

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ДААТГАЛЫН НӨХӨН ТӨЛБӨРИЙН НЭХЭМЖЛЭЛИЙН МАЯГТ
CLAIM FORM

Даатгуулагчийн мэдээлэл / Insured's information		Таны эмчилгээ үйлчилгээний төлбөр төлсөн хэлбэр / Type of payment	
Даатгуулагчийн овог: Surname	<input type="text"/>	Өөрөө төлбөр төлсөн эсэх Did you pay yourself	<input type="checkbox"/> Тийм / Yes <input type="checkbox"/> Үгүй / No
Даатгуулагчийн нэр: Given name	<input type="text"/>	Mylife-Credit med ашигласан эсэх Mylife-Credit Med used	<input type="checkbox"/> Өөрөө ашигласан/Used by myself <input type="checkbox"/> Хүүхэддээ ашигласан/For children
Регистрийн дугаар: Registration number	<input type="text"/>	Mylife-Credit med харилцагчийн мэдээлэл Mylife-Credit Med customer information	Овог, нэр: Full name <input type="text"/>
Утасны дугаар: Phone number	<input type="text"/>		Регистр: ID number <input type="text"/>

Нөхөн төлбөр хүлээн авах дансны мэдээлэл / Account information			*Credit-Med ашигласан бол бөглөх шаардлагагүй
Хүлээн авах банк: Bank information	<input type="text"/>	Дансны дугаар: Account number	<input type="text"/>
		Данс эзэмшигчийн нэр: Bank holders full name	<input type="text"/>

Эмчлэгч эмч бөглөх хэсэг / to be completed by treating physician			
Эмнэлгийн нэр: Name of the hospital	<input type="text"/>	Эмчийн овог, нэр: Doctor's name	<input type="text"/>
		Эмчийн утасны дугаар: Doctor's phone number	<input type="text"/>
Дэлгэрэнгүй онош: Detailed diagnosis	<input type="text"/>		
Үндсэн онош /ICD 10 код/: Main diagnosis /ICD 10 code/	<input type="text"/>		
<p align="center">Миний бие уг өвчтөний эмчлэгч эмч мөн бөгөөд өвчний талаар миний өгсөн мэдээлэл үнэн зөв болохыг баталж байна. I declare that i am the patient's practitioner, and that the particulars given are to be the best of my knowledge true and correct</p>			
Гарын үсэг/Signature: _____	Огноо/Date: _____	Эмчийн тамга/Stamp: _____	

Нөхөн төлбөрийн хавсаргах материал / Claim material:	
<ol style="list-style-type: none"> И-баримт /QR кодтой, тод гаргацтай, засвар ороогүй/ EBarimt - QR code, Clear and Unedited Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний задаргаа баримт /Нийлбэр үнийн дүн нь и-баримтын дүнтэй таарсан байх, тамга тэмдэгтэй байх/ Medical care breakdown document have a stamp that the total amount of the price matches the amount of the E-Barimt ЭПИКРИЗ /Эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлсэн тохиолдолд эмнэлгээс гарах үеийн эмчийн дүгнэлт/ Epicrisis in case of hospitalization, the doctor's report at the time of discharge Эмийн жор Drug prescription written by doctor Шинжилгээний хариу Medical test results Шинжилгээний дүгнэлт /MRI, CT, Эхо, Рентген, зүрхний бичлэг/ MRI&CT, X-ray, Cardic graphic results 	
Анхааруулах мэдээлэл / Warning information:	
<p align="center">Миний үйлчлүүлсэн эмнэлэг, намайг эмчилсэн эмчээс хувийн эрүүл мэндийн байдалтай холбоотой мэдээллийг авч болохыг "Нэйшнл лайф" ХХК-ийн эрх бүхий төлөөлөгчид үүгээр зөвшөөрч байна. Энэхүү мэдэгдлийн хуулбар нь эх хувийнхаа адил хүчин төгөлдөр болохыг хүлээн зөвшөөрч байна.</p> <p align="center">The insured person or their legal guardians permit the insured - National life to request any information from their Doctor of Third Parties at any time which may be necessary to establish the state health the insured person.</p>	
Нэхэмжлэл гаргасан огноо/Date : ____/____/____	Гарын үсэг/Signature: _____