



# မြန်မာ့အာမခံလုပ်ငန်း ကျန်းမာရေးအာမခံအဆိုလွှာ

ကိုယ်စားလှယ်အမည် -----

ကိုယ်စားလှယ်အမှတ် -----

အာမခံထားသူအမည် -----

အဘအမည် -----

မွေးသက္ကရာဇ်(လာမည့်မွေးနေ့တွင်ပြည့်မည့်အသက်)-----

မွေးဖွားရာဇာတိ -----

လူမျိုး -----

အိမ်ထောင်ရှိ/မရှိ ရှိ  မရှိ

ကျား/မ ကျား  မ

အရပ် ----- ပေ ----- လက်မ

ကိုယ်အလေးချိန် ----- ပေါင်

နိုင်ငံသား/နိုင်ငံခြားသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ်-----

အလုပ်အကိုင် -----

နေရပ်လိပ်စာ -----

တယ်လီဖုန်းအမှတ် -----

မြန်မာနိုင်ငံတွင် ခေတ္တနေထိုင်သူဖြစ်ပါက-  
အလုပ်လုပ်ကိုင်ခြင်း/လည်ပတ်နေထိုင်ခွင့်/အခြားကိစ္စများ-----

### ဝယ်ယူလိုသည့် ယူနစ်

စဉ်	အာမခံအကာအကွယ်	အကျိုးခံစားခွင့်ရရှိနိုင်မှု	ဝယ်ယူနိုင်သည့် ယူနစ်	ဝယ်ယူမည့် ယူနစ်
၁	အခြေခံအာမခံ အကာအကွယ်	- ရောဂါကြောင့်ဆေးရုံတက်ခြင်း - မတော်တဆမှုကြောင့်ဆေးရုံတက်ခြင်း - သေဆုံးခြင်း	၁ ယူနစ် မှ ၁၀ ယူနစ်	
၂	ရွေးချယ်နိုင်သည့်အာမခံ အကာအကွယ်(၁)	- ခွဲစိတ်ကုသခြင်း - ကိုယ်ဝန်ပျက်ကျခြင်း	၁ ယူနစ် မှ ၁၀ ယူနစ်	
၃	ရွေးချယ်နိုင်သည့်အာမခံ အကာအကွယ် (၂)	- ဆေးရုံ/ဆေးခန်းပြသခြင်း	၁ ယူနစ် မှ ၁၀ ယူနစ်	

(အခြေခံအာမခံအကာအကွယ်နှင့် ရွေးချယ်နိုင်သည့်အာမခံအကာအကွယ်(၁) (၂) တို့ကိုတွဲဖက်၍ ဝယ်ယူနိုင်သည်။ ရွေးချယ်နိုင်သည့် အာမခံအကာအကွယ်များကို သီးခြားမရောင်းပါ။ ရွေးချယ်နိုင်သည့်အာမခံအကာအကွယ်များကို မိမိဝယ်ယူထားသော အခြေခံအာမခံအကာအကွယ်ယူနှစ်အရေအတွက်အထိသာ အများဆုံး ဝယ်ယူနိုင်သည်။ )

**ပရီမီယံကြေးပေးသွင်းနည်း**

**အစုအဖွဲ့အလိုက်ထားခြင်း**

(Group Customer)

လစဉ်ပေး  ၃ လတစ်ကြိမ်ပေး  ၆လတစ်ကြိမ်ပေး  တစ်လုံးတည်းပေး

**တစ်ဦးချင်းထားရှိခြင်း**

(Individual Customer)

၆လတစ်ကြိမ်ပေး  တစ်လုံးတည်းပေး

**အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ**

အမည် -----

မွေးသက္ကရာဇ် -----

နိုင်ငံသား/နိုင်ငံခြားသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ်-----

တော်စပ်ပုံ -----

နေရပ်လိပ်စာ -----

တယ်လီဖုန်းအမှတ် -----

**ဖွင့်ဟကြေငြာလွှာ**

**လတ်တလော ကျန်းမာရေးအခြေအနေ**

(၁) လွန်ခဲ့သည့် ၃ လအတွင်း ဆရာဝန်ထံမှစမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း (ဆေးရုံတက်ခြင်း၊ ခွဲစိတ်ကုသခြင်း အပါအဝင်) ဆေးသောက်ရန် ညွှန်ကြားခံခဲ့ရခြင်းများရှိခဲ့ပါသလား။ ရှိ  မရှိ

