

## ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ЗАРДЛЫН НӨХӨН ТӨЛБӨРИЙН МАЯГТ

### MEDICAL CLAIM FORM

#### A. ҮНДСЭН МЭДЭЭЛЭЛ / GENERAL INFORMATION

Үндсэн даатгуулагч / Policy holder:	Төрсөн огноо /Date of birth/ ..... он/year/ ..... сар/month/ ..... өдөр/day	
Даатгуулагчийн нэр / Insured person's name:	Хүйс /Gender:      эр/male <input type="checkbox"/> эм/female <input type="checkbox"/>	
Паспорт эсвэл регистрийн дугаар / ID or Passport number:	Даатгалын багц / Insurance plan:	
И-мэйл хаяг / e-mail address:	Утасны дугаар / Telephone:	
Нөхөн төлбөр хүлээн авах дансны мэдээлэл / Bank details for reimbursement:		
Банк / Bank name:		
Данс эзэмшигчийн нэр / Name of beneficiary:		
Дансны дугаар / Bank account number:		
Нэхэмжилж буй мөнгөн дүн / claim amount:		

#### B. ЭМЧИЛГЭЭНИЙ МЭДЭЭЛЭЛ / MEDICAL INFORMATION

Эрүүл мэндийн байдал & Онош / Medical condition & Diagnosis:		
Оношийн олон улсын код / ICD code:	Хагалгааны код / Surgical code:	
Илэрсэн шинж тэмдэгүүд / Symptoms presented:	Өвчний шинж тэмдэг, зовиур анх илэрч эхэлсэн огноо / Date on which the patient first experienced signs or symptoms for this condition:	Өвчтөн тус зовиуртай холбоотойгоор анх эмчид хандсан огноо / Date on which the patient first presented to any doctor for this condition:
Уг өвчний анхдагч суурь шалтгаан юу вэ? / What is the underlying cause of the medical condition?		
Онош тодруулахад шаардлагатай үзлэг, шинжилгээ / Type of Investigation (required to confirm the diagnosis):		
Цаашид хийгдэх эмчилгээний төлөвлөгөө / Further treatment plan (if any):		
Хэрэв өвчтөн өөр эмчийн зөвөлгөөний дагуу танд хандсан бол өмнөх эмчийн талаар мэдээлэл бичнэ үү / Was the patient referred to you by another Medical Practitioner? If yes, please provide details:		
Өвчтөнд илэрсэн өөр ноцтой өвчин байгаа эсэх. Хэрэв тийм бол доорх хэсгийг бөглөнө үү / Does the patient suffer from other significant medical condition(s)? If "Yes, please state the medical condition(s) and the date of diagnosis.		
Эрүүл мэндийн байдал / Medical Condition	Оношлогдсон огноо / Date of diagnosis	
Хэвтэн эмчлүүлэх эмнэлэг / Admitting hospital:	Тооцоолж буй эмчилгээний хугацаа / Estimated Length of treatment (in days):	
Өрөөний төрөл / Room Type:	Мэс заслын эмчийн төлбөр / Surgeon's Fee:	
Нэг хоногийн өрөөний төлбөр / Room cost per night:	Өдөр тутмын үзлэгийн төлбөр / Daily Attendance Fee (Total):	

