



Số:

GIẤY XÁC NHẬN BẢO LÃNH CHI PHÍ Y TẾ

Kính gửi: **Bệnh viện Từ Dũ**

A/ THÔNG TIN CHỦ THẺ:

Họ và tên chủ thẻ:

Ngày sinh:

Số CMND:..... Số điện thoại:.....

Số thẻ: Hiệu lực :

B/ THÔNG TIN Y TẾ: Bệnh viện nhận bảo lãnh chi phí y tế cho các trường hợp sinh thường, mổ lấy thai, mổ phụ khoa, không nhận bảo lãnh chi phí y tế cho điều trị nội khoa.

Chẩn đoán vào viện:.....

.....

Phương pháp điều trị	Dự trù của bệnh viện	Xác nhận của ATACC			
		Số ngày lưu viện tối đa được hưởng	Hạn mức tiền phòng	Hạn mức lưu viện/1 ngày, bao gồm tiền phòng	Tổng chi phí được bảo lãnh
Sinh thường (3-5 ngày)					
Mổ lấy thai (5-10 ngày)					
Mổ phụ khoa (đường bụng) 5-10 ngày					
Mổ phụ khoa (nội soi) 5-10 ngày					

Ghi chú:

Đề nghị bệnh viện tiếp nhận khách hàng của **ATACC** và cho khách hàng hưởng đúng quyền lợi trên giấy xác nhận bảo lãnh số..... ngày.....tháng.....năm.....

Nếu có phát sinh thay đổi nào nhiều hơn so với dự kiến ban đầu trong giấy xác nhận bảo lãnh của khách hàng, đề nghị quý bệnh viện gửi lại thông tin qua email cho ATACC.

Chữ ký của người được bảo hiểm
(Ký và ghi rõ họ tên)

Ngày ... tháng.... năm.....
Xác nhận của ATACC
(Ký và đóng dấu)