



Pre-arrangement Form

แผนกลูกค้าสัมพันธ์ Tel.02-632-8666 Fax.02-632-1133 / Case management section Tel.02-677-0099 Fax.02 235-9099

วันที่แจ้ง.....

Pre - arrangement No.

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ - นามสกุล เลขที่กรมธรรม์

ชื่อบริษัท Effective / Expire Date

ที่อยู่ / หมายเลขโทรศัพท์ ของผู้ป่วย

วคป. ที่จะทำการรักษา ชื่อโรงพยาบาล

เข้ารับการรักษาเรื่อง

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์/โรงพยาบาล หรือบุคคลอื่นใดที่ทำการรักษาข้าพเจ้า แจ้งข้อมูลหรือเปิดเผยประวัติทางการแพทย์และบันทึกการตรวจรักษา ซึ่งรวมถึงโรคจิตประสาทและโรคติดเชื้อไวรัส โรคเอดส์ รวมทั้งสำเนาเอกสารทั้งหมดต่อ บริษัท บupaประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย และให้ถือสำเนาใบยินยอมนี้มีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ผู้เอาประกันยินยอมและตกลงให้บริษัทสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ผู้เอาประกันเข้าพักรักษาเสมือนหนึ่งได้จ่ายให้แก่ผู้เอาประกันตามข้อตกลงและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่า ผู้เอาประกันไม่มีสิทธิที่จะได้รับเงินตามกรมธรรม์นี้ไม่ว่าด้วยสาเหตุใด ๆ ผู้เอาประกันยินยอมชดเชยเงินที่บริษัทได้ทดลองจ่ายไปแล้วทั้งสิ้น คืนแก่บริษัทภายใน 7 วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับคำบอกกล่าว และหากผู้เอาประกันมีสิทธิได้รับเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยอื่นใดจากบริษัท ผู้เอาประกันยินยอมให้หักเงินดังกล่าวได้ตามจำนวนนี้ หากไม่เพียงพอ ผู้เอาประกันจะนำมาชำระจนครบจำนวน

ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย วันที่

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์

DAY CASE IPD CASE

CC

Indication for admission (For admission case only)

ระยะเวลาที่เป็น

การวินิจฉัย

ข้อบ่งชี้ในการรักษา

Expected length of stay

Plan of treatment

Expected cost

Signature

Medical licenses No

สำหรับเจ้าหน้าที่ BUPA

จากการพิจารณาข้อมูลที่ได้รับ บริษัทฯขอเรียนว่า

() ยืนยันสิทธิเบื้องต้น SURGERY _____ %

() ไม่สามารถให้บริการได้ เนื่องจาก

กรณีที่ไม่ได้เข้ารับการรักษามาที่แจ้ง กรุณาตรวจสอบสิทธิอีกครั้ง ใบอนุมัติสิทธินี้ สามารถใช้แทน ใบแจ้งการรักษาส่วนที่ 1 ได้เลย กรุณา Fax ส่วนที่ 2 Attending physician summary และ Invoice มาด้วยเมื่อ discharge ใบอนุมัตินี้สงวนสิทธิ์ให้ความคุ้มครองเฉพาะค่ารักษาที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์และการตรวจรักษาที่อนุมัติเท่านั้น

หมายเหตุ :

ลงชื่อผู้พิจารณา วันที่