

PRE-AUTHORISATION FORM FOR LOG (LOG အာမခံစာရွက်တောင်းဆိုရန်အတွက်ဖြည့်စွက်ရမည့်ဖောင်စာရွက်)

Please furnish the following information / documents to Ulink Assist:

အောက်ဖော်ပြပါ အချက်အလက်များ နှင့်စာရွက်စာတမ်းများ အားလုံးကို ကျေးဇူးပြု၍ ယူလင်အိတ်သို့တင်ပြပေးပါ။

- i. Kindly complete ALL sections of the form and attach the relevant medical documents where required လိုအပ်သောအချက်အလက်များ အားလုံးကို ဖြည့်စွက်ပေးပါ။ လိုအပ်ပါက အကျုံးဝင်သော ဆေးစာရွက်မှတ်တမ်းများကိုပါပူးတွဲ တင်ပြပေးပါ။
- ii. A new form should be submitted for each separate visit, illness, or injury မတူညီသော ဆေးခန်းပြရက် (သို့) ဆေးရုံတက်ရောက်ရက် (သို့) ရောဂါကုသမှု (သို့) ဒဏ်ရာရရှိမှုများ အတွက် သီးခြားဖောင်စာရွက်များ ဖြည့်စွက်၍ ခွဲခြား တင်ပြပေးရပါမည်။
- iii. Incomplete forms and attachments may result in rejection or delay of LOG အချက်အလက်များနှင့် စာရွက်စာတမ်းများ မပြည့်စုံပါက တောင်းဆိုမှု မအောင်မြင်ခြင်း (သို့) LOG ရရှိရန် အချိန်နှောင့်နှေးကြန့်ကြာခြင်း များ ဖြစ်နိုင်ပါသည်။

Section A: Patient information (လူနာ ၏ အချက်အလက်များ)

Name of patient (လူနာအမည်)	
Policy number (အာမခံ ပေါ်လစီ နံပါတ်)	
NRIC (နိုင်ငံသား/ နိုင်ငံခြားသား စိစစ်ရေးကဒ် အမှတ်)	
DOB (မွေးသက္ကရာဇ်)	
Admission date (ဆေးရုံ တက်ရောက် ကုသမှု ခံယူသည့် ရက်စွဲ)	
Hospital name (ဆေးရုံ အမည်)	
Doctor name (ဆရာဝန် အမည်)	
Room type / ward type (လူနာခန်း / အဆောင် အမျိုးအစား)	

Section B: Contact details (ဆက်သွယ်ရန်အသေးစိတ် အချက်အလက်များ)

Email address (အီးမေးလိပ်စာ)	
Contact number (ဆက်သွယ်ရန် ဖုန်းနံပါတ်)	

Section C: Medical details (ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာအသေးစိတ်အချက်အလက်)

- a) Type of visit (choose one) ဆေးကုသခံယူမှုအမျိုးအစား (၁ခုရွေးချယ်ပါ)
- Inpatient due to accident မတော်တဆမှုကြောင့်အတွင်းလူနာ အဖြစ်တက်ရောက်ခြင်း
 - Inpatient due to medical reasons (non-accident) ရောဂါကြောင့် အတွင်းလူနာ အဖြစ်တက်ရောက်ခြင်း (မတော်တဆမှု မဟုတ်သော)
 - Inpatient due to miscarriage ကိုယ်ဝန်ပျက်ကျခြင်းကြောင့် အတွင်းလူနာ အဖြစ်တက်ရောက်ခြင်း
 - Outpatient ပြင်ပလူနာအဖြစ် ဆေးကုသမှု ခံယူခြင်း

b) Diagnosis / medical condition ရောဂါအမည် / ကျန်းမာရေးအခြေအနေ

c) Patient will undergo / has undergone surgery လူနာသည်ခွဲစိတ်ကုသမှုခံယူရမည်/ခွဲစိတ်ကုသမှု ခံယူပြီးစီးပြီးဖြစ်သည်။

Yes No

If yes, kindly attach the relevant medical reports and investigation results.

ခွဲစိတ်ကုသမှုရှိပါကသက်ဆိုင်ရာဆေးမှတ်တမ်းများနှင့်ရောဂါစစ်ဆေးမှုရလဒ်များကို ကျေးဇူးပြု၍ ပူးတွဲတင်ပြပါ။

d) Has the patient undergone medical treatment for the same or related condition(s) in the past?

လူနာသည်ယခင်ကအလားတူ (သို့) ဆက်စပ်ရောဂါအခြေအနေများအတွက် ဆေးကုသမှုခံယူခဲ့ဖူးပါသလား။

Yes No

If yes, kindly attach the relevant medical reports and investigation results for past medical treatments.

