

НӨХӨН ТӨЛБӨРИЙН МАЯГТ

Энх - Ирээдүй эрүүл мэндийн даатгал

I. Даатгуулагчийн мэдээлэл

Даатгуулагчийн нэр:		Даатгалын төрөл		Хүйс:	
Даатгуулагчийн регистр:		Байгууллагын нэр		Утасны дугаар:	
Өмнө нь нөхөн төлбөр авч байсан эсэх	Тийм Үгүй	Нөхөн төлбөр авсан тоо		Нөхөн төлбөрийн дүн	

II. Тохiolдлын мэдээлэл

Та ямар шалтгааны улмаас эмнэлэгт хандсан бэ?	
Тухайн зовиурууд хэзээнээс эхэлсэн бэ?	

Та мэргэжлийн байгууллагад хандсан бол доорх **ЭМНЭЛГИЙН МЭДЭЭЛЭЛ** - ийг бөглөнө үү.

Эмнэлгийн нэр		Хандсан огноо		Эмнэлгийн утас	
Эмнэлгийн хаяг					

Та хийлгэсэн шинжилгээ, эмчилгээ түүнтэй холбоотой гарсан зардлын талаар мэдээлэл өгнө үү?

	Шинжилгээ, эмчилгээний жагсаалт:	Эмчилгээний зардалын мөнгөн дүн:
Та ямар эмчилгээ хийлгэсэн бэ?	1	
	2	
	3	
	4	
	5	

III. Даатгуулагчийн банкны дансны мэдээлэл, мэдэгдэл

Банкны нэр		Данс эзэмшигчийн нэр		Дансны дугаар	
------------	--	----------------------	--	---------------	--

Дээр бичсэн мэдээллүүдийг үнэн зөв, бүрэн болхыг үүгээр баталгаажуулж байна. Миний эрүүл мэндтэй холбоотой мэдээллийг эмчилгээ хийлгэсэн эмч, эрүүл мэндийн байгууллагаас авч болох зөвшөөрлийг үүгээр олгож байна. Даатгуулагч та энэхүү өргөдлийн бөглөж нөхөн төлбөр авснаар даатгалын гэрээг цуцалж болохгүйг анхаарна уу. Мөн даатгалын тохиолдлын улмаас үүссэн баримтуудыг хавсаргана уу.

Гарын үсэг		Огноо	
------------	--	-------	--

IV. Эмчлэгч эмчийн бөглөх хэсэг

Өвчин болон гэмтэл, зовиур, шинж тэмдэг, бодит үзлэгийг бичих	
Онош /ICD10/	
Хийгдсэн эмчилгээ	

V. Эмчлэгч эмчийн мэдээлэл

Эмчийн нэр		Эмчлэгч эмчийн гарын үсэг, тамга		Үзлэг хийсэн огноо	
------------	--	----------------------------------	--	--------------------	--