



ด่วนที่สุด

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว(กลุ่มงานทันตสาธารณสุข)โทรศ. ๓๗๔๒ ๕๑๔๑-๔ต่อ๑๐๕
ที่ สก ๐๐๓๒.๐๐๖/๑.๑๖๑๖ วันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความร่วมมือแจ้งขอเขตการดำเนินงานตามบันทึกความร่วมมือ เรื่องการให้บริการทางการแพทย์
กรณีทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ ทุกแห่ง

๑. เรื่องเดิม

ตามที่ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ลงนามบันทึกความร่วมมือให้สถานพยาบาลในสังกัด
กระทรวงสาธารณสุขเข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน กับ
ปลัดกระทรวงแรงงาน เมื่อวันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๐ นั้น

๒. ข้อเท็จจริง

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขอความร่วมมือในการแจ้งขอเขตการดำเนินงาน
ตามบันทึกความร่วมมือ เรื่องการให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน เพื่อให้สถานพยาบาล
ที่ให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมในสังกัดได้รับทราบ และสามารถดำเนินการตามบันทึกความร่วมมือ
ดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อย

๓. ข้อพิจารณา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ขอความร่วมมือแจ้งขอเขตการดำเนินงานตาม
บันทึกความร่วมมือ เรื่องการให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน มาเพื่อทราบและแจ้งแก่
สถานพยาบาลในสังกัดของท่านทราบและถือปฏิบัติต่อไป

๔. ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

(นางณัญณี นาคหงษ์)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)
จิตเวชราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

ด่วนที่สุด

ที่ สธ ๐๒๐๙.๐๔.๔/๑๑๖๖๓



ฝ่ายทันตสาธารณสุข
รับที่ 314
วันที่ 15/6/60
เวลา 10.20
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
เลขรับที่ 5199
วันที่ 14 มิ.ย. 2560
เวลา 15.25

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความร่วมมือแจ้งขอขเขตการดำเนินการตามบันทึกความร่วมมือ เรื่องการให้บริการทางการแพทย์
กรณีทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย บันทึกความร่วมมือ เรื่อง การให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน ระหว่าง
กระทรวงแรงงาน และ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ลงนามบันทึกความร่วมมือให้สถานพยาบาลในสังกัด
กระทรวงสาธารณสุขเข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน
กับปลัดกระทรวงแรงงาน เมื่อวันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๐ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย นั้น

ในการนี้ เพื่อให้สถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมในสังกัดได้รับทราบ
และสามารถดำเนินการตามบันทึกความร่วมมือดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อย สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข จึงขอความร่วมมือในการแจ้งขอขเขตการดำเนินการตามบันทึกความร่วมมือ เรื่อง การให้บริการ
ทางการแพทย์กรณีทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน มาเพื่อโปรดทราบและโปรดแจ้งแก่สถานพยาบาลในสังกัด
ของท่านทราบและถือปฏิบัติต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

กลุ่มประกันสุขภาพ

โทร ๐ ๒๕๙๐ ๒๔๒๐

โทรสาร ๐ ๒๕๕๑ ๐๑๑๙

(นางประนอม คำเที่ยง)
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติราชการแทน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เก็บถึง พ.ศ. 256..1..
5/30

เรียน ผ.ม.รสอ.ธรรมนโก

- ศป. ขอตัวร่วมมือแจ้งขอพบปะ
การดำเนินการตามขั้นตอนความร่วมมือ
เรื่องทนาย ข้าราชการกรมการปกครอง ครรชิต
แต่อยู่ประกันคน
- ด่วนกว่า นศ.นพ.รศ.อ.พ.รศ. ท้องรพ./รชอ
- จ้างเงินค่าไปรอด ผิดทาง

๒๕๖๖
15/6/60

ดำเนินการ

OS km

(นางอุทัย นาคพงษ์)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)
ข้าราชการการเมือง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

ติดขัด



บันทึกความร่วมมือ
เรื่อง การให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน
ระหว่าง กระทรวงแรงงาน และ กระทรวงสาธารณสุข

บันทึกความร่วมมือนี้ จัดทำขึ้น ณ กระทรวงแรงงาน ถนนมิตรไมตรี แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ ๑๙ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยกระทรวงแรงงานมีเจตจำนงที่จะสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม จึงได้ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้สถานพยาบาลในสังกัดหน่วยงานดังกล่าวเข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่คณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ กำหนด อันจะเป็นการอำนวยความสะดวกแก่ผู้ประกันตนในการเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม จึงได้ตกลงร่วมกันในการให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ บทนิยาม