Эмнэлгийн төлбөр / Hospital charges:		Мэдээ алдуулагч эмчийн төлбөр / Anesthetist's Fee:	
Нийт эмнэлгийн зардал / Subtotal of hospital charges:		Нийт эмчийн зардал / Subtotal of Doctor's Fees:	
Эмчилгээний нийт төлбөр / Grand total cost for Treatment:			
Энэхүү эмчилгээ, онош болон хагалгаа нь доорх хэсгүүдтэй холбоотой бол сонгоно уу / Is the condition/ treatment/ surgery related to any of these? If "Yes", please tick			
<input type="checkbox"/> Жирэмслэлт эсвэл төрөлт / Pregnancy or childbirth <input type="checkbox"/> Төрөлхийн эмгэг / Congenital anomaly <input type="checkbox"/> Үр хөндөлт эсвэл зулбалт / Abortion or miscarriage <input type="checkbox"/> Согтууруулах ундаа болон мансууруулах бодис / Alcohol / Drug abuse	<input type="checkbox"/> Үргүйдэл болон үр тогтоох чадвар бууралт / Infertility or sub-fertility condition <input type="checkbox"/> Генийн эсвэл хромсомын өөрчлөлт / Genetic or chromosomal disorder <input type="checkbox"/> Мэдрэлийн болон сэтгэл мэдрэлийн эмгэг / Mental or psychiatric condition <input type="checkbox"/> Бэлгийн замын халдварт өмчин / Sexually Transmitted Diseases	<input type="checkbox"/> Гоо сайхны шалтгаан / Cosmetics reason <input type="checkbox"/> Өөрөө өөрийгөө гэмтээсэн / Self-Inflicted Injury <input type="checkbox"/> Аюултай спортоор хичээлэлсний улмаас / Practicing of a dangerous sport	
Хэрэв уг эмчилгээ нь жирэмслэлт, төрөлттэй холбоотой бол энэ нь хэвийн жирэмслэлт мөн үү? / If claim is related to pregnancy, is pregnancy conceived from natural conception?			
Уг эрүүл мэндийн байдал нь ослын шалтгаантай бол тэмдэглэнэ үү / Is the medical condition/ injury caused by an accident? If "Yes", please tick.			
<input type="checkbox"/> Зам тээврийн осол / Road traffic accident: <input type="checkbox"/> Бусад / Others:		<input type="checkbox"/> Ажилтай холбоотой гэнэтийн осол / Work related accident:	
Эмчлүүлэгч нь урьд өмнө нь уг онош / хавсарсан онош / шинж тэмдгийн улмаас эмчид хандаж / эмчлүүлж байсан эсэх? Has the patient received any prior consultation/treatment/hospitalization for this condition, associated conditions, symptoms and/or other conditions?			
Эмчилгээний огноо / Date of treatment	Эрүүл мэндийн байдал / Medical Condition	Эмчийн нэр, хаяг / Name and address of Doctor	
Миний бие өвчтөнд дээр тэмдэглэсэн эрүүл мэндийн шалтгааны улмаас үзлэг хийж, эмчилсэн эмчлэгч эмч бөгөөд энэхүү маягт дээрх мэдээлэлийн үнэн зөв ба ямар нэгэн мэдээлэл нуун дарагдуулаагүй болохыг үүгээр мэдэгдэж байна. / I HEREBY CERTIFY that I have personally examined and treated the Patient in connection with the above condition and that the facts as given above present my opinion of his/her condition. I declare that the information provided on this form is true and accurate and I did not withhold any material information.			
Эмчийн гарын үсэг / Signature of Medical Practitioner: _____		Огноо / Date: _____	
Эмчийн нэр / Name of Medical Practitioner: _____		Эмнэлэг, эмчийн тамга / Hospital/ clinic stamp	
<b>C. ДААТГУУЛАГЧИЙН МЭДЭГДЭЛ / INSURED'S DECLARATION</b>			
Миний бие доорх зүйлсийг мэдэгдэн баталгаажуулж байна. / I hereby declare and authorize:			
<ol style="list-style-type: none"> <li>Өвчний оношлогоо, эмчилгээтэй холбоотой мэдээлэл, эмнэлгийн бүртгэлийг Эмнэлэг болон бусад эрүүл мэндийн байгууллагын зүгээс Бодь Даатгал ХК-д гарган өгөхөд даатгуулагч миний бие татгалзах зүйлгүйг баталгаажуулж байна. / that I authorize the medical practitioner, Hospital/ Clinic or any other medical institution to give the information and/or medical record, according to the diagnosis and/ or medication treatment which is/has been given to me.</li> <li>Эмнэлэгт хэвтэхтэй холбоотой эмчилгээний зардал хүссэн мэдүүлэгт бичсэн бүх мэдээлэл үнэн зөв бөглөгдсөн бөгөөд энэхүү баталгаажсан захиа шууд ашиглагдаж болохыг миний бие баталгаажуулж байна. / that all the information on this hospital admission, pre-authorization claim form is within truthfully and I hereby agree that this Letter of Authority to be used promptly.</li> <li>Энэхүү мэдэгдэлийн хуулбар нь эх хувийн адил хүчин төгөлдөр болно. / that a copy of this declaration is as valid and has power in accordance with the original document.</li> <li>Энэхүү мэдэгдэл нь даатгуулагчийн гэрээний нөхцлийг биелүүлэх үүргээс чөлөөлөхгүй. Хэрэв тухайн эмчилгээний зардалд нөхөн төлбөр олгохгүй тохиолдолд Бодь даатгал ХК нь одоо гарч буй эмчилгээний зардал болон урьд өмнө нь тухайн эмчилгээтэй холбоотой гарч байсан зардлыг нөхөн төлөх үүрэг хүлээхгүй. / that the approval of this claim does not discharge my obligations to fulfill the terms and conditions under the policy which I am insured. Also, Bodi Insurance JSC is not obligated to pay the ongoing costs of continuing, or similar, treatment, even where Bodi Insurance JSC has previously paid for this paid for this type of, or similar treatment, if it is subsequently noted that this claim is not an eligible treatment.</li> </ol>			
Даатгуулагчийн гарын үсэг / Insured's signature: _____			
<b>D. НӨХӨН ТӨЛБӨР ХҮСЭХЭД ШААРДЛАГАТАЙ МАТЕРИАЛ / Necessary documents for reimbursement of claim</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Нөхөн төлбөрийн маягыг бүрэн бөглөх (эх хувь) / claim form which is to be completed fully (original)</li> <li>Төлбөрийн И-баримт эх хувиар зардлын задаргааны хамт / Original e-barimt (payment receipt) with cost breakdown details.</li> <li>Оношилгоо шинжилгээний тайлан, дүгнэлт эх хувиар / Reports of the diagnostic test/s</li> <li>Эмнэлгээс гарсан тэмдэглэл (шаардлагатай тохиолдолд) / Hospital discharge note (if applicable)</li> </ul>			