

“ALPHA” ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ДААТГАЛЫН НӨХӨН ТӨЛБӨРИЙН МАЯГТ

/Даатгуулагчийн бөглөх хэсэг/ **Хавсралт А**

I. ДААТГУУЛАГЧИЙН МЭДЭЭЛЭЛ			
Овог:		Төрсөн огноо:	..... он сар өдөр
Нэр:		Хүйс:	<input type="checkbox"/> эрэгтэй <input type="checkbox"/> эмэгтэй
Регистрийн дугаар:		Холбогдох утас:	
И-мэйл хаяг:		Мэргэжил:	
Оршин суугаа хаяг:	..... хот/аймаг	Ажлын газрын хаяг:	.....хот/аймаг
	..... дүүрэг/сум хороо/баг		..... дүүрэг/сум хороо/баг
	..... байр/гудам тоот		..... байр/гудам тоот
II. ДААТГАЛЫН НӨХӨН ТӨЛБӨРИЙН НЭХЭМЖЛЭЛИЙН ТАЛААРХ МЭДЭЭЛЭЛ			
Таны энэ удаагийн нэхэмжлэлийн өвчний хамгаалалт	<ul style="list-style-type: none"> + Зүрх судасны эрхтэн тогтолцоо + Хоол боловсруулах эрхтэн тогтолцоо + Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо + Шээс, бэлгийн тогтолцоо + Гэнэтийн осол гэмтлээс үүссэн өвчин согог 		
Таны энэ удаагийн нөхөн төлбөрийн нэхэмжлэл	<ul style="list-style-type: none"> + Эм тариа/300000 хүртэлх/ + Оношилгоо/200000хүртэлх/ + Эмчилгээ /500000 хүртэлх/ + Ор хоног /1000000 хүртэлх/ 		
Нэхэмжлэл нь даатгалын хугацаанд хэд дэх тохиол болох	+ Анхны тохиолдол _____		
Тайлбар мэдээлэл: / хэзээ ямар зовиур илэрсэн,хаана хандаж эмчилгээ хийлгэсэн тухай дэлгэрэнгүй бичнэ үү/			
.....			
.....			
III. НЭХЭМЖЛЭЛ ХҮССЭН ТӨЛБӨРИЙН ЗАРДАЛ			
№	Зардлын нэр	Мөнгөн дүн /төгрөг/	
1	Эм тариа		
2	Эмчилгээ		
3	Ор хоног		
4	Өвчний дараах оношилгоо		
Нийт нэхэмжлэлийн дүн			
IV. НӨХӨН ТӨЛБӨР ШИЙДВЭРЛЭХ			
Банкны нэр:	Данс эзэмшигчийн нэр:		
Дансны дугаар:	Өөр хүний данс өгч буй бол таны хэн болох:		
V. НӨХӨН ТӨЛБӨР ХҮСЭХЭД БҮРДҮҮЛЭХ ШААРДЛАГАТАЙ МАТЕРИАЛ / Тэмдэглэл хийнэ үү /			
1	Нөхөн төлбөрийн маягтыг бүрэн бөглөх /эх хувь/	<input type="checkbox"/>	
2	Төлбөрийн баримт эх хувиар /И-баримт/	<input type="checkbox"/>	
3	Оношилгоо шинжилгээний тайлан, дүгнэлт СТ,ЭХО, рентген г.м /эх хувиар/	<input type="checkbox"/>	
4	Эмийн жорын эх хувь	<input type="checkbox"/>	
5	Эмийн жорын эх хувь	<input type="checkbox"/>	
6	Эмнэлгээс гарсан тэмдэглэл / шаардлагатай бол/	<input type="checkbox"/>	
7	Иргэний үнэмлэх	<input type="checkbox"/>	
/НӨХӨН ТӨЛБӨРИЙН АЖИЛТАН БӨГЛӨХ ХЭСЭГ/			
Нөхөн төлбөрийн дугаар:	Гэрээний дугаар:		
Даатгалын хугацаа:	Эхлэх .....Он.....сар..... өдөр	Дуусах .....Он.....сар.....өдөр	

Нөхөн төлбөрийн хүсэлт гаргагч : /..... /

Огноо: 20..... оны ... -р сарын ... -ны өдөр

/Эмчийн бөглөх хэсэг/ **Хавсралт Б**

ЭМЧЛЭГЧ ЭМЧИЙН ДҮГНЭЛТ

Миний бие уг өвчтөний эмчлэгч эмч бөгөөд өөрийн эмчлүүлэгчийнхээ талаар мэдүүлсэн бүх зүйл үнэн зөв болохыг батлан мэдэгдэж байна.

Овог нэр/Эмчийн/:		Эмнэлгийн нэр:	
Холбогдох утас/Эмчийн/:		Холбогдох утас /Эмнэлгийн/:	

Эмнэлгийн хаяг:

Өвчтөний биеийн байдал илэрсэн шинж тэмдэг:



Өвчтөний онош:

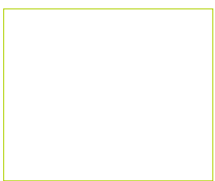
Оношийн шифр:

Хийгдсэн эмчилгээ:

Өвчтөн эмчид хандсан огноо: Онсар өдөр

Эмчилгээ хийгдсэн огноо:	Эхэлсэн	Дууссан	Нийт хоног _____
 Он сар өдөр Он сар өдөр	

Эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлсэн огноо: /Зөвхөн эмнэлэгт хэвтсэн бол/	Эмнэлэгт хэвтсэн	Эмнэлгээс гарсан
	..... Он сар өдөр	..... Он сар өдөр

Эмчийн гарын үсэг / / Тамга  Огноо: 20 оны -р сарын -ны өдөр