



Medical & Accident Claims Form



នេះជាទម្រង់បែបបទសំខាន់ សូមបំពេញរាល់ព័ត៌មានទៅព្យាបាលនៅគ្លីនិក ឬសំរាកពេទ្យ។ ក្រុមហ៊ុននឹងមិនធ្វើសំណងតាមវិក័យប័ត្រទាំងអស់ប្រសិនបើទម្រង់បែបបទនេះ និងឯកសារយោងមិនបានទទួល។

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.

លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង (មាននៅលើកាតរបស់អ្នក) _____ Policy No. (See in your membership Card)		ឈ្មោះអ្នកធានា _____ Insured Name	
ឈ្មោះនិយោជិក _____ Employee name	ភេទ _____ Sex	អាយុ _____ Age	ឈ្មោះអ្នកទាមទារសំណង(ប្រសិនបើជាបន្ទុករបស់និយោជិក) _____ Claimant name (if dependant of employee)
មុខងារ _____ Occupation			ភេទ _____ Sex
ទូរស័ព្ទ _____ Tel	អ៊ីម៉ែល _____ email:		អាយុ _____ Age
		ទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកនៅក្នុងបន្ទុក _____ Relationship of dependence	កូនប្រុស _____ Son
		ប្តី/ប្រពន្ធ _____ H/W	កូនស្រី _____ Daughter
កាលបរិច្ឆេទគ្រោះថ្នាក់ _____ Date of accident	ម៉ោង _____ Time	ព្រឹក / ល្ងាច _____ am / pm	តើគ្រោះថ្នាក់នេះកើតឡើងស្ថិតនៅម៉ោងការងារដែរឬទេ? _____ Did the accident occurring during working hours? Yes No
តើក្រុមហ៊ុនរបស់អ្នកមានបានទិញធានាពីបេឡាជាតិរបបសន្តិសុខសង្គមដែរឬទេ? បាទ / ទេ _____ Is your company subscribed to the NSSF scheme? Yes /No			ប្រសិនបើមានតើករណីនេះបានបញ្ជូនទៅបេឡាជាតិរបបសន្តិសុខសង្គមហើយឬនៅ? បាទ / ទេ _____ if yes, has a claim been submitted to NSSF? Yes No
តើគ្រោះថ្នាក់កើតឡើងដោយសារអ្វី? _____ How did the accident occur?			កាលបរិច្ឆេទឈឺ _____ Date of sickness
តើទីកន្លែងគ្រោះថ្នាក់នៅទីណា? _____ Where is the scene of accident?		ម៉ោង _____ Time	ព្រឹក/ល្ងាច _____ am / pm
តើមានរបួសត្រង់ណាខ្លះ? _____ What is the extent of injury?			ប្រភេទនៃជំងឺ _____ Type of sickness
វិធីសាស្ត្រទូទាត់សំណង _____ Payment method:	<input type="checkbox"/> យកជាសែក _____ Cheque		ឈ្មោះគណនី _____ Account Name
	<input type="checkbox"/> ផ្ទេរសំណងតាម គណនី Wing* _____ Transfer to wing account		លេខគណនី _____ Wing Account No.
	<input type="checkbox"/> ផ្ទេរតាមភ្នាក់ងារ Wing* _____ Transfer through wing agent		លេខទូរស័ព្ទ _____ Phone Number
			ហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទ _____ Signature & Date

* សម្រាប់ការទូទាត់សំណងក្រោម\$300 Applicable for claims not exceeding \$300

To be completed by treating physician

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ _____ Name of patient	អាយុ _____ Age	ភេទ _____ Sex	កាលបរិច្ឆេទ និងម៉ោងចូល _____ Date & time of admission	កាលបរិច្ឆេទ និងម៉ោងចេញ _____ Date & time of discharge
ចំនួនថ្ងៃដែលបានសំរាក _____ Number of days	ការព្យាបាលដោយ _____ admitted as: <input type="checkbox"/>	សំរាកក្នុងពេទ្យ _____ Inpatient <input type="checkbox"/>	យកថ្នាំលេប _____ Outpatient <input type="checkbox"/>	បន្ទប់ឆ្នាលខ្លួន _____ Private Room <input type="checkbox"/>
				បន្ទប់រួមគ្នា _____ Semi-private Room <input type="checkbox"/>
តើអ្នកជំងឺបានត្អូញត្អែរអ្វីខ្លះនៅពេលបានជួបលោកជំងឺបង? _____ What was his/her complaint when he/she first saw you?				
រោគវិនិច្ឆ័យ _____ Diagnosis				
តើការវះកាត់នេះជាបំណងនៃការកែសម្ផស្ស ឬ រក្សារវ័យដែលរឹទេ? Is the surgery for cosmetic purposes or rejuvenation? <input type="checkbox"/> បាទ/ទេ Yes <input type="checkbox"/> ទេ No				

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

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

ប្រសិនបើមានសំណួរនិងការបំពេញបែបបទនេះសូមទាក់ទងមកលេខ 092 766 111 Any queries relate to the complete form, please contact at 012 766 111

របាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រមិនមែននៅក្នុងពេលជាដំបូងរបស់ INFINITY
None INFINITY Panel Member Medical Details

1. ឈ្មោះអ្នកជំងឺ: _____
 Patient Name

2. ប្រវត្តិនៃជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ឬជំងឺដែលមានពីមុនមក: _____
 Pre-existing and/or chronic condition history

3. រោគសញ្ញាត្រូវបានកត់ត្រា: _____
 Symptoms

កំដៅ	ដីពចរ	ចង្វាក់ដង្ហើម	ចង្វាក់បេះដូង
T: _____ °c	P: _____ /min	R: _____ /mim	BP: _____ /mmHg

4. រោគវិនិច្ឆ័យ: _____
 Diagnosis

5. កាលបរិច្ឆេទ និងម៉ោងចូល: _____ កាលបរិច្ឆេទ និងម៉ោងចេញ _____
 Date& Time of Admission Date& Time of discharge

6. សង្គ្រោះបន្ទាន់ តម្លៃប្រចាំថ្ងៃ: _____ ចំនួនថ្ងៃ _____ តម្លៃសរុប _____
 ICU: Daily Cost Number of Days Total Cost

7. អាហារនិងបន្ទប់ (បន្ទប់ អាហារ និងសេវាគិលានុបដ្ឋាយិការ)
 Board and room (room, food and general nursing services)

តម្លៃប្រចាំថ្ងៃ: _____	ចំនួនថ្ងៃ _____	តម្លៃសរុប _____
Daily Cost	Number of Days	Total cost

8. វេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាល តម្លៃប្រចាំថ្ងៃ: _____ ចំនួនថ្ងៃ _____ តម្លៃសរុប _____
 Doctor Visitation Daily Fee Number of Day Total cost

9. តម្លៃវះកាត់: _____
 Surgeon Fee

10. តម្លៃដាក់ថ្នាំសណ្តែង: _____
 Anaesthetist Fee

11. តម្លៃថតកាំរស្មី: _____
 X-ray Fee

12. តម្លៃពិនិត្យឈាម: _____
 Laboratories Fee

13. តម្លៃថតអេកូសាស្ត្រ: _____
 Ultrasound Fee

14. តម្លៃថត CT Scan/MRI: _____
 CT Scan/MRI Fee

15. តម្លៃផ្សេងៗ: _____
 Other Fee

15. តម្លៃថ្នាំសម្រាប់ការសំរាកពេទ្យ ឬព្យាបាល
 Cost of Medicine for Hospitalization/ Treatment

កាលបរិច្ឆេទ Date	ឈ្មោះថ្នាំ Name of Medicine	ចំនួន Qty	តម្លៃ Amount
សរុបការប្រើប្រាស់ថ្នាំ Sub Total medicine consume			

សរុបទាំងអស់ _____
 Grand Total:

ហត្ថលេខា ឈ្មោះ កាលបរិច្ឆេទ និងលេខទូរស័ព្ទរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាល
 Signature, name, date and cell phone of the atteding doctor

ប្រសិនបើមានសំណួរនិងការបំពេញបែបបទនេះសូមទាក់ទងមកលេខ ០១២ ៧៦៦ ១១១ Any queries relate to the complete form, please contact at 012 766 111