คณะวิศวกรรมศาสตร์
เลขที่ 2319
วันที่ 28/11/62
เวลา 10.56

สาขาวิศวกรรมไฟฟ้า
เลขทะเบียนรับ 329
วันที่ 04 ธ.ค. 2562
เวลา 09.34 น.

ที่ อว ๐๖๕๕/๕๓๕

ถึง หัวหน้าหน่วยงานในสังกัดมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย (พื้นที่สงขลา)

พร้อมหนังสือนี้ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย ได้จัดส่งหนังสือโรงพยาบาลศิครินทร์ หาดใหญ่ เรื่อง การเข้าร่วมโรงพยาบาลรับผู้ป่วยประกันสังคม ประจำปี ๒๕๖๓ ลงวันที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ มาเพื่อประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรทราบโดยทั่วกัน ซึ่งสามารถดาวน์โหลดเอกสารได้จาก http://personnel.rmutsv.ac.th /หัวข้อข่าวประชาสัมพันธ์

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย
๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

กองบริหารงานบุคคล สำนักงานอธิการบดี
โทร ๐ ๗๔๓๑ ๗๑๒๖
โทรสาร ๐ ๗๔๓๑ ๗๑๒๗

เรียน คณบดี
- เพื่อโปรดพิจารณา
โรงพยาบาลศิครินทร์
เข้าร่วมโรงพยาบาลรับป่วยประกันสังคม
เริ่ม 1 ม.ค. 63 เป็นต้นไป โดยรับสำนัก
ผู้ประกันตน ตั้งแต่ 70,000 คน
- มอบตามบุคลากร แล้ว ผู้เกี่ยวข้องทราบ
ศิริกานต์ (ตาม)
28 พ.ย. 62

เรียน คณบดี
- เพื่อโปรดทราบ
- เพื่อการมอบหมายบุคลากรดำเนินการ

ศิริกานต์
28 พ.ย. 62

ประชาสัมพันธ์ ออนไลน์ทุกหลักสูตร
3/ธ.ค./62

ลงนามแล้ว
28 พ.ย. 62

โรงพยาบาลศิครินทร์ หาดใหญ่
SIKARIN HATYAI HOSPITAL
www.sikarinhadyai.com

ISO9001 CERTIFIED

รับที่ 7846
๒๐ พ.ย. ๒๕๖๒
15.07 น.

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย
เลขรับ 5486
วันที่ 18 พ.ย. 2562
เวลา 13.30 น.

SK62/26-632

4 พฤศจิกายน 2562

กองบริหารงานบุคคล
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย
เลขที่รับ 3278
วันที่ 18 พ.ย. 2562
เวลา 15.45 น.

เรื่อง การเข้าร่วมโรงพยาบาลรับผู้ป่วยประกันสังคม ประจำปี 2563

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย สงขลา

เพื่อสนับสนุนนโยบายรัฐบาลในการลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐ ซึ่งต้องให้บริการทั้งผู้ป่วยบัตรทอง ผู้ป่วยประกันสังคม และผู้ป่วยประเภทอื่น ๆ ขณะที่ผู้ป่วยประกันสังคม อยู่ในรูปแบบของ Co-payment (นายจ้าง-ลูกจ้าง-รัฐ เป็นผู้จ่ายเงิน) โดยหลักการแล้ว ควรได้รับสิทธิ์ในการรักษาพยาบาลที่ดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ที่ภาครัฐเป็นผู้รับผิดชอบงบประมาณค่ารักษาเพียงฝ่ายเดียว

ในการนี้ โรงพยาบาลศิครินทร์ หาดใหญ่ ได้ทำงานร่วมกับสำนักงานประกันสังคมมาระยะหนึ่งแล้ว จึงได้เข้าร่วมโรงพยาบาลรับผู้ป่วยประกันสังคม ซึ่งจะเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 เป็นต้นไป โดยจำกัดผู้ประกันตนที่จะรับไว้เพียง 75,000 คน (จากโควตาที่ได้รับจากสำนักงานประกันสังคม 130,000 คน) เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างเรียบร้อย โรงพยาบาลฯ จึงได้กำหนดขั้นตอนการดำเนินการที่สำคัญปรากฏตามเอกสารที่แนบมา