ဆေးကုသမှုရှိခဲ့လျှင်ယခင်ဆေးကုသမှုများအတွက်သက်ဆိုင်ရာဆေးမှတ်တမ်းများနှင့်စစ်ဆေးမှုရလဒ်များကို ကျေးဇူးပြု၍ ပူးတွဲတင်ပြပါ။

e) Length of hospitalisation: ဆေးရုံတက်ရောက်မှုကြာမြင့်ချိန်

Admission / appointment date: Expected discharge date:
ဆေးရုံ တက်ရောက် သည့် ရက်စွဲ: ဆေးရုံဆင်းသည့်ရက်စွဲ:

Day surgery? Yes No If yes, type of surgery:
နေ့ခြင်း ခွဲစိတ်ကုသမှု ဟုတ်မဟုတ်? ဟုတ်လျှင် ခွဲစိတ်မှုအမျိုးအစား:

f) Estimated hospitalisation cost MMK

ခန့်မှန်းဆေးရုံတက်ကုသမှုကုန်ကျစရိတ်

Kindly attach cost estimation form from the hospital.

ကျေးဇူးပြု၍ ဆေးရုံမှ ပေးသော ခန့်မှန်းဆေးရုံတက်ကုသမှုကုန်ကျစရိတ် ဖောင်စာရွက်ကို ပူးတွဲတင်ပြပါ။

g) Additional attachments, if any (e.g. referral letter, police report for accident, biopsy report etc.)

အခြားသောစာရွက်စာတမ်းများ (ဥပမာ: ဆရာဝန်/ဆေးရုံ လွှဲပြောင်းစာ၊ မတော်တဆဖြစ်မှုအတွက်ရဲအစီရင်ခံစာ၊ biopsyအဖြေ အစီရင်ခံစာ) ပူးတွဲတင်ပြရန်ရှိပါက အောက်ပါကွက်လပ်တွင်ဖြည့်စွက်ရုံတင်ပါသည်။ တင်ပြပါရန်။

Section D: Declaration, consent and authorisation ကြေငြာချက် နှင့် သဘောတူခွင့်ပြုချက်

By completing the form, I hereby declare that:

ဤ ပုံစံဖောင်စာရွက်ကိုဖြည့်စွက်ခြင်းအားဖြင့်၊ အောက်ဖော်ပြပါအကြောင်းအရာ အချက်အလက်များကို သဘောတူကြေငြာပါသည်။

- a. I am the patient, or the patient's parent or guardian if the patient is under 18 years of age.
ကျွန်ုပ်သည်လူနာကိုယ်တိုင်၊ သို့မဟုတ်လူနာသည်အသက် ၁၈ နှစ်အောက်ဖြစ်ပါကလူနာ၏မိဘသို့မဟုတ်အုပ်ထိန်းသူ ဖြစ်သည်။
- b. All information on this preauthorisation form is true and correct based on the best of my knowledge.
ဤ LOG ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက်ရယူသည့်ဖောင်ပုံစံပေါ်ရှိသတင်းအချက်အလက်အားလုံးသည် မှန်ကန်မှုရှိပါသည်။

c. I authorize my treating doctor(s), clinic, hospital or any other medical provider to provide access and furnish all necessary and relevant reports and/or medical and invoice information pertaining to my personal data and medical condition (these may include information regarding past medical history, psychological notes, drug or alcohol abuse notes, AIDS and other sexually transmitted disease related information) to Ulink Assist Co. Ltd., including its associate companies, partners and affiliates, as may be required.

ကျွန်ုပ်အား ကုသနေသောဆရာဝန်၊ ဆေးခန်း၊ ဆေးရုံသို့မဟုတ်အခြားဆေးဘက်ဆိုင်ရာပံ့ပိုးသူများသည် ယူလင့်အဆစ် ကုမ္ပဏီ လီမိတက် (၎င်း၏ တွဲဖက် ကုမ္ပဏီများ၊ မိတ်ဖက်များနှင့် လက်ထောက်ကုမ္ပဏီများ အပါအဝင်) မှ လိုအပ်သော ကျွန်ုပ်၏ ကိုယ်ရေး ကိုယ်တာ နှင့်ကျန်းမာရေး အခြေအနေအချက်အလက်များ ပါဝင်သော သက်ဆိုင်ရာ ဆေးမှတ်တမ်း အစီရင်ခံစာများ နှင့် ငွေတောင်းခံလွှာသတင်းအချက်အလက်များ (ဆေးကုသမှု သမိုင်း၊စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာဆေးမှတ်တမ်းများ၊ မူးယစ်ဆေးနှင့်အရက်သေစာအလွဲသုံးစားမှုမှတ်တမ်းများ၊ အေအိုင်ဒီအက်စ်နှင့် အခြား လိင်မှတစ်ဆင့်ကူးစက်သော ရောဂါ နှင့်ပတ်သက်သော သတင်းအချက်အလက်များ အပါအဝင်) ကို ယူလင့်အဆစ် မှ လိုအပ်သည့်အတိုင်း ရယူခွင့်ပေးရန် ခွင့်ပြုပါသည်။

d. I further authorise Ulink Assist Co. Ltd., including its associate companies, partners and affiliates to have access, to use, to receive and to share for valid purpose such reports and/or information obtained from myself, authorised representatives, treating doctor(s), clinic, hospital or any other medical provider for the purpose of evaluating and providing my medical care, assistance services or healthcare benefits administration services, as well as to coordinate, assess and determine my entitlements, benefits and/or reimbursements in connection with my health or medical insurance coverage.