ในบันทึกความร่วมมือนี้

“ผู้ประกันตน” หมายความว่า ผู้ประกันตนตามมาตรา ๓๓ บุคคลตามมาตรา ๓๘ วรรคสอง ผู้ประกันตนตามมาตรา ๓๙ และบุคคลตามมาตรา ๔๑ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ มาตรา ๖๒

“สำนักงานประกันสังคม” หมายความว่า สำนักงานประกันสังคม สำนักงานประกันสังคม กรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา

“บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม” หมายความว่า การถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน และผ่าฟันคุด

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ข้อ ๒ เอกสารอันเป็นส่วนหนึ่งของบันทึกความร่วมมือ

เอกสารแนบท้ายบันทึกความร่วมมือดังต่อไปนี้ ให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของบันทึกความร่วมมือนี้

๒.๑ ผนวก ๑ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๕๙

๒.๒ ผนวก ๒ แนวปฏิบัติในการขอรับค่าบริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม และแบบแจ้งคำขอ Userid สำหรับเข้าใช้งานในระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม

๒.๓ หมวด ๓ แนวปฏิบัติการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลที่ยื่นขอรับค่าบริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม และแบบแสดงความจำนงขอรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลรัฐบาล

๒.๔ หมวด ๔ แบบแสดงการใช้สิทธิบริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม

ข้อ ๓ ข้อตกลงการดำเนินการ

๓.๑ สถานพยาบาลตกลงให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน โดยสถานพยาบาลมีหน้าที่ ดังนี้

(๑) ให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมแก่ผู้ประกันตนที่มีสิทธิเช่นเดียวกันกับการให้บริการทางการแพทย์แก่คนไข้อื่นในการดำเนินการปกติของสถานพยาบาล โดยสถานพยาบาลจะไม่เรียกเก็บเงินค่าบริการทางการแพทย์จากผู้ประกันตน ยกเว้น ค่าบริการทางการแพทย์เฉพาะส่วนที่เกินจากอัตราที่ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับ

(๒) ก่อนการให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน สถานพยาบาลต้องดำเนินการตรวจสอบสิทธิของผู้ประกันตนจากเลขที่บัตรประจำตัวประชาชนหรือเลขบัตรประกันสังคมของคนต่างด้าวกับระบบการจ่ายประโยชน์ทดแทนทางอิเล็กทรอนิกส์ในเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสังคม โดยให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนด และสถานพยาบาลมีสิทธิเรียกเก็บเงินค่าบริการทางการแพทย์ส่วนที่เกินสิทธิจากผู้ประกันตน

ทั้งนี้ สถานพยาบาลจะต้องแจ้งให้ผู้ประกันตนทราบก่อนการให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมในส่วนของเงินค่าบริการทางการแพทย์ส่วนที่เกินสิทธิโดยละเอียด และต้องได้รับความยินยอมโดยชัดแจ้งจากผู้ประกันตนด้วย ตามแบบที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดในภาคผนวก ๔

(๓) แจ้งและประชาสัมพันธ์ให้ผู้ประกันตนทราบว่า ได้เข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลเพื่อให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน

(๔) ดำเนินการอื่นๆ ตามที่กำหนดไว้ในหมวด ๒ และหมวด ๓

(๕) ต้องจัดส่งข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมและค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนที่มีสิทธิตามข้อ ๓.๑ (๒) ให้แก่สำนักงานประกันสังคมผ่านระบบเว็บการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมในเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสังคมเป็นรายวัน เพื่อการเบิกเงินค่าบริการทางการแพทย์

ในกรณีที่สถานพยาบาลไม่สามารถจัดส่งข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมและค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนที่มีสิทธิให้แก่สำนักงานประกันสังคมผ่านระบบเว็บการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมในเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสังคมได้ สถานพยาบาลต้องดำเนินการแจ้งให้สำนักงานประกันสังคมทราบโดยเร็ว

(๖) จะต้องไม่โอนสิทธิประโยชน์หรือสิทธิเรียกร้องใดๆ ตามบันทึกข้อตกลงนี้ให้แก่ผู้อื่น เว้นแต่ได้รับความยินยอมโดยชัดแจ้งจากสำนักงานประกันสังคม