จึงเรียนมาเพื่อประชาสัมพันธ์และเชิญชวนเลือกโรงพยาบาลศิครินทร์ หาดใหญ่ เป็นสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ ประจำปี 2563

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์ปัญญา สิทธิวรากุล)
รองกรรมการผู้จัดการด้านการแพทย์

169 ถนนนิพัทธ์สงเคราะห์ 1 อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110 โทร 074-310310 (อัตโนมัติ) แฟกซ์ 074-310399

ขั้นตอนการเปลี่ยนโรงพยาบาลเพื่อรับบริการทางการแพทย์ ประจำปี 2563

วันที่	กิจกรรม	รายละเอียดและผู้เกี่ยวข้อง
18-31 ต.ค. 2562	-ส่งหนังสือแจ้งและประชาสัมพันธ์ให้นายจ้าง/ลูกจ้างในสถานประกอบการเป้าหมายรับทราบ	-โรงพยาบาลฯ ส่งจดหมาย และโบชัวร์ประชาสัมพันธ์ให้สถานประกอบการ -โรงพยาบาลฯ โทรศัพท์ประสานงานกับฝ่ายทรัพยากรบุคคลของสถานประกอบการ
1 พ.ย.-15 ธ.ค. 2562	-เข้าอำนวยความสะดวก ในการกรอกแบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส. 9-02) ของพนักงานประจำปี 2563	-โรงพยาบาลฯ จะส่งพนักงานไปอำนวยความสะดวกในการแจกและจัดเก็บแบบสปส.9-02 และถ่ายสำเนาบัตรประชาชนเพื่อใช้ประกอบการเปลี่ยนโรงพยาบาล
16-30 ธ.ค. 2562	-ส่งแบบสปส.9-02 ให้สำนักงานประกันสังคม เพื่อคีย์เปลี่ยนโรงพยาบาล	-โรงพยาบาลฯ หรือฝ่ายบุคคลแล้วแต่จะตกลงกันเป็นผู้นำส่งให้สำนักงานประกันสังคม
1 ม.ค. 2563	-สิทธิ์ในการรักษาพยาบาลของพนักงาน เกิดที่โรงพยาบาลศิครินทร์หาดใหญ่	-การแจ้งเลือกสถานพยาบาล สามารถดำเนินการได้ถึง 31 มีนาคม 2563 โดยสิทธิ์จะเกิดขึ้นทุกวันที่ 1 หรือวันที่ 16 หลังจากส่งแบบสปส.9-02

หมายเหตุ : การขอเปลี่ยนสถานพยาบาลสามารถดำเนินการได้ถึง 31 มีนาคม 2563 แต่เพื่อให้สิทธิ์ในการรักษาพยาบาลเกิดขึ้นทันวันที่ 1 มกราคม 2563 จึงควรขอเปลี่ยนและส่งแบบ สปส.9-02 ภายในเดือนธันวาคม 2562

ผู้ติดต่อประสานงาน :

นายกฤษกมล อินตรา 099-4419153
นางสาวไหมแพร นามเสน 098-5693947

ที่ สข ๐๐๓๒.๑๐๑.๓/๑๗๐๖๑

โรงพยาบาลหาดใหญ่
๑๘๒ ถนนรัถการ อำเภอหาดใหญ่
จังหวัดสงขลา ๙๐๑๑๐

๑ ตุลาคม ๒๕๖๒

เรื่อง สถานพยาบาลระดับ Supra Contractor ประกันสังคมปี ๒๕๖๓

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิครินทร์ หาดใหญ่

อ้างถึง หนังสือที่ SK ๖๒/๗๔-๐๖๗ ลงวันที่ ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๒

ตามหนังสือที่อ้างถึง โรงพยาบาลศิครินทร์ หาดใหญ่ ได้สมัครเข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลประกันสังคม เพื่อให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ในปี ๒๕๖๓ และต้องมีการจัดหาสถานพยาบาลระดับ Supra Contractor

ดังนั้น โรงพยาบาลหาดใหญ่ ได้พิจารณารับเป็นสถานพยาบาลระดับ Supra Contractor รับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศิครินทร์ หาดใหญ่ ตั้งแต่ ๑ มกราคม ๒๕๖๓ เป็นต้นไป โดยมีแนวปฏิบัติดังนี้

๑. รับส่งต่อจากโรงพยาบาลศิครินทร์ หาดใหญ่ พร้อมรับรองการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล

๒. โรงพยาบาลหาดใหญ่จะบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาลเข้าโปรแกรม SIP๐๙ ในโครงการประกันสังคม

๓. โรงพยาบาลหาดใหญ่จะเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามค่ารักษาจริง และโรงพยาบาลศิครินทร์ หาดใหญ่ ตามจ่ายภายใน ๓๐ วัน หลังการเรียกเก็บ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายพีระพงษ์ ภาวสุทธิไพศิฐ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่

- ทราบ
- เจ้าหน้าที่ดำเนินการ

๕ ต.ค. ๖๒

กลุ่มงานประกันสุขภาพ
โทร. ๐ ๗๔๒๗ ๓๑๐๐ ต่อ ๒๒๑๔ , ๒๒๑๖
โทรสาร ๐ ๗๔๒๗ ๓๒๑๓

โรงพยาบาลศิครินทร์ หาดใหญ่
SIKARIN HATYAI HOSPITAL
www.sikarinhatyai.com

ISO9001 CERTIFIED

ที่ SK 62/74-066

62-010054
2 ธ.ค. 2562
15.12

24 กรกฎาคม 2562

เรื่อง ขอให้เป็นโรงพยาบาลระดับ Supra Contractor ปี 2563

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

เนื่องด้วยโรงพยาบาลศิครินทร์ หาดใหญ่ ได้สมัครเข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลประกันสังคมในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนประจำปี 2563 ดังนั้นทางโรงพยาบาลศิครินทร์ หาดใหญ่ จึงเรียนมาเพื่อขอให้โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พิจารณารับเป็น Supra Contractor ให้กับโรงพยาบาลศิครินทร์ หาดใหญ่ ทั้งนี้ โรงพยาบาลศิครินทร์ หาดใหญ่รับที่จะปฏิบัติตามกฎเกณฑ์และเงื่อนไขของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและขอขอบพระคุณล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์ปัญญา สิทธิวรากุล)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิครินทร์ หาดใหญ่

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์เรืองศักดิ์ ลีอินทวรรณ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

169 ถนนนิพัทธ์สงเคราะห์ 1 อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110 โทร. 074-310310 (อัตโนมัติ) แฟกซ์ 074-310399
169 NIPHATSONGKHRO 1 RD. HATYAI SONGKHLA TEL. 074-310310 (AUTOMATIC) FAX. 074-310399

สปส. 9-02

แบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์

เลขที่รับ .....
วันที่ ..... เวลา .....
ลงชื่อ ..... ผู้รับ

1. รายละเอียดผู้ประกันตน

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นางสาว ☐ นาง ..... ชื่อสกุล .....

เลขประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ เกิด วันที่ .....เดือน ..... พ.ศ. .....
(สำหรับคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม)

สำหรับผู้ประกันตนมาตรา 33

ปัจจุบันทำงานกับสถานประกอบการชื่อ .....

เลขที่บัญชี ☐☐-☐☐☐☐☐☐☐-☐

ลำดับที่สาขา ☐☐☐☐☐☐

เข้างานเมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ได้รับค่าจ้างงวดสุดท้ายเมื่อเดือน ..... พ.ศ. .....

สำหรับผู้ประกันตนมาตรา 39 และบุคคลตามมาตรา 38 และมาตรา 41

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย .....

ถนน ..... แขวง/ตำบล .....

เขต/อำเภอ .....จังหวัด .....

รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์มือถือ .....

ชื่อสถานประกอบการสุดท้ายที่ทำงาน .....

เลขที่บัญชี ☐☐-☐☐☐☐☐☐☐-☐

ลำดับที่สาขา ☐☐☐☐☐☐

สิ้นสภาพความเป็นลูกจ้างเมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

2. การเลือกสถานพยาบาล

☐ ยังไม่ได้เลือกสถานพยาบาล
☐ ขอใช้สถานพยาบาลเดิม (กรณี มาตรา 38 และ 41)
☐ ขอเปลี่ยนสถานพยาบาล (โปรดระบุเหตุผล)

เหตุผล
☐ เปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี
☐ เปลี่ยนสถานพยาบาลระหว่างปี

เนื่องจาก
☐ ย้ายที่อยู่
☐ เปลี่ยนสถานที่ทำงาน
☐ อื่นๆ (ระบุ) .....

