

**Member Agreement for Cash-less Clinic/Hospital Visit**



Patient name (လူနာအမည်):	
NIRC / passport (NIRC/နိုင်ငံကူးလက်မှတ်):	
Name of employer(အလုပ်ရှင်အမည်):	
Appointment / admission date (ချိန်းဆိုရက်):	

**Agreement**

1. I am fully aware that the coverage for my visit to the panel clinic or hospital is subject to the benefits, exclusions, criteria, process and submission requirements and other terms and conditions of my health insurance policy or employee benefits plan.
2. I accept that any preliminary indications of coverage that may have been provided to me by Ulink Assist are based on the information provided to Ulink Assist at the time, and will be subject to final approval by Ulink Assist.
3. I hereby declare and acknowledge that I shall be liable in full for any excess amount or any non-covered charges in the event that the cost for the clinic visit, admission or surgical treatment exceeds the entitlement as stated in my health insurance policy or employee benefits plan or the medical condition and charges are not covered under the policy terms.
4. I hereby undertake to pay to Ulink Assist in full any excess amount or non-covered charges within 7 calendar days from the date of recovery notification.
5. I further authorise Ulink Assist, 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 from the above-named 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 coverage under my health insurance policy or employee benefits plan.

**သဘောတူညီချက်**

1. panelဆေးခန်း(သို့)ဆေးရုံသို့ကျွန်ုပ်လာရောက်ပြသမှု၏လွှမ်းခြုံမှုသည်အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ခြွင်းချက်များ၊စံသတ်မှတ်ချက်များ၊လုပ်ငန်းစဉ်များနှင့် တင်ပြရန်လိုအပ်ချက်များနှင့်ကျွန်ုပ်၏ကျန်းမာရေးအာမခံမူဝါဒ(သို့)ဝန်ထမ်းအကျိုးခံစားခွင့်အစီအစဉ်၏အခြားသတ်မှတ်ချက်များနှင့်အခြေအနေများ အပေါ်မူတည်သည် ကိုသိရှိပါသည်။
2. ကျွန်ုပ်အားUlinkAssistမှပေးသောလွှမ်းခြုံမှု၏ကနဦးညွှန်ပြချက်များသည်UlinkAssistအားပေးသောသတင်းအချက်အလက်များအပေါ်အခြေခံ ကြောင်းနှင့် UlinkAssist ၏နောက်ဆုံးအတည်ပြုချက်ကိုခံရလိမ့်မည်ကိုကျွန်ုပ်လက်ခံပါသည်။
3. ကျွန်ုပ်၏ဆေးခန်းပြသခြင်း(သို့)ဆေးရုံတက်ခြင်း(သို့)ခွဲစိတ်ကုသမှုကုန်ကျစရိတ်သည်ကျွန်ုပ်၏ကျန်းမာရေးအာမခံပေါ်လစီတွင်ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း (သို့)ဝန်ထမ်းအကျိုးခံစားခွင့်အစီအစဉ်ကိုကျော်လွန်ပါက (သို့)မူဝါဒသတ်မှတ်ချက်များအောက်တွင်မပါသောကျန်းမာရေးအခြေအနေနှင့်ကုန်ကျစရိတ်များ ဖြစ်ပါကပိုလျှံငွေသို့မဟုတ်လွှမ်းခြုံမှုတွင်မပါသောကျသင့်ငွေများအတွက်အပြည့်အဝတာဝန်ယူရမည်ကိုဝန်ခံပါသည်။
4. ကျွန်ုပ်၏ပိုလျှံငွေသို့မဟုတ်လွှမ်းခြုံမှုတွင်မပါသောကျသင့်ငွေများအတွက်ပြန်လည်ပေးရန်အကြောင်းကြားသည့်နေ့မှပြက္ခဒိန်ရက်(၇)ရက်အတွင်းUlink Assist ကိုပြန်လည်ပေးမည်ကိုကျွန်ုပ်ကတိပြုသည်။
5. ကျွန်ုပ်သည်UlinkAssistနှင့်၎င်း၏တွဲဘက်ကုမ္ပဏီများနှင့်မိတ်ဖက်များအားအထက်ပါဆေးဘက်ဆိုင်ရာဝန်ဆောင်မှုများမှခိုင်လုံသောရည်ရွယ်ချက်အတွက်အကဲဖြတ်ရန်ကျွန်ုပ်ခွင့်ပြုသည်။ဤသည်မှာကျွန်ုပ်၏ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအကူအညီဝန်ဆောင်မှုများသို့မဟုတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အကျိုးကျေးဇူးများကိုစီမံခန့်ခွဲရန်နှင့်အကာအကွယ်ပေးရန်ကျွန်ုပ်၏ကျန်းမာရေးအာမခံမူဝါဒ(သို့)ဝန်ထမ်းအကျိုးခံစားခွင့်အစီအစဉ်အရကျွန်ုပ်၏လွှမ်းခြုံမှု နှင့်စပ်လျဉ်း၍အကဲဖြတ်ရန်နှင့်ဆုံးဖြတ်ရန်အတွက်ဖြစ်သည်။

Member signature (လုပ်ဆောင်မည့်သူလက်မှတ်):		Member name လုပ်ဆောင်မည့်သူအမည်):	
		Date(ရက်စွဲ):	