




НӨХӨН ТӨЛБӨРИЙН ӨРГӨДӨЛ – CLAIM FORM

A хэсэг/Part A – Даатгуулагч бөглөнө/To be completed by Insured Person/Patient

		
Approval Code:	Provider Code:	Form No:
<i>Худал болон дутуу мэдээлэл нь нөхөн төлбөрийн явц, шийдвэрт нөлөөлөх болно. Та үнэн зөв, бүрэн гүйцэд бөглөнө үү Please fill in accurately. Incomplete claim will result payment delay.</i>		
A. ДААТГУУЛАГЧИЙН МЭДЭЭЛЭЛ/PATIENT DETAILS		
Даатгуулагчийн овог нэр/Patient Name:	Карт болон Регистрын дугаар/Card and Passport Number:	
Даатгалын гэрээний дугаар/Policy Number:	Багц/Plan:	
Эмчилгээ хийлгэсэн огноо/Treatment Date:	Эмнэлгийн нэр/Hospital:	
Утасны дугаар/Mobile Number:	Цахим хаяг/Email Address:	
Та эмчилгээ үйлчилгээ авахдаа төлбөрөө хувиасаа төлсөн үү?/Have you paid yourself for the treatments received?		
<input type="checkbox"/> ТИЙМ/YES <input type="checkbox"/> ҮГҮЙ/NO		
B. ЭМНЭЛЭГТ ҮЗҮҮЛЭХ БОЛСОН ШАЛТГААН/REASON FOR VISIT		
Үндсэн онош дэлгэрэнгүй/Primary diagnosis details ICD Code		
Дагалдах онош дэлгэрэнгүй/Secondary diagnosis details ICD Code		
Үйлчилгээний төрөл/ Type of visit		
<input type="checkbox"/> Амбулаторийн тусламж үйлчилгээ/Outpatient service <input type="checkbox"/> Хэвтэн эмчлүүлэх үйлчилгээ/Inpatient service <input type="checkbox"/> Яаралтай тусламж үйлчилгээ/Emergency medical service <input type="checkbox"/> Жирэмслэлт/Төрөлт/ Maternity service <input type="checkbox"/> Шүдний тусламж үйлчилгээ/ Dental service <input type="checkbox"/> Бусад/ Other		
C. ТӨЛБӨРИЙН ДЭЛГЭРЭНГҮЙ/ITEMIZED BILLING		
OUTPATIENT service АМБУЛАТОРИЙН үйлчилгээ	Нийт дүн/Total Үүнээс өөрөө төлсөн/Self-Pay	
INPATIENT service ХЭВТЭН ЭМЧЛҮҮЛЭХ үйлчилгээ	Нийт дүн/Total Үүнээс өөрөө төлсөн/Self-Pay	
OTHER services БУСАД үйлчилгээ	Нийт дүн/Total Үүнээс өөрөө төлсөн/Self-Pay	
D. ДААТГУУЛАГЧИЙН МЭДЭГДЭЛ PATIENT/INSURED PERSON'S DECLARATION		E. БАНКНЫ МЭДЭЭЛЭЛ/BANK INFORMATION
<i>Дээр бичсэн мэдээллүүдийг үнэн зөв, бүрэн болохыг үүгээр баталгаажуулж байна. Миний эрүүл мэндтэй холбоотой мэдээллийг эмчилгээ хийсэн эмч, эрүүл мэндийн байгууллагаас авч болох зөвшөөрлийг үүгээр олгож байна/I hereby acknowledge the information provided to be true. I hereby authorize my Medical practitioner, hospital or clinic by whom or where I have been observed or treated for any reason to give full particulars thereof including prior history and diagnosis to the Insurer/Company. A copy of this authorization shall be as valid as the original</i>		Банкны нэр/Bank Name:
		Дансны дугаар/Account Number:
Гарын үсэг/Signature:	Date/Огноо:	Данс эзэмшигчийн нэр/Name of Account:

НӨХӨН ТӨЛБӨРИЙН ӨРГӨДӨЛ – CLAIM FORM

В хэсэг/Part B – Эмчлэгч эмч бөглөнө/To be completed by Attending Physician

*Та үнэн зөв, бүрэн гүйцэд бөглөнө үү. Худал болон дутуу мэдээлэл нь нөхөн төлбөрийн явц, шийдвэрт нөлөөлөх болно.
Please fill in legibly. Incomplete/illegible details will delay payment.*

ӨВЧИН БОЛОН ГЭМТЛИЙН ТОДОРХОЙЛОЛТ, ЗОВИУР, ШИНЖ ТЭМДЭГ/PROCEDURE AND FINDINGS, DESCRIPTION OF ILLNESS/INJURY

ҮЗЛЭГ/ОНОШЛОГООНЫ ҮР ДҮН/CHECK UP/INVESTIGATION RESULT

Лабораторийн шинжилгээ, Рентген, CT Scan/MRI оношилгооны үр дүнг дурдах бөгөөд зөвхөн эдгээрээр хязгаарлагдахгүй
/This will include, but not limited to: Lab Test, X Ray, CT Scan/MRI

DIAGNOSIS – ОНОШ

Please specify the ICD code - ICD кодын хамт бичнэ үү.

Үндсэн онош/Primary diagnosis:

Дагалдах онош/Secondary diagnosis:

ЭМЧИЙН ЗААВРЫН ДАГУУ ХИЙГДСЭН ЭМЧИЛГЭЭ/TREATMENT

Эмчилгээг бичнэ үү/Please specify details, as well

ЭМЧИЙН ЗААВРЫН ДАГУУ ЖОРООР ОЛГОГДОХ ЭМ ТАРИА/MEDICINE, DRUGS

Эм тарианы хэмжээ, тоо ширхэгийг бичнэ үү/Please specify the quantity, as well

МЭДЭГДЭЛ/STATEMENT OF DECLARATION

Дээр бичсэн мэдээллүүдийг үнэн зөв, бүрэн болохыг үүгээр баталгаажуулж байна/I hereby certify that the details above are full, complete and true

Эмчлэгч эмчийн гарын үсэг, тамга/Signature of Attending Physician:

Огноо/Date:

