“Практикал Даатгал” ХХК-ийн Гүйцэтгэх захирлын

2013 оны 01 дүгээр сарын 24-ний өдрийн

тушаалын хавсралт

**ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ЗАРДЛЫН ДААТГАЛ**

**НӨХӨН ТӨЛБӨРИЙН МАЯГТ**

Та нэхэмжлэл гаргахдаа дараах зүйлийг анхаарна уу:

* Даатгалын гэрээ
* Ажлын үнэмлэх
* Иргэний үнэмлэх (хүүхэд- төрсний гэрчилгээ, гэр бүлийн хүн- гэрлэлтийн гэрчилгээ)
* Эмчилгээний карт ( өвчний оноштой тэмдэглэл ), шинжилгээний хариу
* Эм худалдан авсан тохиолдолд эмчийн бичсэн жор
* Эмчилгээ болон худалдан авсан эмийн төлбөрийн баримтын задаргаа
* Төлбөрийн баримт (e-barimt ) зэргийг хавсаргана уу.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Байгууллагын нэр: | Албан тушаал: | Ажилтны код: |
|  |  |  |
| Ажилтны овог, нэр: | Регистерийн дугаар | Гар утас: |
|  |  | |
| Нөхөн төлбөр авагчийн овог, нэр: | Ажилтны эхнэр, нөхөр, хүүхэд /аль нь болохыг доогуур нь зурах/ | |
|  |  |  |
| Регистерийн дугаар: | Гар утас: |  |
|  |  |  |
| Холбогдох гэрийн хаяг: |  |  |
|  |  |  |

* **Амбулаториор эмчилгээ хийгдсэн**
* **Хэвтэн эмчлүүлсэн**

|  |
| --- |
| Эмнэлэгт хэвтсэн хоног : \_\_\_\_\_\_ он\_\_\_\_ сар\_\_\_\_ -ны өдрөөс \_\_\_\_\_\_ он\_\_\_\_ сар\_\_\_\_ өдөр хүртэл |
| Ямар өвчний улмаас эмчлүүлсэн тухайгаа Та дэлгэрэнгүй бичнэ үү :  Та ямар эмчилгээ хийлгэсэн бэ? : |

**ЭМЧЛЭГЧ ЭМЧИЙН ТАЙЛАН:**

|  |
| --- |
| Эмнэлгийн нэр: (тамга) |
| Эмнэлгийн хаяг: Утас: |
| Онош :  Хийгдсэн эмчилгээ /хагалгаа / сувилгаа :  Өвчний түүх : |
| Эмчийн гарын үсэг : Огноо : \_\_\_\_\_\_ он\_\_\_\_ сар \_\_\_\_ өдөр |
| Эмчийн овог, нэр : (Тамга) |

**НӨХӨН ТӨЛБӨР :**

**Урьд өмнө нь нөхөн төлбөр авч байсан эсэх**

* Тийм , давтамж ....................... Дүн : ...............................................
* Үгүй

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нөхөн төлбөр хүлээн авах дансны мэдээлэл | | |
| Банкны нэр : | Дансны дугаар: | Данс эзэмшигчийн нэр: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Эмнэлэг, эмчилгээний зардлын жагсаалт :** (*төлбөрийн баримтуудын эх хувиудыг хавсаргах*) | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  | **ГАРСАН ЗАРДАЛ** |  | **ҮНЭ БОЛОН МӨНГӨНИЙ НЭГЖ** | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1. |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 2. |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 3. |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 4. |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 5. |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 6. |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Нийт зардал** | |  |  |  |  |  |

**ӨРГӨДӨЛ ГАРГАГЧИЙН МЭДҮҮЛЭГ:**

Би үнэн зөв мэдүүлснээ баталж байна. Би өөрийн нөхөн олговрын асуудлыг шийдвэрлүүлэх зорилгоор надад учирсан хохирол болон миний

эрүүл мэнд, эмчилгээтэй холбоотой бүхий л мэдээллээр Практикал Даатгал ХХКомпанийг хангаж байх эрхийг эмнэлгийн удирдлага, эмч нар

болон холбогдох байгууллагын удирдлага, ажилтнууд, гэрчид олгож байна.

Бид шаардлагатай гэж үзвэл ажлын цагаар нөхөн олговортой холбогдсон Таны нэхэмжлэл, баримтуудыг шалгах эрхтэй болно.

Таны нэхэмжлэлийг шийдвэрлэхэд Та бидэнд ажлын 14 хоногийн хугацаа өгнө үү.

Гарын үсэг: Огноо: / /

Өргөдөл гаргагчийн нэр: