

PHỤ LỤC I

QUY TRÌNH BẢO LÃNH THANH TOÁN VIỆN PHÍ NGOẠI TRÚ

KHÁCH HÀNG

- 1- Xuất trình: thẻ bảo hiểm và giấy tờ tùy thân có ảnh.
- 2- Giấy khai sinh (nếu Người được bảo hiểm là trẻ em dưới 16 tuổi)
- 3- Đề nghị được BLVP ngoại trú với Cơ sở y tế

CƠ SỞ Y TẾ (Bệnh viện/Phòng khám/Nha khoa)

Bác sĩ điều trị hoặc cán bộ phụ trách bảo hiểm thực hiện thủ tục:

- 1- Kiểm tra thẻ bảo hiểm: họ và tên người được bảo hiểm đối chiếu với giấy tờ tùy thân có ảnh, kiểm tra thời hạn bảo hiểm in trên thẻ còn hiệu lực đến thời điểm tiếp nhận khám và điều trị.
- 2- Quản lý thẻ bảo hiểm và giấy tờ tùy thân có ảnh của người bệnh là người được bảo hiểm đến khi kết thúc khám, chữa bệnh.
- 3- Điền thông tin vào “Giấy đề nghị bảo lãnh viện phí và yêu cầu bồi thường”:
 - Điền đầy đủ thông tin của người bệnh là người được bảo hiểm.
 - Đề nghị người được bảo hiểm ký bằng bút mực và ghi rõ họ tên.
- 4- Đại diện Bệnh viện/Phòng khám/Nha khoa ký, ghi rõ họ tên người làm thủ tục và đóng dấu của cơ sở y tế.
- 5- Tham khảo chẩn đoán bệnh có thuộc phạm vi “Quy định về bảo lãnh viện phí” hay không.
- 6- Liên hệ với Insmart qua điện thoại, fax hoặc email thông báo bảo lãnh
- 7- Gửi “Giấy đề nghị bảo lãnh viện phí và yêu cầu bồi thường” cho **Bên B** bằng Fax hoặc email.
- 8- Thông báo cho người bệnh thời gian chờ **Bên B** xác nhận bảo lãnh viện phí (theo cam kết).

INSMART

Thẩm tra phạm vi bảo lãnh viện phí

Thuộc phạm vi

- Xác nhận đồng ý BLVP trong vòng 30 phút .
- Ghi rõ mức bồi thường phản hồi bằng fax hoặc email.

Không thuộc phạm vi

- Xác nhận từ chối bảo lãnh viện phí.
- Ghi rõ lý do từ chối bảo lãnh phản hồi bằng fax hoặc email.
- Thông báo cho người được bảo hiểm.

CƠ SỞ Y TẾ

- 1- Thông báo bảo lãnh viện phí cho người bệnh.
- 2- Thực hiện khám bệnh, chữa bệnh theo quy chế của Bộ y tế
Phát hiện vi phạm sử dụng thẻ bảo hiểm.
- 3- Hoàn tất hồ sơ BLVP:
 - Chứng từ hành chính: bản gốc
 - Chứng từ y tế: bản gốc hoặc bản photocopy sao y bản chính.
 - Chứng từ thanh toán: bản gốc, ngày xuất Biên lai/Hóa đơn Tài chính
- 4- Trong 15 ngày kể từ ngày người bệnh kết thúc khám bệnh, chữa bệnh **Bên A** gửi toàn bộ hồ sơ thanh toán bảo lãnh viện phí cho **Bên B**

KHÁCH HÀNG

Thanh toán các chi phí khám, điều trị

KHÁCH HÀNG

- Ký bằng bút mực, ghi rõ họ tên vào “Giấy đề nghị bảo lãnh viện phí và yêu cầu bồi thường”.
- Kiểm tra chi phí khám, chữa bệnh đã sử dụng, ký bằng bút mực, ghi rõ họ tên vào Biên lai/Hóa đơn Tài chính / Bảng kê chi tiết.
- Chi trả những chi phí khám, chữa bệnh ngoài phạm vi được bảo lãnh viện phí

INSMART

- Kiểm tra thủ tục hành chính và thẩm định y khoa- thông báo bổ sung hồ sơ (nếu có)
- Hoàn trả các chi phí BLVP trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận đủ hồ sơ.

PHỤ LỤC II QUY TRÌNH THANH TOÁN BẢO LÃNH VIỆN PHÍ NỘI TRÚ

KHÁCH HÀNG

- Đồng ý nhập viện theo chỉ định của bác sỹ - phải tự trả tiền đặt cọc hoặc ký giấy cam kết chi trả viện phí theo quy định của Bệnh viện.
- Xuất trình: thẻ bảo hiểm, giấy tờ tùy thân có ảnh /Giấy khai sinh (đối với trẻ em <16 tuổi)
- Đề nghị được bảo lãnh viện phí với Bệnh viện

BỆNH VIỆN

Bác sĩ điều trị hoặc cán bộ phụ trách bảo hiểm thực hiện thủ tục:

- 1- Kiểm tra thẻ bảo hiểm: họ và tên người được bảo hiểm đối chiếu với giấy tờ tùy thân có ảnh, kiểm tra thời hạn bảo hiểm in trên thẻ còn hiệu lực đến thời điểm tiếp nhận khám và điều trị.
- 2- Quản lý thẻ bảo hiểm và giấy tờ tùy thân có ảnh của người bệnh là người được bảo hiểm đến khi kết thúc khám, chữa bệnh.
- 3- Điền thông tin vào “Giấy đề nghị bảo lãnh viện phí và yêu cầu bồi thường”:
 - Điền đầy đủ thông tin của người bệnh là người được bảo hiểm.
 - Đề nghị người được bảo hiểm ký bằng bút mực và ghi rõ họ tên.
 - Đại diện Bệnh viện/Phòng khám/Nha khoa ký, ghi rõ họ tên người làm thủ tục và đóng dấu của cơ sở y tế
- 4- Tham khảo chẩn đoán bệnh có thuộc phạm vi “Quy định về bảo lãnh viện phí” hay không.
- 5- Gửi “Giấy đề nghị bảo lãnh viện phí và yêu cầu bồi thường” cho **Bên B** bằng Fax hoặc email.
- 6- Thông báo cho người bệnh thời gian chờ **Bên B** xác nhận bảo lãnh viện phí (theo cam kết).

INSMART

Thẩm tra phạm vi bảo lãnh viện phí

Thuộc phạm vi

- Xác nhận đồng ý BLVP không quá 24 giờ.
- Ghi rõ mức bồi thường phản hồi bằng fax hoặc scan gửi email.

Không thuộc phạm vi

- Xác nhận từ chối bảo lãnh viện phí.
- Ghi rõ lý do từ chối bảo lãnh phản hồi bằng fax hoặc email.
- Thông báo cho người được bảo hiểm.

CƠ SỞ Y TẾ

- 1- Thông báo bảo lãnh viện phí cho người bệnh.
- 2- Thực hiện khám bệnh, chữa bệnh theo quy chế của Bộ y tế
 - Phát hiện vi phạm sử dụng thẻ bảo hiểm.
- 3- Thông báo mọi thay đổi **nhiều hơn** so với dự kiến ban đầu cho Insmart
- 4- Hoàn tất hồ sơ BLVP:
 - Chứng từ hành chính: bản gốc
 - Chứng từ y tế: bản gốc hoặc bản photocopy sao y bản chính.
 - Chứng từ thanh toán: xuất Biên lai/ Hoá đơn Tài chính.
- 5- Trong 15 ngày kể từ ngày người bệnh kết thúc khám bệnh, chữa bệnh **Bên A** gửi toàn bộ hồ sơ thanh toán bảo lãnh viện phí cho **Bên B**

KHÁCH HÀNG

Thanh toán các chi phí khám, điều trị

KHÁCH HÀNG

- Ký bằng bút mực, ghi rõ họ tên vào “Giấy đề nghị bảo lãnh viện phí và yêu cầu bồi thường”.
- Kiểm tra chi phí khám, chữa bệnh đã sử dụng, ký bằng bút mực, ghi rõ họ tên vào Biên lai/Hoá đơn Tài chính /Bảng kê chi tiết viện phí.
- Chi trả những chi phí khám, chữa bệnh ngoài phạm vi được bảo lãnh viện phí

INSMART

- Kiểm tra thủ tục hành chính và thẩm định y khoa- thông báo bổ sung hồ sơ (nếu có)
- Hoàn trả các chi phí BLVP trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận đủ hồ sơ.

PHỤ LỤC III

QUY ĐỊNH VỀ BẢO LÃNH VIỆN PHÍ

I - Từ chối bảo lãnh viện phí:

Bên B sẽ từ chối bảo lãnh viện phí những trường hợp liên quan hay chi phí khám điều trị hậu quả của chúng đối với các trường hợp quy định cụ thể dưới đây và người bệnh (Người được bảo hiểm) phải tự thanh toán chi phí cho Bệnh viện trước khi xuất viện.

1. Kiểm tra, tầm soát, khám sức khỏe định kỳ, khám giám định y khoa, điều trị phòng ngừa, tiêm vaccine.
2. Kế hoạch hóa sinh đẻ, điều trị vô sinh, thay đổi giới tính, rối loạn chức năng sinh dục.
3. Điều trị tâm thần, rối loạn tâm lý, stress.
4. Khuyết tật bẩm sinh, dị tật bẩm sinh, các bệnh hoặc dị dạng thuộc về gen, tình trạng sức khỏe di truyền với các dấu hiệu từ lúc sinh.
5. Điều trị bệnh phong, bệnh AIDS, H1N1, H5N1, giang mai, lậu, và các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục khác, bệnh nghề nghiệp.
6. Điều dưỡng, an dưỡng.
7. Điều trị thẩm mỹ, điều trị cân nặng và các hậu quả có liên quan.
8. Điều trị các hậu quả của việc sử dụng ma túy, thuốc ngủ liều cao, các chất có cồn hoặc để điều trị các bệnh nghiện.
9. Chiến tranh hoặc các hành động thù địch kể cả có tuyên chiến hay không, khủng bố, tác nhân hạt nhân hoặc do chất phóng xạ.
10. Việc điều trị không được khoa học công nhận, điều trị thử nghiệm.
11. Các bệnh lý thuộc điểm loại trừ riêng khác (nếu có) tùy theo từng hợp đồng cụ thể.
12. Các sản phẩm là thực phẩm chức năng, mỹ phẩm và sản phẩm không phải là thuốc...

II - Những chi phí không được bảo hiểm khi người bệnh đã được bảo lãnh viện phí:

1. Chi phí cho các bộ phận giả, dụng cụ chỉnh hình, các thiết bị trợ thính hoặc thị lực, nạng hay xe lăn hoặc các dụng cụ khác.
2. Chi phí điện thoại, fax, photocopy, tiền ăn, người nhà hoặc người chăm sóc.
3. Chi phí mua, vận chuyển các cơ quan cấy ghép và phí tổn cho người hiến nội tạng.
4. Chi phí y tế cận lâm sàng không liên quan trực tiếp đến chẩn đoán và điều trị những bệnh lý đã bảo lãnh.
5. Chi phí Điều trị và phẫu thuật theo yêu cầu riêng của Người được bảo hiểm mà không liên quan tới điều kiện điều trị và phẫu thuật bình thường do ngành y tế quy định .

Lưu ý:

- **Bên B** đảm bảo các trường hợp không được bảo lãnh quy định tại Mục I, II hoàn toàn phù hợp với chính sách bảo hiểm hiện đang áp dụng đối với khách hàng và tự chịu trách nhiệm với khách hàng về chính sách quy định tại điều này.
- Những trường hợp không rơi vào những điểm loại trừ trên đây, **Bên B** sẽ thông báo cụ thể cho **Bên A** trên “Thư bảo lãnh thanh toán chi phí y tế”.
- **Bên A** có trách nhiệm thu từ Người được bảo hiểm các chi phí không thuộc phạm vi bảo hiểm hoặc không được bảo lãnh viện phí
- Trường hợp **Bên A** cung cấp không đầy đủ thông tin về các chi phí thuộc Mục I, II dẫn đến việc **Bên B** xác nhận bảo lãnh viện phí sai, **Bên A** phải chịu trách nhiệm hoàn toàn.
- Trường hợp **Bên A** không xác định được phạm vi quyền lợi được bảo lãnh viện phí báo ngay cho **Bên B** .



Insurance Management Solutions

CÔNG TY TNHH INSMART

***Trụ sở chính:** Tầng 9 - Tòa nhà HEID, K3B – ngõ 6A – Phố Thành Công – Quận Ba Đình – Hà Nội

Điện Thoại : 04 3 7728106 - Fax: 04 3 7728 110 - **Hotline: 0949.438.558**

***Chi nhánh Hồ Chí Minh:** Phòng 202, Lầu 2, Tòa nhà HBT,456-458 Hai Bà Trưng, Phường Tân Định, Quận 1, TP.HCM

ĐT : (84 8) 38483854 – (84 8) 38483856- Fax (84 8)38483834 - **Hotline: 0933754915**

Webside: www.insmart.com.vn

PHỤ LỤC IV

GIẤY ĐỀ NGHỊ BẢO LÃNH VIỆN PHÍ VÀ YÊU CẦU BỒI THƯỜNG

Guarantee Letter (GL) and Claim form

I. THÔNG TIN BỆNH NHÂN/ PATIENT 'S INFORMATION:

Họ và tên người được bảo hiểm/ *Insured's*

Name:.....

Ngày tháng năm sinh/ *D.O.B:*Quốc tịch/ *Nationality:* Công ty/ *Company:*.....

.....

Địa chỉ (nơi ở):.....

Số điện thoại/ *Insured's telephone*..... Email:

Số thẻ bảo hiểm/ *Insurance Card No:*..... Thời hạn bảo hiểm/ *Validity of insurance:*

Điều trị ở khoa/ *Department*Số phòng/ *Room No.*.....

Ngày xảy ra ốm đau/tai nạn/bệnh tật/ *Date of illness/accident/disease:*/...../20.....

Ngày khám và điều trị/ *Date of consultation and treatment:*/...../ 20.....

Nguyên nhân rủi ro/ *Reason:*

Tình trạng bệnh-tai nạn/ *Conditions of disease/accident:*

Dự kiến phương pháp điều trị/ *Expected method of treatment:*

.....

.....

Thời gian điều trị/ *Duration of treatment:*

Dự kiến chi phí điều trị/ *Estimated medical expenses:*

- Tiền khám bệnh/ *Consultation Fees:*

- Tiền thuốc/ *Medicine costs:*

- Tiền phòng/ *Room and Board Fees:*

- Cận lâm sàng/ *Lab, Diagnosis, X-ray Costs:*

- Phẫu thuật/ *Surgery Costs:*

- Chi phí khác/ *Others Costs:*

Tổng cộng/Total:

II. Ý KIẾN VỀ VẤN ĐỀ BẢO LÃNH VIỆN PHÍ/ COMMENTS ON GL

.....

.....

.....

III. YÊU CẦU BỒI THƯỜNG / CLAIM REQUIREMENT

- Tôi hiểu rằng xác nhận yêu cầu bảo lãnh viện phí của Quý công ty là dự kiến chi phí y tế dựa trên chẩn đoán bệnh ban đầu của bác sỹ khám bệnh. Khi kết thúc quá trình khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở y tế tôi cam kết kiểm tra và ký xác nhận (ký và ghi rõ họ tên) chi phí thực tế cuối cùng trên chứng từ thanh toán (bao gồm Hóa đơn GTGT hoặc “ Bảng kê chi tiết viện phí”).
- Tôi ủy quyền cho cơ sở y tế nơi tôi khám bệnh, chữa bệnh chuyển toàn bộ Hồ sơ thanh toán bảo lãnh viện phí cho Quý công ty để thanh toán tiền bồi thường cho cơ sở y tế đã khám bệnh, chữa bệnh cho tôi theo phạm vi và quyền lợi bảo hiểm được hưởng.
- Bằng Yêu cầu bồi thường này, tôi đề nghị Quý công ty thanh toán số tiền tôi đã ký xác nhận tại chứng từ thanh toán (bao gồm Hóa đơn GTGT hoặc “ Bảng kê chi tiết viện phí”) thuộc phạm vi, quyền lợi bảo hiểm của tôi và chuyển quyền thụ hưởng số tiền này cho Cơ sở y tế. Tôi có trách nhiệm thanh toán cho cơ sở y tế và Công ty bảo hiểm những chi phí phát sinh không thuộc phạm vi bảo hiểm.
- *I understand that the Guarantee Letter issued by Insmart is estimated medical costs based on the initial diagnosis by the doctor. At the end of the examination and treatment at medical provider, I commit to check and confirm the final actual costs on VAT invoices or "detailed list of hospital fees."*
- *I authorize the medical provider where I have consulted and treated to transfer all the documents related to direct billing expenses that is in accordance with the insurance benefits and scope of cover, to Insmart Company Limited so that payment can be made to the medical provider.*
- *By this Guarantee Letter, I would request your Company to pay the amount I have signed on the VAT invoice or "detailed list of hospital charges" and transfer claim approved amount to the medical provider. I will be responsible for paying any expenses arising which are not insured.*

IV. CAM KẾT CỦA BỆNH NHÂN/PATIENT 'S DECLARATION:

Tôi cam đoan những thông tin trên là chính xác và đầy đủ. Với giấy yêu cầu này tôi cũng đồng ý để Công ty bảo hiểm và đại diện của họ tiếp cận với các bên thứ ba không giới hạn ở bác sỹ đã và đang điều trị cho tôi.