ကျွန်ုပ်သည် ယူလင့်အဆစ် ကုမ္ပဏီ နှင့် ၎င်း၏ လက်ထောက်ကုမ္ပဏီများ၊ မိတ်ဖက်များနှင့်တွဲဖက်ကုမ္ပဏီများ အား ကျွန်ုပ် ကိုယ်တိုင်မှဖြစ်စေ၊ ကျွန်ုပ်အား ကုသနေသောဆရာဝန်၊ ဆေးခန်း၊ ဆေးရုံသို့မဟုတ် အခြားဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ပံ့ပိုးသူများမှ ဖြစ်စေ ရရှိထားသော ကျွန်ုပ်၏ ကိုယ်ရေး ကိုယ်တာ နှင့်ကျန်းမာရေး အခြေအနေအချက်အလက်များ ပါဝင်သော သက်ဆိုင်ရာ ဆေးမှတ်တမ်း အစီရင်ခံစာများ နှင့် ငွေတောင်းခံလွှာသတင်းအချက်အလက်များ အား ကျွန်ုပ်၏ကျန်းမာရေး အာမခံ စောင့်ရှောက်မှု ခံစားခွင့် အပြင်ကျွန်ုပ်နှင့်သက်ဆိုင်သောကျွန်ုပ်၏အာမခံ ရပိုင်ခွင့်များ၊ အကျိုးခံစားခွင့်များနှင့် / သို့မဟုတ် အာမခံငွေကြေး ပြန်လည်ပေးဆပ်ရန်ညှိနှိုင်းခြင်း၊ ကျန်းမာရေးသို့မဟုတ်ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအာမခံလွှမ်းခြုံမှု များကိုအကဲဖြတ်ရန်နှင့် ထောက်ပံ့ရန် ရည်ရွယ်ချက်အတွက် သတင်း အချက်အလက်များလက်ခံရရှိရန်နှင့်မျှဝေရန် ခွင့်ပြုပါသည်။

e. I acknowledge that the information submitted herein shall be used only for the pre-authorisation of direct settlement by Ulink Assist Co. Ltd. with the clinics/hospitals for any eligible and approved charges relating to my approved medical treatment. I agree to pay any excess amounts and uncovered medical expenses (if any) to clinics/hospitals or Ulink Assist Co. Ltd. within 7 business days from date of request. The actual covered amount is subject approved based on the information provided in the pre-authorisation form, actual diagnosis, eligible policy benefit, exclusion clause, terms and conditions stated

in the policy document.

ဤဖောင်စာရွက်တွင်တင်ပြထားသောသတင်းအချက်အလက်များကိုကျွန်ုပ်၏အာမခံတောင်းခံမှု အသိအမှတ်ပြုပြီး သော ဆေးကုသမှုနှင့်စပ်လျဉ်းသော ကျန်းမာရေး အာမခံ တောင်းခံမှု ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက်ရယူခြင်း အတွက် ယူလင်ခ်အိတ်မှ ဆေးခန်းများ၊ ဆေးရုံများ နှင့် တိုက်ရိုက် ချိတ်ဆက်စီမံခန့်ခွဲရန် အတွက်အသုံးပြုလိမ့်မည်ဖြစ်ကြောင်းကျွန်ုပ် အသိအမှတ် ပြုပါသည်။ အာမခံ လွှမ်းခြုံမှုမရှိသော/အာမခံမရရှိနိုင်သော ဆေးဝါးကုသမှုကုန်ကျစရိတ်များရှိခဲ့လျှင် ပိုလျှံသော ပမာဏ ကို တောင်းခံသည့် နေ့မှစ၍ ၇ ရက်အတွင်း ပေးရန်ကျွန်ုပ်သဘောတူပါသည်။ အမှန်တကယ်အာမခံရရှိနိုင်သော ပမာဏသည် ကြိုတင် ခွင့်ပြုချက်ပုံစံဖောင်စာရွက်တွင် ဖြည့်စွက်ထားသော သတင်းအချက်အလက်များ၊ ရောဂါရှာဖွေ မှု ရလဒ်များ၊ အကျိုးခံစားခွင့်မူဝါဒ နှင့် ကိုက်ညီမှုမရှိမရှိ၊ အာမခံတောင်းခံရန်မရသော ချွင်းချက်များ ၊ အာမခံ စာချုပ်ပေါ်တွင် ဖော်ပြထားသော စည်းမျဉ်းစည်းကမ်း များနှင့်သက်ဆိုင်သောအချက်အလက်များအပေါ် အခြေခံ၍ သာ အတည်ပြုနိုင် ကြောင်း သိရှိ နားလည်ပါသည်။

Signature လက်မှတ်		Date of consent ရက်စွဲ	
Print name အမည်		Relationship to patient လူနာနှင့်ပတ်သက်မှု (if applicable) * (အကျိုးဝင်လျှင်)*	

* If this authorisation is being signed by a personal representative on behalf of the patient
* အကယ်၍ ဤခွင့်ပြုချက်ကိုလူနာကိုယ်စား ကိုယ်စားပြုသူကလက်မှတ်ထိုးထားပါက