๓.๒ สำนักงานประกันสังคม มีหน้าที่ดำเนินการ ดังนี้

(๑) แจ้งและประชาสัมพันธ์ให้ผู้ประกันตนทราบถึงหลักเกณฑ์ แนวปฏิบัติ สิทธิที่มีรวมทั้งผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินส่วนที่เกินจากสิทธิที่มี

(๒) จัดระบบเว็บไซต์ให้รองรับการใช้งานของสถานพยาบาล

(๓) พิจารณาวินิจฉัยจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ทันตกรรม ตามข้อ ๓.๑ (๕) โดย พิจารณาวินิจฉัยตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดไว้ในผนวก ๑ และจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ทันตกรรม ตามเงื่อนไขและภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ในผนวก ๒

(๔) มีสิทธิมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ของสำนักงานประกันสังคมเข้าไปดำเนินการ ตรวจสอบสถานพยาบาลหรือบริการต่างๆ ที่สถานพยาบาลให้บริการทางการแพทย์ทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน โดยสถานพยาบาลจะต้องอำนวยความสะดวกและให้ความช่วยเหลือในการนั้นตามสมควร

๓.๓ กำหนดระยะเวลาให้บริการทางการแพทย์ทันตกรรม

(๑) ระบบการตรวจสอบสิทธิของผู้ประกันตน และระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ทันตกรรม ทางอิเล็กทรอนิกส์ในเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสังคม มีความพร้อมในการดำเนินการ ตั้งแต่วันที่.....๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐.....เป็นต้นไป

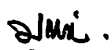
(๒) สถานพยาบาลรับดำเนินการให้บริการทางการแพทย์ทันตกรรมแก่ ผู้ประกันตน ตั้งแต่วันที่.....๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐.....เป็นต้นไป

ข้อ ๔ การปรับปรุง เปลี่ยนแปลง แก้วไข และการยกเลิกความร่วมมือ

๔.๑ การปรับปรุง เปลี่ยนแปลง แก้วไขและ/หรือเพิ่มเติมบันทึกความร่วมมือจะต้องได้รับความยินยอมจากทั้งสองฝ่าย โดยจัดทำเป็นลายลักษณ์อักษรและลงนามโดยผู้แทนของหน่วยงานทั้งสองฝ่าย แนบท้ายบันทึกความร่วมมือนี้ และให้ถือว่าการแก้ไขเพิ่มเติมดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของบันทึกความร่วมมือนี้

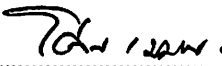
๔.๒ บันทึกความร่วมมือนี้ หากฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดประสงค์จะยกเลิก ให้เป็นเอกสิทธิ์ของแต่ละฝ่าย โดยให้แจ้งอีกฝ่ายหนึ่งทราบล่วงหน้าเป็นหนังสือไม่น้อยกว่า ๖๐ วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้ง

บันทึกความร่วมมือนี้ทำขึ้น ๒ ฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน เมื่อกระทรวงแรงงานและ กระทรวงสาธารณสุข ได้อ่านและเข้าใจข้อความโดยละเอียดตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ และต่างยึดถือไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

ลงชื่อ..........

(หม่อมหลวงปิ่นสุภาวดี สมิตี)

ปลัดกระทรวงแรงงาน

ลงชื่อ..........

(นายแพทย์โสภณ เมฆธน)

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑๙ พ.ค. ๒๕๖๐



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน เพื่อเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕(๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม
พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการการแพทย์
โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคมและที่ปรึกษา จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกความใน (๑๔) (ก) ของข้อ ๘ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม
โดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์
และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่
๙ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ และให้ใช้ข้อความดังต่อไปนี้แทน

“(๑๔) ทัศนกรรม ยกเว้น

(ก) การถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน และผ่าตัดฟันคุด ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับ
ค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นในอัตราไม่เกินเก้าร้อยบาทต่อปี

ในกรณีที่ผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลที่ทำความตกลง
กับสำนักงาน ให้ผู้ประกันตนจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้กับสถานพยาบาลเฉพาะที่นอกเหนือจากอัตรา
ที่กำหนดในวรรคหนึ่ง

ให้สถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์ตามวรรคสองมีสิทธิขอรับค่าบริการทางการแพทย์
ไม่เกินอัตราที่กำหนดในวรรคหนึ่ง”

