> <p>ลงชื่อ ผู้ทำการแทน ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย (.....) (.....) วันที่ / / วันที่ / / ความสัมพันธ์</p> <p>(เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)</p> | |

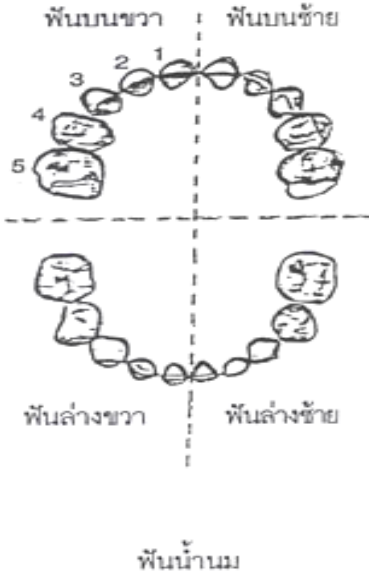
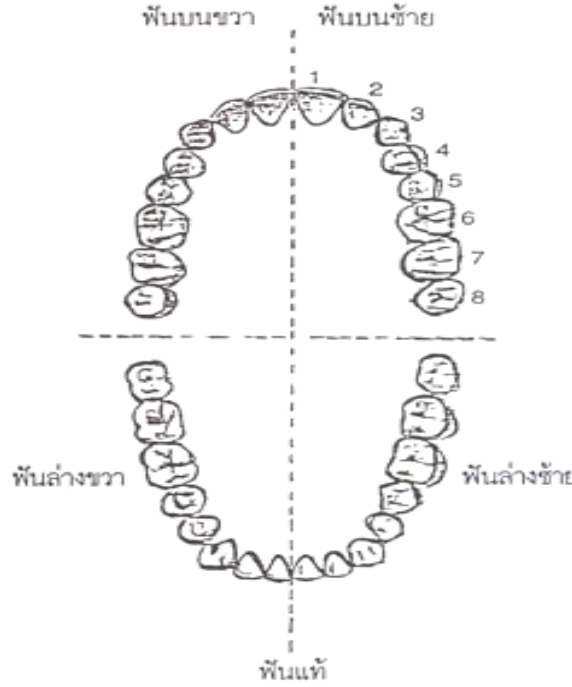
กรุณาส่งเอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทนได้ที่



**แผนกสินไหมทดแทน
 ตู้ ปณ.108 ปณจ. บางรัก
 กรุงเทพฯ 10500**

ใบรายงานแพทย์

ส่วนที่ 2. สำหรับแพทย์ผู้รักษาโรคข้อต่อ

| |
|---|
| 1. Patient's Name Age Years Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female ID No Patient Ref. No..... Date of Treatment..... |
| *** 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: center;">  </div> </div> |

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 | | | D3240 | Pulpal therapy - posterior, primary | <input type="checkbox"/> |
| D1201 | Fluoride with prophylaxis – child | <input type="checkbox"/> | D3310 | Root canal, anterior | <input type="checkbox"/> |
| D1203 | Fluoride w/o prophylaxis – child | <input type="checkbox"/> | D3320 | Root canal, bicuspid | <input type="checkbox"/> |
| D1204 | Fluoride w/o prophylaxis – adult | <input type="checkbox"/> | D3330 | Root canal, molar | <input type="checkbox"/> |
| D1205 | Fluoride with prophylaxis - adult | <input type="checkbox"/> | D3331 | Root canal obstruction | <input type="checkbox"/> |
| Filling | | | D3333 | Root repair | <input type="checkbox"/> |
| D1351 | Sealant - per tooth | <input type="checkbox"/> | D3333 | Root repair | <input type="checkbox"/> |
| D2110 | Amalgam-1 surface, primary | <input type="checkbox"/> | D3346 | Retreat prior root canal-anterior | <input type="checkbox"/> |
| D2120 | Amalgam-2 surfaces, primary | <input type="checkbox"/> | D3347 | Retreat prior root canal-bicuspid | <input type="checkbox"/> |
| D2130 | Amalgam-3 surfaces, primary | <input type="checkbox"/> | D3348 | Retreatment root canal-molar | <input type="checkbox"/> |
| D2131 | Amalgam-4+ surfaces, primary | <input type="checkbox"/> | D3351 | Apexification/recalc- 1st visit | <input type="checkbox"/> |
| D2140 | Amalgam-1 surface, permanent | <input type="checkbox"/> | D3352 | Apexification/recalcification | <input type="checkbox"/> |
| D2150 | Amalgam-2 surfaces, permanent | <input type="checkbox"/> | D3353 | Apexification/recalcification | <input type="checkbox"/> |
| D2160 | Amalgam-3 surfaces, permanent | <input type="checkbox"/> | D3410 | Apicoectomy/periradicular-anterior | <input type="checkbox"/> |
| D2161 | Amalgam-4+ surface, permanent | <input type="checkbox"/> | D3421 | Apicoectomy/periradicular-bicuspid | <input type="checkbox"/> |
| D2330 | Resin-1 surface, anterior | <input type="checkbox"/> | D3425 | Apicoectomy/periradicular-molar | <input type="checkbox"/> |
| D2331 | Resin-2 surfaces, anterior | <input type="checkbox"/> | D3426 | Apicoectomy/periradicular-each root | <input type="checkbox"/> |
| D2332 | Resin-3 surfaces, anterior | <input type="checkbox"/> | D3430 | Retrograde filling - per root | <input type="checkbox"/> |
| D2335 | Resin-4+ surfaces or anterior | <input type="checkbox"/> | D3450 | Root amputation - per root | <input type="checkbox"/> |
| D2380 | Resin-1 surface, post-primary | <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