☐ ข้าพเจ้า (ผู้ประกันตน/คนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ)
ขอเลือกสถานพยาบาล

ลำดับที่ 1 ชื่อ ..... ☐☐☐☐☐☐☐☐

หากไม่สามารถจัดสถานพยาบาลลำดับที่ 1 ให้ได้ จะจัดสถานพยาบาลลำดับถัดไปให้ตามลำดับ

ลำดับที่ 2 ชื่อ ..... ☐☐☐☐☐☐☐☐

ลำดับที่ 3 ชื่อ ..... ☐☐☐☐☐☐☐☐

☐ ข้าพเจ้าคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน ขอรับบริการสาธารณสุขจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ขณะที่ข้าพเจ้าเลือกหรือเปลี่ยนสถานพยาบาลใหม่ ข้าพเจ้าไม่ได้นอนพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลใดๆ และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ ..... ผู้ประกันตน/ ผู้มีสิทธิ
(.....)
ลงวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

สำหรับเจ้าหน้าที่

ความเห็นเจ้าหน้าที่
☐ เห็นสมควรจัดสถานพยาบาล
☐ ไม่เห็นสมควรจัดสถานพยาบาล ระบุเหตุผล .....
.....

ลงชื่อ ..... เจ้าหน้าที่
(.....)
ลงวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

สำนักงานประกันสังคมยกเลิกการพิมพ์บัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล ตั้งแต่ปี 2561 เป็นต้นไป
โดยสามารถตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาลได้ที่ www.sso.go.th หรือ สายด่วนประกันสังคม โทร. 1506

คำชี้แจง

1. สิทธิในการรับบริการทางการแพทย์เกิดขึ้นต่อเมื่อภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อนวันรับบริการทางการแพทย์ได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือนและผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิได้ตลอดอายุตลอดความเป็นผู้ประกันตน กรณีสิ้นสภาพจากความเป็นผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิต่อไปได้อีก 6 เดือนนับแต่วันที่สิ้นสภาพ
2. เมื่อไปรับบริการทางการแพทย์ ผู้ประกันตนคนไทยต้องแสดงบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ กรณีคนต่างด้าวต้องแสดงบัตรประกันสังคมและหนังสือเดินทาง (Passport) หรือบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย

1. การกรอกแบบรายละเอียดผู้ประกันตน

1.1 ให้ผู้ประกันตนทำเครื่องหมาย ☑ ในช่อง หน้าคำหน้านาม เช่น กรณีเป็นเพศชาย ให้ทำเครื่องหมาย ☑ นาย แล้วกรอก ชื่อ – สกุลให้ชัดเจนและครบถ้วน กรอก วัน เดือน ปีเกิด ให้ถูกต้องตามบัตรประจำตัวประชาชน

1.2 ให้กรอกเลขประจำตัวประชาชนให้ครบ 13 หลัก ตามบัตรประจำตัวประชาชน หากเป็นผู้ประกันตนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม

1.3 ผู้ประกันตนที่ทำงานกับนายจ้างกรอกข้อมูลในช่อง สำหรับผู้ประกันตนมาตรา 33 ผู้ประกันตนที่นำส่งเงินสมทบด้วยตนเอง หรือลาออกจากการทำงานให้กรอกข้อมูลในช่อง สำหรับผู้ประกันตนมาตรา 39 และบุคคลตามมาตรา 38 และมาตรา 41

1.4 การกรอกข้อมูลช่อง สำหรับผู้ประกันตนมาตรา 33

1.4.1 ชื่อสถานประกอบการ ให้กรอกชื่อสถานประกอบการ ที่แจ้งขึ้นทะเบียนนายจ้างไว้กับสำนักงานประกันสังคม

1.4.2 เลขที่บัญชี ให้กรอกเลขที่บัญชีนายจ้าง ตามที่ได้ขึ้นทะเบียนนายจ้างไว้กับสำนักงานประกันสังคม (ถ้าทราบ)

1.4.3 ลำดับที่สาขา ให้กรอกเลขที่สาขา (ถ้าทราบ) หากเป็นสำนักงานใหญ่หรือเป็นกิจการซึ่งไม่มีสาขา ให้กรอก 000000

