

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 (ប្រសិនបើជាបុគ្គលិករបស់និយោជិត) ភេទ អាយុ	
Occupation មុខងារ			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		
Tel ទូរស័ព្ទ		email អ៊ីមែល			
Date of accident កាលបរិច្ឆេទគ្រោះថ្នាក់		Time ម៉ោង		am / pm ព្រឹក / ល្ងាច	
Is your company subscribed to the NSSF scheme? តើក្រុមហ៊ុនរបស់អ្នកមានបានទិញការធានាពីសន្តិសុខបេឡាសង្គមដែរឬទេ?		Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Did the accident occurring during working hours? តើគ្រោះថ្នាក់នេះកើតឡើងស្ថិតនៅក្នុងម៉ោងការងារដែរឬទេ?	
How did the accident occur? តើគ្រោះថ្នាក់កើតឡើងដោយសារអ្វី?		Where is the scene of accident? តើទីកន្លែងគ្រោះថ្នាក់នៅឯណា?		if yes, has a claim been submitted to NSSF? ប្រសិនបើមានតើករណីនេះបានបញ្ជូនទៅសន្តិសុខបេឡាសង្គមហើយឬនៅ?	
What is the extent of injury? តើអ្នកមានរបួសត្រង់ណាខ្លះ?					
Date of sickness កាលបរិច្ឆេទឈឺ		Time ម៉ោង		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:		<input type="checkbox"/> Inpatient សំរាកក្នុងពេទ្យ	<input type="checkbox"/> Outpatient យកថ្នាំលេប	<input type="checkbox"/> Private Room បន្ទប់ផ្ទាល់ខ្លួន	<input type="checkbox"/> Semi-private Room បន្ទប់រួមគ្នា
What was his/her complaint when he/she first saw you? តើអ្នកជំងឺបានត្រូវឃើញនៅពេលដំបូងដោយអ្នក? រោគវិនិច្ឆ័យ							
Diagnosis តើការវះកាត់នេះជាបំណងនៃការកែសម្ផស្ស ឬ រក្សាវ័យដែរឬទេ? Is the surgery for cosmetic purposes or rejuvenation? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No							
<p>I (We) confirm and certify that the above details are true and correct. ខ្ញុំ (យើង) សូមអះអាងនឹងបញ្ជាក់ថាព័ត៌មានខាងលើនេះពិតជាត្រឹមត្រូវ ។</p> <p>Signature, name, date, telephone and clinic stamp ហត្ថលេខា ឈ្មោះ កាលបរិច្ឆេទ លេខទូរស័ព្ទ និង ត្រាគ្លីនិក</p>							

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 តម្លៃប្រចាំថ្ងៃ ចំនួនថ្ងៃ តម្លៃសរុប

7. Board and room (room, food and general nursing services)
 អាហារនិងបន្ទប់ (បន្ទប់, អាហារ និងសេវាគិលានុបដ្ឋាយិការ)
 Daily Cost: _____ Number of Days _____ Total cost _____
 តម្លៃប្រចាំថ្ងៃ ចំនួនថ្ងៃ តម្លៃសរុប

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

9. Surgeon Fee: _____
 តម្លៃវះកាត់: _____

10. Anesthetist Fee: _____
 តម្លៃដាក់ថ្នាំសណ្ត: _____

11. X-ray Fee: _____
 តម្លៃថតកាំរស្មី X _____

12. Laboratories Fee: _____
 តម្លៃពិនិត្យឈាម: _____

13. Ultrasound Fee: _____
 តម្លៃថតអេកូសាស្ត្រ _____

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

15. Other Fee: _____
 តម្លៃផ្សេងៗ _____

16. Cost of Medicines for Hospitalization/treatment

តំលៃថ្នាំសំរាប់ការសំរាកពេទ្យ ឬព្យាបាល

Date កាលបរិច្ឆេទ	Name of Medicine ឈ្មោះថ្នាំ	Qty ចំនួន	Amount តំលៃ
Sub Total Medicine consume សរុបការប្រើបាស់ថ្នាំ			

Grand Total:

សរុបទាំងអស់: _____

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