**လွန်ခဲ့သော ၅နှစ်အတွင်း ကျန်းမာရေးအခြေအနေ**

(၂) လွန်ခဲ့သော ၅ နှစ်အတွင်းတွင် အောက်ပါဇယားတွင်ဖော်ပြထားသည့် ရောဂါကြောင့် ဆရာဝန်ထံမှစမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း (ဆေးရုံတက်ခြင်း၊ ခွဲစိတ်ကုသခြင်း အပါအဝင်) ဆေးသောက်ရန် ညွှန်ကြားခံခဲ့ရခြင်းများ ရှိခဲ့ပါသလား။

နှလုံး၊ သွေးပေါင်ချိန်	သွေးတိုးခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ရင်ဆို့နာ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	နှလုံးသွေးကြောပိတ်ခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	နှလုံးအဆိုရှင်ရောဂါ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	နှလုံးခုန်နှုန်းမမှန်ခြင်း			ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
ဦးနှောက်	ဦးနှောက်သွေးယိုစီးခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ဦးနှောက်သွေးကြောပိတ်ခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	ပင့်ကူမြှေးအောက်သွေး သွန်ခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ဦးနှောက်သွေးလွတ်ကြော ဖောင်းခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
စိတ်၊ အာရုံကြော	စိတ်ကျရောဂါ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	စိတ်ကစဉ့်ကလျားရောဂါ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	အသိဉာဏ်ဆိုင်ရာချွတ် ယွင်းခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ဝက်ရူးပြန်ခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	အရက်စွဲခြင်း			ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
အဆုတ်	အဆုတ်ရောဂါ (တီဘီစသည်)			ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
အစာအိမ်၊ အသည်း၊ ကျောက်ကပ်	အစာအိမ်အနာဖြစ်ခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	အသည်းရောင်ခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	အသည်းခြောက်ခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ကျောက်ကပ်ရောင်ခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	ကျောက်ကပ်ယိုယွင်း ရောဂါ Nephrosis	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ကျောက်ကပ်ပုံမှန် အလုပ်မလုပ်ခြင်း Kidney failure	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
မျက်လုံး	အတွင်းတိမ်	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ရေတိမ်	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	မြင်လွှာရောဂါ(Retinitis pigmentosa)			ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
ကင်ဆာ၊ အလုံး အကျိတ်(ကင်ဆာ ဖြစ်သော၊ ကင်ဆာ မဟုတ်သော)	ကင်ဆာနှင့်ကင်ဆာမဟုတ်သော အလုံးအကျိတ်စသည်			ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
အမျိုးသမီးသီးသန့်	သားအိမ်အလုံး	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	မျိုးဥအိမ်အလုံးအကျိတ်	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	နှို့ရည်ဂလင်းရောဂါ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ခွဲမွေးခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
အခြား	သွေးထဲအဆီများလွန်းခြင်း			ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	ပန်းနာရင်ကြပ်	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ဆီးချိုရောဂါ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	ခါးနာခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ရိုးဆက်ရောင်ရမ်းနာ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	လေးဘက်နာ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ကိုယ်ဝန်မရခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>

(၃) လွန်ခဲ့သော ၅ နှစ်အတွင်း ဇယားတွင်မပါရှိသော ရောဂါနှင့်ထိခိုက်ဒဏ်ရာတို့ကြောင့် ခွဲစိတ်ကုသခြင်း သို့မဟုတ် ဆရာဝန်စပြုသည့်နေ့မှစပြီး နောက်ဆုံးကုသမှုခံယူသည့်နေ့အထိ ၇ ရက်နှင့်အထက် ဆရာဝန်ထံ မှစမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း(ဆေးရုံတက်ခြင်း အပါအဝင်)၊ ဆေးသောက်ရန် ညွှန်ကြားခံခဲ့ရခြင်းများရှိခဲ့ပါသလား။

ရှိ  မရှိ

**ခန္ဓာကိုယ်ထိခိုက်မှု**

(၄) လက်ရှိအမြင်အာရုံထိခိုက်ခြင်း၊ လက်၊ ခြေနှင့် လက်ချောင်းခြေချောင်းတို့တွင် ထိခိုက်ပျက်စီးမှု (သို့) လုပ်ဆောင်နိုင်စွမ်း ချို့ယွင်းနေခြင်း၊ သို့မဟုတ် ကျောရိုးမူမမှန်ခြင်းနှင့် အခြားသော ထိခိုက်ချို့ယွင်းမှုများ ရှိပါသလား။

ရှိ  မရှိ

(က) အစိတ်အပိုင်း-

(ခ) အခြေအနေ -

(ဂ) ရောဂါအခြေအနေဒီထက်ပိုဆိုးမလာတော့ဘဲတည်ငြိမ်သွားသည့်အချိန် -----နှစ် -----လ

(ဃ) အကြောင်းရင်း -

(င) အမြင်အာရုံ - (ဘယ်) ပါဝါ (ညာ) ပါဝါ

**ဆေးစစ်ခြင်း**

(၅) လွန်ခဲ့သော ၁ နှစ်အတွင်း X-ray ရိုက်ခြင်း၊ Ultrasound ရိုက်ခြင်း၊ CT Scan ရိုက်ခြင်း၊ အသားစယူ စစ်ဆေးခြင်း၊ ECG ရိုက်ခြင်း၊ ဆီးစစ်ခြင်း၊ သွေးစစ်ခြင်းနှင့် အခြားသောစစ်ဆေးမှုများကိုခံယူခဲ့ပြီး၊ မူမမှန် သည့်အချက်ရှိသည်ဟု ထောက်ပြခံခဲ့ရပါသလား။

ရှိ  မရှိ

(က) စမ်းသပ်မှုခံယူသည့်နှစ်၊ ----- လဝန်းကျင်

(ခ) မူမမှန်သည့်အချက် -----

(၆) (က) မှ (င)အထိ မေးခွန်းတစ်ခုခုတွင် “ရှိ” ဟုဖော်ပြထားပါက အောက်တွင် အသေးစိတ်ဖြည့်စွက်ပေးပါ။

(က) ရောဂါ၊ ထိခိုက်ဒဏ်ရာအမည် -----

(ခ) ဆေးရုံ၊ ဆေးခန်းအမည် -----

(ဂ) လက်ရှိအခြေအနေ

လုံးဝပျောက်ကင်းပြီး  စစ်ဆေးနေဆဲ  ကုသနေဆဲ

အခြေအနေစောင့်ကြည့်နေဆဲ  အခြား

• အခြေအနေစောင့်ကြည့်နေဆဲဖြစ်ပါက ဆေးရုံ/ဆေးခန်းသွားပြသည့်ကြိမ်နှုန်း ( လတွင် ၁ ကြိမ်)

(ဃ) စမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်းကာလ ----- ခုနှစ်၊ ----- လ မှ ----- ခုနှစ်၊ ----- လ

(င) ကုသသည့်ဆရာဝန်၏ သီးခြားညွှန်ကြားချက်ရှိက ဖော်ပြရန် -----

**မိမိကိုယ်တိုင်သိရှိခံစားမိသည့်ရောဂါလက္ခဏာ**

(၇) လွန်ခဲ့သော ၆ လအတွင်း အောက်ပါရောဂါလက္ခဏာများကို ၁ ပတ်ထက်ပို၍ ခံစားဖူးပါသလား။

ပင်ပန်းနွမ်းနယ်ခြင်း၊ ကိုယ်အလေးချိန်ကျခြင်း၊ ဝမ်းသွားခြင်း၊ မူးခြင်း၊ အရေပြားအနာဖြစ်ခြင်း

ရှိ  မရှိ

**ကင်ဆာရောဂါဖြစ်ခြင်း**

(၈) လက်ရှိအချိန်အထိ ကင်ဆာရောဂါဖြစ်ခဲ့ဖူးပါသလား။

ရှိ  မရှိ

**ကိုယ်ဝန်**

(၉) လက်ရှိကိုယ်ဝန်ရှိနေပါသလား။ သို့မဟုတ် ရာသီမလာခြင်း၊ ကိုယ်ဝန်ရှိစ မူးဝေအော့အန်ခြင်းဖြစ်နေသည် ဟုယူဆရသည့် လက္ခဏာရှိခြင်း စသည့်ကိုယ်ဝန်ရှိနိုင်သည့်လက္ခဏာများရှိပါသလား။ ရှိ  မရှိ   
အဖြေသည် "ရှိ" ဖြစ်ပါက လက်ရှိအချိန်တွင် ပုံမှန်ဖြစ်နေသော ကိုယ်ဝန်ဖြစ်ကြောင်း ဆရာဝန်ထံမှထောက်ခံစာကို တင်ပြပေးပါရန်။