ข้อ ๓ ผู้ใดมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศ
คณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตรา
สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๕๕
อยู่ก่อนวันที่ประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับอยู่เพียงใด ให้ผู้นั้นมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์นั้นต่อไป
จนครบตามสิทธิ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙

(นายชาติรี บานชื่น)

ประธานกรรมการการแพทย์

แนวปฏิบัติในการขอรับค่าบริการทางการแพทย์ทันตกรรม

ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๕๙ กำหนดให้สถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคม ในการให้บริการทางการแพทย์ทันตกรรม สำหรับการถอนฟัน อุดฟัน ซุดหินปูน และผ่าฟันคุดมีสิทธิขอรับค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นในอัตราไม่เกินเก้าร้อยบาทต่อปีจากสำนักงานประกันสังคม และสามารถเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์นอกเหนือจากอัตราดังกล่าวได้จากผู้ประกันตน

สำนักงานประกันสังคมจึงได้กำหนดแนวปฏิบัติในการขอรับค่าบริการทางการแพทย์ทันตกรรม เพื่อให้สถานพยาบาลที่มีสิทธิรับค่าบริการทางการแพทย์ถือปฏิบัติ ดังนี้

๑. สถานพยาบาลต้องแจ้งชื่อเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการธุรกรรมผ่านระบบบริการทางการแพทย์ทันตกรรม ตามแบบแจ้งคำขอ Userid สำหรับใช้งานในระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ทันตกรรม

๒. สถานพยาบาลจะต้องส่งข้อมูลการใช้บริการทันตกรรมและค่ารักษาพยาบาลของผู้ประกันตนในระบบเว็บของสำนักงานประกันสังคมภายในวันที่ให้บริการ เพื่อขอรับค่าบริการทางการแพทย์ทันตกรรมตามหลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์ทันตกรรมที่คณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ กำหนด ตามคู่มือการใช้งานระบบทันตกรรม

๓. สถานพยาบาลต้องตรวจสอบข้อมูลการขอรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ทันตกรรมจากรายงานประจำวันซึ่งสามารถจัดทำสำเนาข้อมูลได้จากระบบเว็บของสำนักงานประกันสังคม และเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละวันไว้เพื่อใช้ในการตรวจสอบกับจำนวนเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่ได้รับจากสำนักงานประกันสังคมตามระยะเวลาที่กำหนด

แบบแจ้งคำขอ Userid สำหรับเข้าใช้งานในระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม

1. ข้อมูลสถานพยาบาล

ชื่อสถานพยาบาล

Email adress กลางของสถานพยาบาล (สำหรับประสานงานในการแจ้งการดำเนินการทางธุรกรรมกรณีทันตกรรม)

.....

2. ข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการธุรกรรมผ่านระบบบริการทางการแพทย์ทันตกรรม

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน	Email Adress

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจลงนาม

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ ขอให้กรอกข้อมูลสถานพยาบาล และข้อมูลเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลที่ได้รับมอบหมายในการเข้าใช้ระบบ Web Application กรณีทันตกรรม พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนของเจ้าหน้าที่สถานพยาบาล ส่งให้สำนักงานประกันสังคมเพื่อกำหนด User และ Password ให้ต่อไป

แนวปฏิบัติการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลที่ยื่นขอรับค่าบริการทางการแพทย์ทันตกรรม

การจ่ายเงินให้สถานพยาบาล

1. สถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการกับสำนักงานประกันสังคมจะทำบันทึกข้อตกลงพร้อมยื่นแบบแสดงความจำนงขอรับเงินโดยวิธีโอนเงินผ่านธนาคาร ได้ 2 ธนาคาร คือธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) และธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) และแนบเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นแบบแสดงความจำนงพร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง ดังนี้

- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ หน้าที่ระบุชื่อสถานพยาบาล (รัฐบาล) หรือชื่อนิติบุคคล (เอกชน) และเลขที่บัญชีเงินฝาก
- สำเนาคำสั่งแต่งตั้งผู้มีอำนาจ (สถานพยาบาลรัฐ)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีอำนาจ

ทั้งนี้ หากมีการเปลี่ยนแปลงเลขที่บัญชี หรือผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สป.7) หรือชื่อนิติบุคคล สถานพยาบาลต้องแจ้งให้สำนักงานประกันสังคมทราบทันที และยื่นแบบแสดงความจำนงใหม่

