

Энэ Урьдчилан магадлагааны хуудсыг та хэвтэн эмчлүүлэх бүх тохиолдолд заавал бөглүүлэн эмчилгээ авахаас багадаа 24-48 цагийн өмнө доорх хэлбэрүүлийн аль нэгийг сонгон бидэнд хүргүүлнэ үү.

- Мандал даатгалын эрүүл мэндийн даатгалын албанд Jargalanhealth@mandal.mn хаягаар илгээх,
- Мандал даатгалын үйлчилгээний зааланд хүргүүлэх.
- Mandal daatgal application ашиглах илгээх.

This form has to be completed at least 24-48 hours before hospitalization and provided to Health insurance unit of the insurer.

Email: Jargalanhealth@mandal.mn

App: Mandal daatgal

ДААТГУУЛАГЧ БӨГЛӨХ ХЭСЭГ / TO BE FILLED BY INSURED

(Дармал үсгээр бичнэ үү / To be filled in block letters)

A. ДААТГУУЛАГЧИЙН МЭДЭЭЛЭЛ (PATIENT INFORMATION)

1. Албан байгууллагын нэр / Organization _____
2. Даатгуулагчийн овог / Last name _____
3. Даатгуулагчийн нэр / First name _____
4. Төрсөн огноо / DOB _____ / _____ / _____ он/сар/өдөр
5. Регистрийн дугаар / State registration № _____
6. Утасны дугаар / Tel number _____
7. И-мэйл / E-mail _____

Б. ЭРҮҮЛ МЭНДТЭЙ ХОЛБООТОЙ МЭДЭЭЛЛИЙГ АШИГЛУУЛАХ ЗӨВШӨӨРӨЛ (RELEASE OF MEDICAL INFORMATION)

Би өөрийн эмчилгээний талаархи мэдээлэл, тэмдэглэл, бүртгэл зэрэг аливаа эрүүл мэндтэй холбогдолтой мэдээллийг өөрийн эмчлэгч эмч эсхүл эмнэлгийн байгууллага нараас Мандал Даатгал ХХК, ба түүний төлөөлөгчид тус компанийн эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдах, нөхөн төлбөрийг олгох зэрэгтэй холбоотойгоор мэдээлэл өгөхийг бүрэн зөвшөөрч байна.

I, hereby authorize my treating physician, hospital, medical practitioner, clinic or other medical facility, insurer, employer who has knowledge of or has any information about my health and other related medical conditions to provide Mandal insurance company limited and its representative, all information, data or records that are in their possession / knowledge regarding my medical history and treatment.

Гарын үсэг / Signature of patient _____

Огноо/Date _____ / _____ / _____ он/сар/өдөр

ЭМНЭЛЭГ / ЭМЧ БӨГЛӨХ ХЭСЭГ / TO BE FILLED BY TREATING PHYSICIAN/HOSPITAL

В. ЭМНЭЛГИЙН МЭДЭЭЛЭЛ / HOSPITAL INFORMATION

1. Эмнэлгийн нэр / Name of Hospital _____
2. Эмчлэгч эмч / Name of treating physician _____
3. Эмчийн утасны дугаар / Telephone number _____
4. Эмчилгээ хийлгэх тасаг, нэгжийн нэр / Name of hospital ward _____

1. Одоо илэрч буй зовиур / Disease with presenting complaints:
.....
2. Эдгээр зовиур хэзээнээс эхэлсэн болох / Date of first consultation:
.....
3. Эдгээр зовиур ямар хугацаанд үргэлжилж байна вэ / Duration of present ailment:
.....
4. Урьдчилсан онош /ICD 10 code/ Provisional diagnosis:
.....
5. Төлөвлөгдөж буй эмчилгээ, үйлчилгээний төрөл / Proposed line of treatment:
 - 5.1. Хэвтэн эмчлүүлэх / Medical management / Хийгдэх эмчилгээний нэр:
.....
 - 5.2. Мэс засал / Surgery /мэс заслын нэр:
.....
 - 5.3. Яаралтай тусламж / Intensive care:
.....
 - 5.4. Онош тодруулах / Investigation:
.....
6. Эмнэлэгт хэвтэхтэй холбоотой мэдээлэл:
 - a. Эмнэлэгт хэвтэх огноо / Date of admission / / он / сар / өдөр
 - b. Яаралтай эмчилгээ юу? Төлөвлөгөөт хэвтэн эмчлүүлэх үү? / Is this an emergency / a planned hospitalization event?
 1. Яаралтай? / Emergency
 2. Төлөвлөгөөт / Planned
7. Эмнэлэгт хэд хоног хэвтэх вэ? / Expected no of days stay in hospital: Өдөр / Days
Өрөөний төрөл / Room type: Энгийн/Standard Нэг хүний/Private Люкс/VIP
8. Төлбөрийн задаргаа / Payment detail

1. Өрөөний төлбөр (Өрөө + Сувилахуй + хоолны зардал) / Room fee Төг хоног
2. Хийгдэх шинжилгээний зардал / Investigation Төг хоног
3. Яаралтай тусламжийн зардал / ICU Төг хоног
4. Мэс ажилбарын зардал / Surgery Төг хоног
5. Эмийн зардал / Medication, drugs Төг хоног
6. Бусад зардал / Other expenses in detail Төг хоног
7. Нийт зардал / Total Төг хоног

Гарын үсэг / Signature of physician _____

Огноо/Date _____ / _____ / _____ он/сар/өдөр



Эмнэлгийн/эмчийн тамга
Hospital/ Physician seal