

 สำนักงานประกันสังคม	แบบคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์ โดยการล้างช่องท้องด้วยน้ำยา และการฉีดยาอิริโทรโปอีติน (รายเดือน) กองทุนประกันสังคม	สำหรับเจ้าหน้าที่ เลขที่รับแจ้ง วันที่รับ ชื่อผู้รับ
--	--	--

สำหรับสถานพยาบาล

1. โรงพยาบาลขอรับค่าบริการทางการแพทย์โดย

การล้างช่องท้องด้วยน้ำยา การฉีดยาอิริโทรโปอีติน

ผู้ประกันตน ชื่อ-สกุล เลขที่บัตรประชาชน

2. แพทย์ผู้ทำการรักษา ชื่อ-สกุล

3. ได้รับการล้างช่องท้องด้วยน้ำยา ในช่วงเดือน..... ระหว่างวันที่ ถึงวันที่ ดังนี้

รายการ	จำนวน	จำนวนเงิน
(1) ค่าน้ำยาล้างช่องท้อง พร้อมอุปกรณ์ (ถุงละ 2000 ซีซี) ถุง บาท
(2) การฉีดยา อิริ โทรโปอีติน ชื่อ..... ขนาด Unit เข็ม บาท
รวมค่าบริการทางการแพทย์ทั้งสิ้น (1) + (2)		

ขอรับรองว่า

1. ได้รับการล้างช่องท้องด้วยน้ำยา การฉีดยาอิริโทรโปอีติน ตามรายการข้างต้นจริง

2. ค่า Hematocrit วันแรกของเดือน เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เท่ากับ %

3. ค่า BUN/Creatinine ทุก 3 เดือน เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เท่ากับ /

และ/..... mg/dl ซึ่งคำนวณค่า Kt/v ได้ เท่ากับ

(ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ)

(.....) (.....)

แพทย์ผู้รักษา/อายุรแพทย์โรคไตผู้รักษา ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

คำรับรองของผู้ประกันตน

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)ขอรับรองว่าได้รับ

รับการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาพร้อมอุปกรณ์

การฉีดยาอิริโทรโปอีติน

ตามรายการ ดังกล่าวจริง

(ลงชื่อ) ผู้ประกันตน

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่พิมพ์คำสั่งประโยชน์ทดแทน

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

กรณีบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร (Chronic Peritoneal Dialysis)

- สำเนาคู่มือแสดงสิทธิฯ หน้า 1 และหน้าซึ่งตรงกับลำดับครั้งที่ในการขอเบิกและรับรองสำเนาพร้อมลงวันที่กำกับ
- สำเนาหลักฐานการจ่ายน้ำยาล้างช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ และสำเนาเวชระเบียนบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ ผู้รักษาในวันที่ผู้ประกันตนมาพบแพทย์ครั้งที่ขอเบิก

กรณีฉีดยาอีริโทรโปอีติน (Erythropoietin)

- สำเนาคู่มือแสดงสิทธิฯ หน้า 1 และหน้าซึ่งตรงกับลำดับครั้งที่ในการขอเบิกและรับรองสำเนาพร้อมลงวันที่กำกับ

ข้อแนะนำ สามารถขอเบิกการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร พร้อมกับการฉีดยา Erythropoietin ได้ในคราวเดียวกัน