I declare that all information, to the best of my knowledge, provided on this claim form is truthful and correct. I also understand that this declaration give permission to the insurer and their appointed representatives to approach any third party for information required to complete their assessment of this claim including, but not limited to my current and previous Medical - Practitioners and I permit to the hospital /dental clinic/clinic where I treated on behalf of me to a beneficiary.

Người được bảo hiểm/Insured
(ký và ghi rõ họ tên/signature & name)

Ngày.....tháng.....năm...../Date(dd/mm/yyyy)
Bệnh viện/Phòng khám/Nha khoa/Hospital
(ký và đóng dấu/signature & stamp)

PHỤ LỤC V

HOSPITALIZATION GUARANTEE LETTER

REFERRAL INFORMATION			
Guarantee Letter Type: :GLStatus:			
Payor/Insurer Name :		Top-Up Availability:	
Authorization No : :	Auth.Date :	Valid Until :	
Reason for Denial :			
PATIENT INFORMATION			
Patient Name: :	Card no : :	Staff No : :	
Patient ID :	Date of Birth: :		
Policy No : :	Plan code: :		
Effective Date :	Expiry Date: :	Visit No. :	
Company Name:			
Address:			
Telephone number:	Email:		
HOSPITAL INFORMATION			
Hospital/Medical Centre:			
Address:			
Consulting Doctors Name:			Specialty:
PROCEDURE AND DIAGNOSIS			
Length of Stay (Days) :	Admission Date :	Estimated Cost :	
Diagnosis :		Type of Procedure:	
<u>Type</u>	<u>Code</u>	<u>Diagnosis</u>	
CONTACT/POLICY INFORMATION			
Contact Information/Assis:			
Remarks: :			
Exclusions : :			
GUARANTEE LIMIT			
MD.MPH .Lương Thu Oanh / Dr.Bùi Thị Phương Huyền Medical Personnel / Executive			
THIS GUARANTEE LETTER IS NOT VALID UNLESS THIS SECTION BELOW IS ACKNOWLEDGED AND SIGNED BY THE PRINCIPAL/EMPLOYEE.			
Principal/Employee → Insured Name :		Staff No/ INsured <--Employee ID :	
- I understand that the Guarantee Letter issued by Insmart is estimated medical costs based on the initial diagnosis by the doctor. At the end of the examination and treatment at medical provider, I commit to check and confirm the final actual costs on VAT invoices or "detailed list of hospital fees."			
- I authorize the medical provider where I have consulted and treated to transfer all the documents related to direct billing expenses that is in accordance with the insurance benefits and scope of cover, to Insmart Company Limited so that payment can be made to the medical provider.			
- By this Guarantee Letter, I would request your Company to pay the amount I have signed on the VAT invoice or "detailed list of hospital charges" and transfer claim approved amount to the medical provider. I will be responsible for paying any expenses arising which are not insured.			
Signature of Principal /Employee		Date:	

