

International Healthcare Plan Pre-certification Medical Form

致: To:	由: 中国人寿股份有限公司 From: China Life Insurance Company		
传真: Fax No.:	传真: Fax No.:		
电话: Tel No.:	电话: Tel No.:		
日期: 日 月 年 Date: Day Month Year	页: Pages:	1 of	
被保险人 Insured:			
出生日期: 日 月 年 DOB: Day Month Year	身份证号/护照号码: 如索赔为人民币付款且大于 1 万元或外币付款且大于等值美元 1 千元, 请提供相关护照或身份证件复印件.		
地 址 Location:	ID No. / Passport No. : Please attach with your ID card/Passport copy if the claim amount is above RMB10,000 for RMB payment or above USD1,000 for Non-RMB payment		
联系电话 Contact No.			
保单号: Policy No.:	理赔号: Claim No.:		
请经治医生填写下表 To be completed by treating physician			
经治医生: Treating Physician:	咨询医生: Referring Doctor:		
电话 Tel No.:	电话 Tel No.:		
传真 Fax No.:	传真 Fax No.:		
电子邮件 E-mail:	电子邮件 E-mail:		
医院: Admitting Hospital:	住院日期: Admission Date:	日 Day	月 Month 年 Year
医疗机构: Medical Facility:	出院日期: Discharge Date:	日 Day	月 Month 年 Year
联系人: Contact Person:	电话: Tel No.:	传真: Fax No.:	
请经治医生填写下表 To be completed by treating physician			
需要治疗的疾病(如果是慢性病, 请如实告知): Condition requiring treatment (Please advise if a chronic condition):			
根本病因 Underlying Cause			
首诊日期: 日 月 年 First consultation Date: Day Month Year	初次发现症状时间: 日 月 年 Symptoms apparent from: Day Month Year		
既往是否有这种疾病或出现过相似的症状? Has this or any similar condition existed previously? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (if Yes please attach details)			
治疗方案/计划: Proposed Treatment/Procedure:			
目前的药物治疗: Medication currently taken:			
病人以何种方式在医院治疗: Admit as:	住院病人 In-patient <input type="checkbox"/>	日间病人 Day patient <input type="checkbox"/>	门诊病人 Out-patient <input type="checkbox"/>
建议住院日期: Proposed admission date: 日 月 年 Day Month Year	预计住院时间: Estimated Length of stay:		
费用概算(请各相关部门填写) Cost Estimate (to be completed by all relevant parties)			
手术费(近似) Surgeons fee (approx)	麻醉费(近似) Anaesthetist Fee (approx)		
床位费 Room Rate	住院费(近似) Hospital Charges (approx)		
同意支付的费用 Agreed Fee	按时付款的折扣 Prompt Payment Discount		
费用总计 Package Cost			
医生签名/医院签章 Signature Doctor / Hospital Authority	日期: Date:	日 Day	月 Month 年 Year

请将病人所有的检查报告和实验室检查结果的资料发送电子邮件 chinaservices@goodhealthchina.cn 或传真至以下号码: +8621 6326 8525。
Please return by e-mail to chinaservices@goodhealthchina.cn or fax to +8621 6326 8525 along with full medical reports held in respect of the patient and any laboratory test results.