**အခြား**

(၁၀) ယခု(သို့မဟုတ်) လွန်ခဲ့သော ၁၂ လအတွင်း ဆေးလိပ်သောက်ပါသလား။

ရှိ  မရှိ

ဆေးလိပ်သောက်သည့်နှစ် : နေ့စဉ်  တစ်ခါတစ်ရံ

နေ့စဉ်သောက်သည့်ဆေးလိပ်အရေအတွက် :

(၁၁) အရက်စွဲစွဲမြဲမြဲသောက်ပါသလား။

ရှိ  မရှိ

နေ့စဉ်ပုံမှန်သောက်ပါသလား : နေ့စဉ်  တစ်ခါတစ်ရံ

တစ်နေ့လျှင်မည်မျှသောက်ပါသလဲ :

**အခြားကုမ္ပဏီများနှင့် အာမခံထားရှိမှုအခြေအနေ**

(၁၂) ဤအာမခံကို အခြားအာမခံကုမ္ပဏီများတွင် ထားရှိခဲ့ဖူးပါက -

အာမခံကုမ္ပဏီအမည် -----

အာမခံစာချုပ်အမှတ် -----

ဝယ်ယူသည့်အာမခံအကာအကွယ်-----

ဝယ်ယူသည့်ယူနစ်အရေအတွက် -----

အာမခံသက်တမ်း ----- မှ ----- ထိ

### ဝန်ခံချက်

(၁၃) အထက်ဖော်ပြပါဖြည့်စွက်ချက်များမှန်ကန်ပါကြောင်းနှင့် မိမိ၏လက်ရှိကျန်းမာရေးအခြေအနေအတိုင်း ဖြည့်စွက်ခြင်း ဖြစ်ပါကြောင်း ဝန်ခံကတိပြုပါသည်။

ကျန်းမာရေးအာမခံထားရှိသူကိုယ်တိုင်က အဆိုလွှာပါဖော်ပြချက်များကို ပေါ့ဆစွာဖော်ပြခြင်း၊ မှားယွင်းစွာ ဖော်ပြခြင်း၊ တမင်ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့်လွဲမှားစွာဖော်ပြခြင်း၊ ထိန်ချန်ခြင်း၊ လိမ်လည်ခြင်း စသည့်မမှန်မကန်ဖော် ပြခြင်းများရှိပါက အာမခံစာချုပ်ပါအကျိုးခံစားခွင့်များ ဆုံးရှုံးမည်ဖြစ်ပြီး ပေးသွင်းထားသော ပရီမီယံကြေး များအား ပြန်လည်ထုတ်ပေးမည်မဟုတ်ပါ။

အသိသက်သေလက်မှတ်-----	အာမခံထားသူလက်မှတ်-----
အသိသက်သေအမည်-----	အာမခံထားသူအမည်-----
မှတ်ပုံတင်အမှတ် -----	မှတ်ပုံတင်အမှတ် -----
နေရပ်လိပ်စာ -----	နေရပ်လိပ်စာ -----
-----	-----