1.4.4 วันที่ผู้ประกันตนเข้าทำงาน ให้กรอก วัน เดือน ปี ที่เข้าทำงาน

1.4.5 ได้รับค่าจ้างสุดท้ายเมื่อเดือน พ.ศ. ให้กรอกเดือนและ พ.ศ. ที่ได้รับค่าจ้างเดือนสุดท้ายจากนายจ้าง

1.5 การกรอกข้อมูลช่อง สำหรับผู้ประกันตนมาตรา 39 และบุคคลตามมาตรา 38 และมาตรา 41

1.5.1 ที่อยู่ปัจจุบัน ให้กรอกที่อยู่ปัจจุบันโดยละเอียดได้แก่ เลขที่ตั้ง หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์ พร้อมด้วย หมายเลขโทรศัพท์มือถือ เพื่อที่สำนักงานจะได้ส่งข้อความสั้น (SMS) แจ้งผลการเลือกสถานพยาบาลและข้อมูลอื่น ๆ ให้แก่ผู้ประกันตน หากผู้ประกันตนเปลี่ยนแปลงหมายเลขโทรศัพท์มือถือควรแจ้งแก่สำนักงานประกันสังคมทุกครั้งเพื่อการติดต่อสื่อสารที่รวดเร็ว และเป็นประโยชน์แก่ผู้ประกันตน

1.5.2 ชื่อสถานประกอบการสุดท้ายที่ทำงาน ให้กรอกชื่อสถานประกอบการสุดท้ายที่ทำงาน

1.5.3 เลขที่บัญชี ให้กรอกเลขที่บัญชีนายจ้าง ตามที่ได้ขึ้นทะเบียนนายจ้างไว้กับสำนักงานประกันสังคม (ถ้าทราบ)

1.5.4 ลำดับที่สาขา ให้กรอกเลขที่สาขา (ถ้าทราบ) หากเป็นสำนักงานใหญ่หรือเป็นกิจการซึ่งไม่มีสาขา ให้กรอก 000000

1.5.5 สิ้นสภาพความเป็นลูกจ้างเมื่อวันที่ ให้กรอกวันที่ เดือน และ พ.ศ. ที่สิ้นสภาพความเป็นลูกจ้าง

2. การกรอกเลือกสถานพยาบาล

2.1 ข้อมูลทั่วไป ให้ทำเครื่องหมาย ☑ หน้าช่อง ยังไม่ได้เลือกสถานพยาบาลหรือ ขอใช้สถานพยาบาลเดิมหรือ ขอเปลี่ยนสถานพยาบาล **เพียงช่องเดียว**

2.1.1 กรณี ☑ ยังไม่ได้เลือกสถานพยาบาล ให้กรอกเลือกสถานพยาบาล ในช่องขวามือ

2.1.2 กรณี ☑ ขอใช้สถานพยาบาลเดิม (กรณีมาตรา 38 และมาตรา 41) ไม่ต้องกรอกเลือกสถานพยาบาล ในช่องขวามือ

2.1.3 กรณี ☑ ขอเปลี่ยนสถานพยาบาล ให้ระบุเหตุผลโดย ☑ เปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี หรือ เปลี่ยนสถานพยาบาลระหว่างปี

กรณี ☑ เปลี่ยนสถานพยาบาลระหว่างปี ให้ระบุสาเหตุ เช่น ☑ เลือกสาเหตุ ได้แก่ ย้ายที่อยู่ / เปลี่ยนสถานที่ทำงาน / เหตุผลอื่นๆ

กรณี ☑ เหตุผลอื่น ๆ ให้ระบุรายละเอียด เช่น เป็นคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน เป็นต้น

2.2. ข้อมูลการเลือกสถานพยาบาล

2.2.1 กรณีผู้ประกันตน/คนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ต้องการเลือกสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม ให้ทำเครื่องหมาย ☑ ข้าพเจ้าผู้ประกันตน/คนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ขอเลือกสถานพยาบาล พร้อมทั้งระบุชื่อสถานพยาบาลให้ชัดเจน จำนวน 3 ลำดับ หากสถานพยาบาลที่เลือกลำดับแรกเต็ม สำนักงานจะจัดสถานพยาบาลลำดับที่ 2 และ 3 ให้ตามลำดับ

2.2.2 กรณีคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน ต้องการเลือกสถานพยาบาลในโครงการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ทำเครื่องหมาย ☑ ข้าพเจ้าคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน ขอรับบริการสาธารณสุขจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

