



Medical & Accident Claims Form

This is an important form, please complete at time of clinic treatment and/or admission to hospital.

The company will not consider settlement of invoices until this form and relevant supporting documentation are received.

នេះជាទម្រង់បែបបទសំខាន់ សូមបំពេញរាល់ព័ត៌មានទៅព្យាបាលនៅគ្លីនិក ឬសំរាកពេទ្យ ។ ក្រុមហ៊ុននឹងមិនធ្វើសំណងតាមវិក័យប័ត្រទាំងអស់ប្រសិនបើទម្រង់បែបបទនេះ និង ឯកសារយោងមិនបានទទួល ។

Policy No. (See in your membership Card) លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង (មាននៅលើកាតរបស់អ្នក)			Insured Name ឈ្មោះអ្នកធានា		
Employee name ឈ្មោះនិយោជិត		Sex ភេទ	Age អាយុ	Claimant name (if dependant of employee) Sex Age ឈ្មោះអ្នកទាមទារសំណង (ប្រសិនបើបន្តករបស់និយោជិត) ភេទ អាយុ	
Occupation មុខងារ					
Tel ទូរស័ព្ទ		email អ៊ីម៉ែល		Relationship of dependence <input type="checkbox"/> H/W <input type="checkbox"/> Son <input type="checkbox"/> Daughter ទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកនៅក្នុងបន្ទុក <input type="checkbox"/> ប្តី ប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> កូនប្រុស <input type="checkbox"/> កូនស្រី	
Date of accident កាលបរិច្ឆេទគ្រោះថ្នាក់		Time ម៉ោង	am / pm ព្រឹក / ល្ងាច	Did the accident occurring during working hours? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> តើគ្រោះថ្នាក់នេះកើតឡើងស្ថិតនៅក្នុងម៉ោងការងារដែរឬទេ? បាទ ទេ	
Is your company subscribed to the NSSF scheme? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> តើក្រុមហ៊ុនរបស់អ្នកមានបានទិញការធានាពីសន្តិសុខបេឡាសង្គមដែរឬទេ? បាទ ទេ				if yes, has a claim been submitted to NSSF? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ប្រសិនបើមានតើករណីនេះបានបញ្ជូនទៅសន្តិសុខបេឡាសង្គមហើយឬទេ? បាទ ទេ	
How did the accident occur? តើគ្រោះថ្នាក់កើតឡើងដោយសារអ្វី?					
Where is the scene of accident? តើទីកន្លែងគ្រោះថ្នាក់នៅឯណា?					
What is the extent of injury? តើអ្នកមានរបួសត្រង់ណាខ្លះ?					
Date of sickness កាលបរិច្ឆេទឈឺ		Time ម៉ោង	am / pm ព្រឹក / ល្ងាច	Type of sickness ប្រភេទនៃជំងឺ	
I declare that the information shown on this form is true and correct ខ្ញុំសូមធានាអះអាងថាព័ត៌មានដែលបានឆ្លើយនៅក្នុងបែបបទនេះពិតជាត្រឹមត្រូវ ។				Signature, name and date ហត្ថលេខា ឈ្មោះ និងកាលបរិច្ឆេទ	

To be completed by treating physician

Name of patient ឈ្មោះអ្នកជំងឺ		Age អាយុ	Sex ភេទ	Date & time of admission កាលបរិច្ឆេទ និងម៉ោងចូល	Date & time of discharge កាលបរិច្ឆេទ និងម៉ោងចេញ
Number of days ចំនួនថ្ងៃដែលបានសំរាក		admitted as: ការព្យាបាលដោយ:	Inpatient <input type="checkbox"/> សំរាកក្នុងពេទ្យ	Outpatient <input type="checkbox"/> យកថ្នាំលេប	Private Room <input type="checkbox"/> បន្ទប់ផ្ទាល់ខ្លួន
			Semi-private Room <input type="checkbox"/> បន្ទប់រួមគ្នា		
What was his/her complaint when he/she first saw you? រោគវិនិច្ឆ័យ					
Diagnosis តើការវះកាត់នេះជាបំណងនៃការកែសម្រួល ឬ រក្សារ៉ូយដែរឬទេ? Is the surgery for cosmetic purposes or rejuvenation? <input type="checkbox"/> បាទYes <input type="checkbox"/> ទេNo					

I (We) confirm and certify that the above details are true and correct.
ខ្ញុំ (យើង) សូមអះអាងនឹងបញ្ជាក់ថាព័ត៌មានខាងលើនេះពិតជាត្រឹមត្រូវ ។

Signature, name, date, telephone and clinic stamp
ហត្ថលេខា ឈ្មោះ កាលបរិច្ឆេទ លេខទូរស័ព្ទ និង ត្រាគ្លីនិក