မျက်မြင်အားဖြင့်ကျန်းမာရေး ကောင်း  မကောင်း

ရက်စွဲ၊

စစ်ဆေးသူလက်မှတ် -----  
 အမည် -----  
 ရာထူး -----

ကျန်းမာရေးအာမခံအကာအကွယ်အမျိုးအစားအလိုက် ပရီမီယံနှုန်းဇယား

စဉ်	အာမခံအကာအကွယ်	အသက်	တစ်ဦးချင်းထားရှိမှု		အစုအဖွဲ့လိုက်ထားရှိမှု			
			၆ လ တစ်ကြိမ် ပေး	တစ်လုံး တည်းပေး	လစဉ်ပေး	၃ လ တစ်ကြိမ် ပေး	၆ လ တစ်ကြိမ် ပေး	တစ်လုံး တည်းပေး
၁	အခြေခံအာမခံ အကာအကွယ် ဝယူနစ်	၆-၃၀	၅၆၀၀	၁၁၀၀၀	၁၀၀၀	၂၈၀၀	၅၃၀၀	၁၀၅၀၀
		၃၁-၄၀	၇၃၀၀	၁၄၃၀၀	၁၂၀၀	၃၆၀၀	၆၉၀၀	၁၃၆၀၀
		၄၁-၅၀	၉၀၀၀	၁၇၆၀၀	၁၅၀၀	၄၄၀၀	၈၆၀၀	၁၆၇၀၀
		၅၁-၆၀	၁၄၆၀၀	၂၈၆၀၀	၂၅၀၀	၇၁၀၀	၁၃၉၀၀	၂၇၂၀၀
		၆၁-၇၅	၃၁၄၀၀	၆၁၆၀၀	၅၃၀၀	၁၅၄၀၀	၂၉၈၀၀	၅၈၅၀၀
၂	ရွေးချယ်နိုင်သည့် အာမခံ အကာအကွယ်(၁) ဝယူနစ်	၆-၇၅	၈၄၀၀	၁၆၅၀၀	၁၄၀၀	၄၂၀၀	၈၀၀၀	၁၅၇၀၀
၃	ရွေးချယ်နိုင်သည့် အာမခံ အကာအကွယ်(၂) ဝယူနစ်	၆-၇၅	၄၅၀၀	၈၈၀၀	၈၀၀	၂၂၀၀	၄၃၀၀	၈၄၀၀

**အာမခံအကာအကွယ် အမျိုးအစားအလိုက် ရရှိနိုင်သည့် အကျိုးခံစားခွင့်များ**

စဉ်	အာမခံ အကာအကွယ်	အကျိုးခံစားခွင့် ရရှိနိုင်မှု	လျော်ကြေးပေးချေရမည့် အကြောင်းရင်း	အကျိုးခံစားခွင့် ငွေ (ကျပ်)
၁	အခြေခံအာမခံ အကာအကွယ်	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ရောဂါကြောင့် ဆေးရုံတက်ခြင်း။</li> <li>- မတော်တဆမှုကြောင့် ဆေးရုံတက်ခြင်း။</li> <li>- သေဆုံးခြင်း</li> <li>- Covid-19 ရောဂါကြောင့်ဆေးရုံ တက်ခြင်း</li> <li>- Covid-19 ရောဂါကြောင့်သေဆုံး ခြင်း</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ဆေးကုသရန်ရည်ရွယ်ချက် ဖြင့်ဆေးရုံတက် သည့်အခါ</li> <li>- သေဆုံးသည့်အခါ</li> <li>- ဆေးရုံတက်သည့်အခါ</li> <li>- သေဆုံးသည့်အခါ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ဆေးရုံတက်ရက် ၁ ရက် ၊ ၁ ယူနစ်၊ ကျပ် ၁၀၀၀၀/- ရက်ပေါင်း ၆၀ ၊ ကျပ် ၆၀၀၀၀၀/-</li> <li>- ၁ ယူနစ်၊ ကျပ် ၁၀ သိန်း၊ ၁၀ ယူနစ်၊ ကျပ်သိန်း ၁၀၀</li> <li>- ဆေးရုံတက်ရက် ၁ ရက် ၊ ၁ ယူနစ်၊ ကျပ် ၁၄၀၀၀/- ရက်ပေါင်း ၆၀ ၊ ကျပ် ၈၄၀၀၀၀/-</li> <li>- ၁ ယူနစ်၊ ကျပ် ၁၄ သိန်း၊ ၁၀ ယူနစ် ၊ ကျပ် ၁၄၀ သိန်း</li> </ul>
၂	ရွေးချယ်နိုင်သည့် အာမခံ အကာအကွယ် (၁)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ခွဲစိတ်ကုသခြင်း</li> <li>- ကိုယ်ဝန်ပျက်ကျ ခြင်း</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- တစ်ကိုယ်လုံးမေ့ဆေး (သို့) ကိုယ်တစ်ပိုင်းထုံဆေး ဖြင့်ခွဲစိတ်ကုသမှုကို ခံယူသည့်အခါ</li> <li>- သဘာဝအလျောက် ကိုယ်ဝန်ပျက်ကျခြင်း (သို့) ရောဂါကြောင့်ကိုယ်ဝန် ပျက်ကျခြင်းဖြစ်ပြီး၊ ကိုယ်ဝန်ပျက်ကျမှုအတွက် ကုသခြင်းအဖြစ် ဆေးရုံ တက်ပြီးခွဲစိတ်မှု၊ ကုသမှုကို ပြုလုပ်သည့် အခါ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ခွဲစိတ်ကုသမှုအတွက်အမှန် တကယ်တိုက်ရိုက်ကုန်ကျ စရိတ်။ သို့သော် အနည်းဆုံး ၅ သိန်းကျပ်</li> <li>- ဝယ်ယူထားသည့်ယူနစ်နှင့် မဆိုင်ဘဲ ၃ သိန်းကျပ်</li> <li>- ခွဲစိတ်ကုသခြင်းနှင့်ကိုယ်ဝန် ပျက်ကျခြင်းနှစ်ခုပေါင်းအတွက် ၅ သိန်း ကျပ် x အာမခံထားသည့် ယူနစ်ပေါင်းကိုစုစုပေါင်းအများ ဆုံးပေးချေနိုင်သည့်ပမာဏအဖြစ် သတ်မှတ်မည်။</li> </ul>
၃	ရွေးချယ်နိုင်သည့် အာမခံ အကာအကွယ် (၂)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ဆေးရုံ/ဆေးခန်း ပြသခြင်း</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ဆေးကုသရန်ရည်ရွယ် ချက်ဖြင့်ဆေးရုံ/ဆေးခန်း ပြသသည့်အခါ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ဆေးရုံ/ဆေးခန်း(၁)ကြိမ်ပြုလျှင် (၁)ယူနစ်၊ ကျပ် ၂၅၀၀၊ သို့သော် ကျပ် ၁၀၀၀၀ x အာမခံထားသည့် ယူနစ်ပေါင်းကို စုစုပေါင်းအများ ဆုံးပေးချေနိုင်သည့်ပမာဏအဖြစ် သတ်မှတ်သည်။</li> </ul>



**အကျိုးခံစားခွင့်အကျိုးမဝင်သောအချက်များ**

အောက်ဖော်ပြပါကိစ္စရပ်တစ်ခုခုနှင့်ပတ်သက်၍ တိုက်ရိုက်ဖြစ်စေ၊ သွယ်ဝိုက်၍ဖြစ်စေ ဖြစ်ပေါ်ခံစားရသော ဒဏ်ရာရခြင်း၊ ရောဂါရရှိခြင်း၊ ဆေးရုံတက်ရောက်ခြင်း၊ခွဲစိတ်ကုသခြင်း၊ ကိုယ်ဝန်ပျက်ကျခြင်း၊သေဆုံးခြင်း၊ ဆေးရုံ/ ဆေးခန်းပြသခြင်း တို့အတွက် အကျိုးခံစားခွင့်အကျိုးမဝင်မည်မဟုတ်ပါ။ (Exclusion)-

- (က) ဆေးကုသမှုခံယူနေခြင်း၊ ဆေးကုသရန်ဆရာဝန်၏ ထောက်ခံချက်ကိုရရှိထားခြင်း၊ ရောဂါလက္ခဏာရှိပြီးသား ဖြစ်နေခြင်း။
- (ခ) သားဖွားခြင်း၊ ဗိုက်ခွဲမွေးခြင်း၊ မီးဖွားခြင်းနှင့်ဆိုင်သောခွဲစိတ်ကုသမှု၊ သို့သော် အာမခံထားပြီးနောက် ကိုယ်ဝန်နှင့် အာမခံထားချိန်တွင် ပုံမှန်ဖြစ်နေသောကိုယ်ဝန်ကြောင့်ဖြစ်လာသည့်တွဲဖက်ရောဂါများ (ကိုယ်ဝန်အဆိပ်သင့်ခြင်း၊ ကိုယ်ဝန်ဆောင် သွေးတိုးရောဂါ၊ ကိုယ်ဝန်ဆောင်ဆီးချိုရောဂါစသည်တို့)ကြောင့် ဆေးရုံတက်ခြင်းနှင့် ခွဲစိတ်ကုသခြင်းသည် အကျိုးခံစားခွင့်ပေးချေရန်အကျိုးမဝင်ပါ။ ထို့အပြင် ကိုယ်ဝန်ပျက်ကျခြင်းသည် ရွေးချယ်နိုင်သည့် အာမခံအကာအကွယ်(၁) ကို ဝယ်ယူထားပါက အကျိုးခံစားခွင့်ပေးချေရန် အကျိုးမဝင်ပါ။
- (ဂ) စိတ်ပေါ့သွပ်ခြင်း (Psychosis)၊ စိတ်ရောဂါဝေဒနာများကြောင့်ဖြစ်ခြင်း (Mental Disorders)။
- (ဃ) ကျန်းမာရေးဆေးစစ်ရန်နှင့် အနားယူအားမွေးရန် ဆေးရုံတက်ခြင်း။
- (င) သားသမီးရလိုမှုဖြင့် ဆေးရုံတက်ခြင်းနှင့် ခွဲစိတ်ကုသခြင်း။
- (စ) မတော်တဆထိခိုက်ဒဏ်ရာရခြင်းမှအပဖြစ်သော သွားနှင့်ပတ်သက်သည့် ကုသမှုအတွက်ဖြစ်ခြင်း။
- (ဆ) မတော်တဆထိခိုက်ဒဏ်ရာရခြင်းမှအပဖြစ်သော မျက်မှန်အပါအဝင်မျက်စိစမ်းသပ်ခြင်း၊ အမြင်သွေဖယ်ခြင်း၊ မျက်စိကုသခြင်း၊ အမြင် အာရုံကောင်းမွန်လာအောင် ပြုပြင်ရန်ဖြစ်ခြင်း။
- (ဇ) အလှအပအတွက်ဖြစ်ခြင်း။
- (ဈ) နားကြားကိရိယာ တပ်ဆင်ရန်အတွက်ဖြစ်ခြင်း။
- (ည) ကိုယ်ခန္ဓာချို့ယွင်းခြင်း (Physical Defect) သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းခြင်း(Infirmity)။
- (ဋ) မူးယစ်ဆေးဝါးသုံးစွဲခြင်း။
- (ဌ) ကိုယ်တိုင်ရာဇဝတ်မှုကျူးလွန်ခြင်း။
- (ဍ) AIDS/ HIV ဖြစ်ခြင်း။
- (ဎ) အကြမ်းဖက်ဖျက်စီးခြင်း၊ အဓိကရုဏ်း၊ စစ်နှင့်စစ်အသွင်ဖြစ်ပွားခြင်း (စစ်ပြုခြင်းများ၊ စစ်ပွဲကဲ့သို့တိုက်ခိုက်ခြင်း၊ စစ်တပ် (သို့မဟုတ်) အာဏာသိမ်းခြင်းနှင့် ဖော်ပြပါအဖြစ်အပျက်တစ်ခုခု၏တိုက်ရိုက်(သို့မဟုတ်) သွယ်ဝိုက်သောအကျိုးသက်ရောက်မှုတစ်ရပ်ရပ်ကြောင့် တိုက်ရိုက်သော်လည်းကောင်း၊ သွယ်ဝိုက်၍သော်လည်းကောင်း၊ နီးကပ် စွာသော်လည်းကောင်း၊ ဝေးလံစွာသော်လည်းကောင်း ဖြစ်ပေါ်စေသော၊ အားပေးသော၊ အခြေခံသော၊ ပေါ်ပေါက် သောမည်သည့် မတော်တဆဖြစ်ပွားခြင်း၊ ဆုံးရှုံးခြင်း၊ ပျက်စီးခြင်း။)
- (ဏ) ရောဂါကြောင့် ဆေးရုံတက်ရက်ပေါင်းသည် ၃ ရက်နှင့်အောက်ဖြစ်သော ဆေးကုသမှုများ။

**(Covid-19 ကြောင့်ဆေးရုံတက်ခြင်းမပါဝင်ပါ။)**

- (တ) လိမ်လည်တောင်းခံသည့်ဖြစ်ရပ်များ။
- (ထ) မိမိကိုယ်ကိုသတ်သေခြင်း (သို့မဟုတ်) မိမိကိုယ်ကိုဒဏ်ရာအနာတရဖြစ်အောင်ပြုလုပ်ခြင်း။
- (ဒ) **အာမခံထားသည့်နေ့မှ ၁၄ ရက်အတွင်း Covid-19 Positive ဖြစ်ကြောင်း သတ်မှတ်ခံရခြင်း။**