2. ค่าธรรมเนียมในการโอนเงินสถานพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าธรรมเนียม ดังนี้

	ในเขตเคลียริง	นอกเขตเคลียริง
--	---------------	----------------

- ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) รายการละ 6 บาท 10 บาท
- ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) รายการละ 7 บาท 10 บาท

3. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ /จังหวัด /สาขา จะทำการโอนเงินให้สถานพยาบาล ภายในวันศุกร์ของทุกสัปดาห์

4. หลังจากได้รับหนังสือแจ้งการจ่ายเงิน สถานพยาบาลออกไปเสร็จรับเงินด้วยยอดเงินก่อนหักภาษี ณ ที่จ่าย พร้อมส่งแบบแสดงการใช้สิทธิกรณีทันตกรรมของผู้ประกันตนให้ตรงกับรายชื่อผู้ประกันตนที่สำนักงานประกันสังคมแจ้ง ภายใน 7 วัน นับจากวันที่ได้รับหนังสือแจ้ง

.....

กองบริหารการเงิน และการบัญชี
สำนักงานประกันสังคม

แบบแสดงความจำนงขอรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลรัฐบาล

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่

ถนน..... ตรอก/ซอย

ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต

จังหวัด

ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจลงนามของโรงพยาบาล

ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจลงนามของโรงพยาบาล

ที่ทำการตั้งอยู่ที่ หมู่ที่ ถนน

ตรอก/ซอย

ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต

จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี (นิติบุคคล 13 หลัก)

เลขที่

Email.....

ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงขอรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ จากสำนักงานประกันสังคม

โดย โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของสถานพยาบาล ดังนี้

ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) เลขที่บัญชี.....

ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) เลขที่บัญชี.....

โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารหักค่าธรรมเนียมโอนเงินทางธนาคารจากจำนวนเงินที่ได้รับ

ในแต่ละครั้งจากบัญชีข้างต้น และจะดำเนินการส่งใบเสร็จรับเงินให้สำนักงานประกันสังคม ภายใน

๗ วัน นับแต่ได้รับทราบการโอนเงิน

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานดังต่อไปนี้

สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร ซึ่งระบุชื่อนิติบุคคลและเลขที่บัญชี

คำสั่งแต่งตั้งผู้มีอำนาจ

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวข้าราชการ

เอกสารสำเนาต้องมีการรับรองสำเนาถูกต้องของผู้มีอำนาจ

ดังนั้น ข้าพเจ้าซึ่งเป็นผู้มีอำนาจลงนามของ โรงพยาบาล

จึงขอลงลายมือชื่อเพื่อยืนยันความประสงค์ในการขอรับเงินครั้งนี้ไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

แบบแสดงการขอใช้สิทธิบริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม
สำหรับผู้ประกันตน

ชื่อสถานพยาบาล..... รหัสสถานพยาบาล.....

วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับบริการ

๑. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... โทรศัพท์.....

๒. ก่อนการเข้ารับบริการทันตกรรม ข้าพเจ้าทราบว่าสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ทันตกรรมจากกองทุน
ประกันสังคมเป็นจำนวนเงิน ๙๐๐ บาท ต่อปี และข้าพเจ้ามีวงเงินตามสิทธิขอรับบริการคงเหลือ.....บาท

๓. ข้าพเจ้าได้รับบริการทันตกรรม ในกรณี

ถอนฟัน จำนวน ซี่

อุดฟัน จำนวน ซี่

ผ่าฟันคุด จำนวน ซี่

ชุดหินปูน

รวมเป็นเงินทั้งสิ้นบาท โดยยินยอมให้สถานพยาบาลเป็นผู้เบิกค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าว
เป็นจำนวนเงิน บาท และได้จ่ายค่าบริการทันตกรรมส่วนเกินเป็นจำนวนเงิน บาท

ลงชื่อ..... ผู้ยื่นคำขอ

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้รักษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะไม่นำใบเสร็จรับเงินส่วนเกินจากสิทธิที่จ่ายไปขอรับเงินจากสำนักงานประกันสังคมอีก และ
หากปรากฏภายหลังว่า ข้าพเจ้าไม่มีสิทธิหรือใช้บริการเกินสิทธิไป ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้เงินส่วนเกินที่ไม่มีสิทธิดังกล่าว
ให้แก่สำนักงานประกันสังคม