3. การตรวจสอบรายชื่อสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม ตรวจสอบได้ที่ www.sso.go.th / โทรสายด่วน 1506 ตลอด 24 ชม. หรือสำนักงานประกันสังคมทุกแห่ง

4. การตรวจสอบสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ ตรวจสอบได้ที่ www.sso.go.th / Mobile Application SSO Connect / โทรสายด่วน 1506 ตลอด 24 ชม. / สำนักงานประกันสังคมทุกแห่ง หรือที่เครื่องอ่าน Smart KIOSK ของกระทรวงมหาดไทย

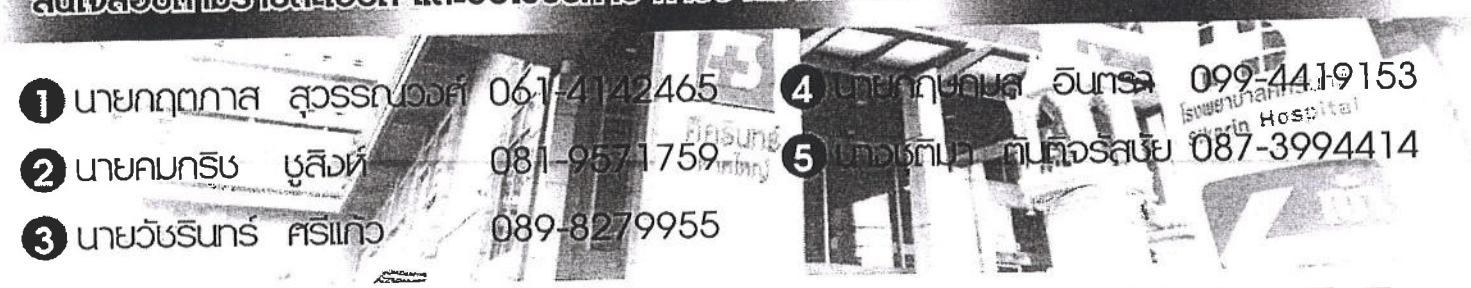
เลือกประกันสังคม ปี 2563
รพ.ศิครินทร์ หาดใหญ่

- ให้บริการในรูปแบบและบรรยากาศของโรงพยาบาลเอกชน ที่เน้นความสะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย และได้มาตรฐานทางการแพทย์
- ผู้ป่วยในห้องพักคู่ปรับอากาศ เป็นมาตรฐาน
- กรณีเกินศักยภาพของโรงพยาบาลฯ จะได้รับการส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หรือโรงพยาบาลหาดใหญ่
- สถานประกอบการที่มีสวัสดิการรักษาพยาบาลอยู่แล้ว หรือผู้ประกันตนที่มีประกันสุขภาพอยู่แล้ว สามารถใช้บริการในรูปแบบของ **"สิทธิ์ร่วม"** ซึ่งจะช่วยลดต้นทุนค่ารักษาพยาบาลให้สถานประกอบการ หรือเพื่อเข้าถึงสิทธิพิเศษด้านบริการของโรงพยาบาลฯ ในด้านต่าง ๆ
- โรงพยาบาลฯ จะแต่งตั้งคลินิกเครือข่าย หลังจากทราบชุมชนของผู้ประกันตนเรียบร้อยแล้วเพื่อให้ผู้ประกันตนเข้าถึงคลินิกเครือข่ายได้โดยง่ายที่สุด

เพื่อประสิทธิภาพ และคุณภาพในการให้บริการ
จึงจำกัดจำนวนผู้ประกันตน ประจำปี 2563 เพียง 75,000 คนเท่านั้น

สนใจสอบถามรายละเอียด และขอใช้บริการ การอำนวยความสะดวกในการเลือกโรงพยาบาล ได้ที่

1. นายกฤตภาส สุวรรณวงศ์ 061-4142465
2. นายคมกริช ชูสิงห์ 081-9571759
3. นายวัชรินทร์ ศรีแก้ว 089-8279955
4. นายกฤษณส อินทรา 099-4419153
5. นางชติมา ตันติจรัสชัย 087-3994414



โรงพยาบาลศิครินทร์ หาดใหญ่

HA Hospital Program

1728
www.sikarin.com

Follow Sikarin
@Sikarinhospital