PHỤ LỤC V
THƯ BẢO LÃNH THANH TOÁN CHI PHÍ Y TẾ

THÔNG TIN CHUNG			
Loại bảo lãnh :	:		Trạng thái BLVP :
Công ty BH :	:		bổ sung :
Số thư bảo lãnh :	:	Ngày gửi thư xác nhận BL :	Có giá trị đến ngày :
Lý do từ chối :	:		
THÔNG TIN BỆNH NHÂN			
Họ và tên :	:	Số thẻ :	Mã nhân viên :
Số thẻ bệnh nhân :	:	Ngày sinh :	
Số hợp đồng :	:	Chương trình BH :	
Ngày hiệu lực :	:	Ngày hết hạn :	Lần khám số :
Tên công ty :	:		
THÔNG TIN BÁC SỸ			
Tên bác sỹ khám :	:	Chuyên khoa:	
Bệnh viện/TT Y tế :	:		
Địa chỉ :	:		
THÔNG TIN NHẬP VIỆN CHUẨN ĐOÁN (DỰ KIẾN)			
Số ngày nằm viện :	:	Ngày nhập viện :	Chi phí dự tính : 41,855,713.00
Chẩn đoán :	:	Thu thuật	
<u>Chẩn đoán</u>			
Viêm phế quản phổi - suy hô hấp độ 2			
THÔNG TIN HỢP ĐỒNG			
Thông tin liên lạc/ Chi tiết :	:		
Ghi chú :	:		
Điều khoản loại trừ :	:		
GIỚI HẠN BẢO LÃNH			
<i>Phần dành cho INSMART</i>			
Ths. Bs. Lương Thu Oanh / Bs. Bùi Thị Phương Huyền Người duyệt / Người giải quyết			
THƯ BẢO LÃNH KHÔNG CÓ HIỆU LỰC TRỪ KHI THÔNG TIN DƯỚI ĐÂY ĐƯỢC NHÂN VIÊN/NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM ĐỒNG Ý VÀ KÝ XÁC NHẬN.			
Tên/NĐBH :		Mã nhân viên/CMND :	
<p>- Tôi hiểu rằng xác nhận bảo lãnh viện phí của Quý công ty là dự kiến chi phí y tế dựa trên chẩn đoán bệnh ban đầu của bác sỹ khám bệnh. Khi kết thúc quá trình khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở y tế tôi cam kết kiểm tra và ký xác nhận (ký và ghi rõ họ tên) chi phí thực tế cuối cùng trên chứng từ thanh toán (bao gồm Hóa đơn GTGT hoặc “ Bảng kê chi tiết viện phí”).</p> <p>- Tôi ủy quyền cho cơ sở y tế nơi tôi khám bệnh, chữa bệnh chuyển toàn bộ Hồ sơ thanh toán bảo lãnh viện phí cho Quý công ty để thanh toán tiền bồi thường cho cơ sở y tế đã khám bệnh, chữa bệnh cho tôi theo phạm vi và quyền lợi bảo hiểm được hưởng.</p> <p>- Bảng Yêu cầu bồi thường này, tôi đề nghị Quý công ty thanh toán số tiền tôi đã ký xác nhận tại chứng từ thanh toán (bao gồm Hóa đơn GTGT hoặc “ Bảng kê chi tiết viện phí”) thuộc phạm vi, quyền lợi bảo hiểm và chuyển quyền thụ hưởng số tiền này cho Cơ sở y tế. Tôi có trách nhiệm trả cho cơ sở y tế và công ty bảo hiểm những chi phí phát sinh mà không thuộc phạm vi bảo hiểm</p>			

PHỤ LỤC VI
ĐỊA CHỈ LIÊN HỆ CỦA CÁC BÊN

1. CÔNG TY TNHH INSMART

1.1. Văn phòng giao dịch tại Hà Nội

Địa chỉ: Tầng 9 - Tòa nhà HEID, K3B – ngõ 6A – Phố Thành Công – Quận Ba Đình – Hà Nội

Điện Thoại : 04 3 7728106 - Fax: 04 3 7728 110

Bộ phận phụ trách :

Phòng TPA – INSMART

Bs: Bùi Thị Phương Huyền.

Điện Thoại : 04 3 772.8106 - Fax: 04 3 772.8110

Email: huyen.btp@insmart.com.vn

Ms. Nguyễn Thị Thái.

Email : thai.nt@insmart.com.vn

Điện thoại: 04 3 7728106 - Fax: 04 3 7728 110 - Hotline: 0949438558

1.2. Văn phòng giao dịch tại TP Hồ Chí Minh

Địa chỉ: Tòa nhà HBT-G02-456-458 Hai Bà Trưng – Phường Tân Định – Quận 1- TP Hồ Chí Minh.

Điện thoại: 08.3 848.4829 - Fax: 08.3 848.3834.

Bộ phận phụ trách :

Phòng TPA – INSMART

Ms Võ Thị Ngọc Mai

Điện Thoại : 08.3 848,4829 - Fax: 08.3 848.3834.

Email: mai.vtn@insmart.com.vn

Ms. Nguyễn Kim Ngân.

Email : ngan.nk@insmart.com.vn

Điện thoại : 08.3 848.4829 - Fax: 08.3 848.3834. - Hotline: 0933.754.915.

2. BỆNH VIỆN

Địa chỉ:

Điện thoại :

Fax:

Bộ phận phụ trách :

Email:

Điện thoại: - Mobile:

Email:

Điện thoại: - Mobile:

