

УРЬДЧИЛСАН ЗӨВШӨӨРЛИЙН ХУУДАС/PRE-AUTHORIZATION FORM



Approval Code: _____ Provider Code: _____ Form No: _____

**ХУДАЛ БОЛОН ДУТУУ МЭДЭЭЛЭЛ НЬ НӨХӨН ТӨЛБӨРИЙН ЯВЦ, ШИЙДВЭРТ НӨЛӨӨЛӨХ БОЛНО. ТА ҮНЭН
ЗӨВ, БҮРЭН ГҮЙЦЭД БӨГЛӨНӨ ҮҮ
PLEASE FILL IN LEGIBLY. INCOMPLETE/ILLEGIBLE DETAILS WILL DELAY PAYMENT**

A. ҮЙЛЧИЛГЭЭ ҮЗҮҮЛЭГЧ БАЙГУУЛЛАГЫН МЭДЭЭЛЭЛ/PROVIDER INFORMATION

Эмч эсвэл эмнэлэгийн ажилтан бөглөнө./To be completed by the hospital staff or doctor.

Эмнэлгийн нэр/Name of Hospital: _____ Факс/Fax: _____

Холбоо барих хүний утас/
Contact phone number: _____ Холбоо барих хүн/Contact person: _____

B. ЭМЧИЛГЭЭНИЙ МЭДЭЭЛЭЛ/MEDICAL INFORMATION

Эмч эсвэл эмнэлэгийн ажилтан бөглөнө./To be completed by the hospital staff or doctor.

Урьдчилсан зөвшөөрлийн шалтгаан/PRE-AUTHORIZATION FOR

Inpatient/хэвтэн эмчлүүлэх Outpatient/Амбулатор Others/бусад

Remarks for others:

Урьдчилсан байдлаар хэвтэн эмчилүүлэх хугацаа/Estimated days in Hospital:

Урьдчилсан зардал/Estimated Cost:

Name of Patient/Даатгуулагчийн овог нэр: _____ Sex: Male Female

Өвчний төлөв/Treatment plan is for: Өвчин/Illness Гэнэтийн осол/Accident

Өвчин Болон Гэмтлийн Тодорхойлолт/Description of illness/accident:

Онош/Diagnosis:

ICD Code:

Эмчилгээ хийлгэсэн огноо Expected Admission/Treatment Date:.....

*Please attached others medical reports and test results. Бусад эрүүл мэндийн дүгнэлт болон шинжилгээний хариуг хавсаргана уу.

Эмчийн гарын үсэг/Signature of Doctor: _____ Огноо/Date: _____/mm.dd.yyyy/

C. ДААТГУУЛАГЧИЙН МЭДЭЭЛЭЛ/PATIENT DETAILS To be completed by the patient.

Даатгуулагчийн овог нэр/Patient Name: _____ Карт болон Регистрын дугаар/Card and Passport Number: _____

Даатгалын гэрээний дугаар/Policy Number: _____ Багц/Plan: _____

Компаний нэр/Name of Company: _____ Даатгалын гэрээний дугаар/Policy Number: _____

Утасны дугаар/Mobile Number: _____ Цахим хаяг/Email Address: _____

Statement of Consent
I hereby acknowledge and agree the validity of the changes and that if there is any miscalculation or uncovered item settled by DIRECT BILLING. I will accept the adjustment actions. I hereby authorize this Medical Practitioner, hospital or clinic by whom or where I have been observed or treated for any reason to give full particulars there of including prior history and diagnosis to the Insurer/TPA Company. A copy of this authorization shall be as valid as the original.

Signature of Patient: _____ Date: _____/mm.dd.yyyy/
Guardian (if Patient is a Minor)

D. DETAIL MEDICAL INFORMATION –ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ДЭЛГЭРЭНГҮЙ МЭДЭЭЛЭЛ

To be completed by Attending Physician - Эмчийн бөглөх хэсэг

**PLEASE FILL IN LEGIBLY. INCOMPLETE/ILLEGIBLE DETAILS WILL DELAY PAYMENT
ТА ҮНЭН ЗӨВ, БҮРЭН ГҮЙЦЭД БӨГЛӨНӨ ҮҮ.**

**DESCRIPTION OF ILLNESS/INJURY – ӨВЧИН БОЛОН ГЭМТЛИЙН ТОДОРХОЙЛОЛТ,ЗОВИУР,ШИНЖ
ТЭМДЭГ, ҮЗЛЭГТ**

CHECK UP/INVESTIGATION RESULT – ҮЗЛЭГ/ОНОШЛОГООНЫ ҮР ДҮН

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

DIAGNOSIS – ОНОШ

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

Үндсэн онош:

Дагалдах онош:

Нэмэлт:

TREATMENT– ЭМЧИЙН ЗААВРЫН ДАГУУ ХИЙГДСЭН ЭМЧИЛГЭЭ

Please specify the quantity, as well – Эмчилгээг бичнэ үү.

MEDICINE,DRUGS – ЭМЧИЙН ЗААВРЫН ДАГУУ ЖОРООП ОЛГОГДОХ ЭМ ТАРИА

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

Statement of declaration - Мэдэгдэл

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

Signature of Attending Physician:
Эмчийн гарын үсэг, тамга:

Date:
Огноо: