



# 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"/> Semi-private Room <input type="checkbox"/> បន្ទប់ផ្ទាល់ខ្លួន បន្ទប់រួមគ្នា
What was his/her complaint when he/she first saw you? តើអ្នកជំងឺបានត្អូញត្អែងខ្លះនៅពេលជួបលោកជំងឺបង ? រោគវិនិច្ឆ័យ					
Diagnosis តើការវះកាត់នេះជាបំណងនៃការកែសម្រួល ឬ រក្សារឹមដៃវិវិទ? Is the surgery for cosmetic purposes or rejuvenation? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					

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



## Non Infinity Panel Member Medical Details

របាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រមិនមែននៅក្នុងពេទ្យជាដៃគូរបស់ Infinity

1. Patient Name: \_\_\_\_\_  
ឈ្មោះអ្នកជំងឺ: \_\_\_\_\_

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

3. Symptoms: \_\_\_\_\_  
រោគសញ្ញាត្រូវបានឃើញ: \_\_\_\_\_

4. Diagnosis: \_\_\_\_\_  
រោគវិនិច្ឆ័យ: \_\_\_\_\_

5. Date & Time of Admission \_\_\_\_\_ Date & Time of Discharge \_\_\_\_\_  
កាលបរិច្ឆេទ និងម៉ោងចូល \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ និងម៉ោងចេញ \_\_\_\_\_

6. ICU: Daily Cost: \_\_\_\_\_ Number of Days \_\_\_\_\_ Total cost \_\_\_\_\_  
សង្គ្រោះបន្ទាន់ តំលៃប្រចាំថ្ងៃ \_\_\_\_\_ ចំនួនថ្ងៃ \_\_\_\_\_ តំលៃសរុប \_\_\_\_\_

7. Board and room (room, food and general nursing services)  
អាហារនិងបន្ទប់ (បន្ទប់, អាហារ និងសេវាវាតិលាសុបដ្ឋាយិការ)  
Daily Cost: \_\_\_\_\_ Number of Days \_\_\_\_\_ Total cost \_\_\_\_\_  
តំលៃប្រចាំថ្ងៃ \_\_\_\_\_ ចំនួនថ្ងៃ \_\_\_\_\_ តំលៃសរុប \_\_\_\_\_

8. Doctor Visitation Daily Fee: \_\_\_\_\_ Number of Days \_\_\_\_\_ Total cost \_\_\_\_\_  
វេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាល តំលៃប្រចាំថ្ងៃ \_\_\_\_\_ ចំនួនថ្ងៃ \_\_\_\_\_ តំលៃសរុប \_\_\_\_\_

9. Surgeon Fee: \_\_\_\_\_  
តំលៃវះកាត់: \_\_\_\_\_

10. Anesthetist Fee: \_\_\_\_\_  
តំលៃដាក់ថ្នាំសណ្តុះ: \_\_\_\_\_

11. X-ray Fee: \_\_\_\_\_  
តំលៃថតកាំរស្មី X \_\_\_\_\_

12. Laboratories Fee: \_\_\_\_\_  
តំលៃពិនិត្យឈាម: \_\_\_\_\_

13. Ultrasound Fee: \_\_\_\_\_  
តំលៃថតអេកូសាស្ត្រ \_\_\_\_\_

14. CT Scan/MRI Fee: \_\_\_\_\_  
តំលៃថត CT Scan/MRI: \_\_\_\_\_

15. Other Fee: \_\_\_\_\_  
តំលៃផ្សេងៗ \_\_\_\_\_

**16. Cost of Medicines for Hospitalization/treatment** តំលៃថ្នាំសំរាប់ការសំរាកពេទ្យ ឬព្យាបាល

Date កាលបរិច្ឆេទ	Name of Medicine ឈ្មោះថ្នាំ	Qty ចំនួន	Amount តំលៃ
<b>Sub Total Medicine consume</b> <b>សរុបការប្រើប្រាស់ថ្នាំ</b>			

**Grand Total:** \_\_\_\_\_  
**សរុបទាំងអស់:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 ហត្ថលេខា, ឈ្មោះ, កាលបរិច្ឆេទ និងលេខទូរស័ព្ទរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាល  
 Signature, name, date and cell phone of the attending doctor