Forte
General Insurance

បែបបទទាមទារសំណង សម្រាប់មន្ទីរពេទ្យមិនមែនដៃគូ - ផ្នែក "ក" - ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ
Non-Direct Billing Claim Form-Part A - Patient Information

ដើម្បីឱ្យបែបបទទាមទារសំណងមានសុពលភាព ផ្នែកទាំងពីរខាងក្រោម (ផ្នែក "ក" និង "ខ") ត្រូវតែបំពេញ និងដាក់ជូន ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ហ្វតតេ (កម្ពុជា) ភីអិលស៊ី (តទៅនេះហៅថា "ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង") ឬ ក្រុមហ៊ុន MSH CHINA ENTERPRISE SERVICES CO., LTD (តទៅនេះហៅថា "មជ្ឈមណ្ឌលសេវាកម្ម") ដែលជាអ្នកផ្តល់សេវាកម្មហើយត្រូវបានតែងតាំងដោយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ក្នុងរយៈពេល ១៨០ ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទទទួលសេវាកម្មព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ។

For a claim to be valid, the following two parts (Part A and B) must be completed and submitted to FORTE INSURANCE (CAMBODIA) PLC. (hereinafter "Insurer") or MSH CHINA ENTERPRISE SERVICES CO., LTD. (hereinafter "Service Center") which is the appointed Service Provider appointed by Insurer within 180 days after the date of service.

ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ - Patient Information

លេខអត្តសញ្ញាណសមាជិក-Member ID:	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត-Date of Birth: ខែ MM ថ្ងៃ DD ឆ្នាំ YY
ឈ្មោះ-Name:	ភេទ-Gender: ☐ ប្រុស Male ☐ ស្រី Female
សញ្ជាតិ-Nationality:	លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/លិខិតឆ្លងដែន-ID/Passport No.:
លេខទូរស័ព្ទ-Tel:	សារអេឡិចត្រូនិក-Email:
អាសយដ្ឋាន-Address:	
លេខយោង (នៅក្នុងបណ្ណសមាជិករបស់លោកអ្នក)-Ref. No. (As indicated on your insurance card):	
លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង-Policy Number:	

ព័ត៌មានអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងគោល - Primary Insured Information

*សូមរំលងផ្នែកនេះ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺគឺជាអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងគោល - Please skip this section if Patient is the Primary Insured

ឈ្មោះ-Name:	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត-Date of Birth: ខែ MM ថ្ងៃ DD ឆ្នាំ YY
ភេទ-Gender: ☐ ប្រុស Male ☐ ស្រី Female	លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/លិខិតឆ្លងដែន-ID/Passport No.:
លេខទូរស័ព្ទ-Tel:	សារអេឡិចត្រូនិក-Email:
អាសយដ្ឋាន-Address:	

1. ពណ៌នាអំពីការរងរបួស ឬជំងឺ - Describe Injury or Illness

រោគវិនិច្ឆ័យ/សញ្ញាគួញត្អែរ-Diagnosis/Chief Complaint:			
តើលោកអ្នកបានកត់សម្គាល់ពីស្ថានភាព/រោគសញ្ញាដំបូងនៅពេលណា? When did you first notice the condition(s)/symptom(s)?	ខែ MM	ថ្ងៃ DD	ឆ្នាំ YY
សូមពណ៌នាអំពីស្ថានភាព/រោគសញ្ញារបស់លោកអ្នក/Please describe the condition(s)/symptom(s): តើនៅពេលណាដែលលោកអ្នកទៅរកវេជ្ជបណ្ឌិតទាក់ទងនឹងស្ថានភាព/រោគសញ្ញាទាំងនេះ? When did you first seek a doctor's opinion regarding these condition(s)/symptom(s)? តើលោកអ្នកត្រូវបានធានាដោយបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត ក្រៅពី Medi+ ដែរឬទេ? Are you covered by other insurance policy besides Medi+? (ប្រសិនបើមាន សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតដូចខាងក្រោម-If yes, please provide the following details)	ខែ MM ☐ បាទ/ចាស Yes	ថ្ងៃ DD ☐ ទេ No	ឆ្នាំ YY
ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង-Insurance Company:	លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង-Policy No.:		

2. ព័ត៌មានទូទាត់ប្រាក់ - Payment Information

☐ សាច់ប្រាក់-Cash	
☐ មូលប្បទានប័ត្រ-ឈ្មោះអ្នកទទួល-Cheque-Payee's Name:	
☐ ការផ្ទេរប្រាក់តាមធនាគារ-Bank Transfer	
លេខគណនី-Account Number:	ឈ្មោះគណនី-Name on Account:
លេខទូរស័ព្ទអ្នកបើកគណនី-Account Opener's telephone number:	លេខ SWIFT Code/ABA Code/IBA-SWIFT Code/ABA Code/IBA No.:
ឈ្មោះធនាគារ និងសាខា-Name of bank and branch:	អាសយដ្ឋានធនាគារ-Bank Address:
*សូមប្រាកដថា ឈ្មោះនៅលើវិក្កយបត្ររបស់លោកអ្នក គឺដូចគ្នាទៅនឹងឈ្មោះនៅលើអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/លិខិតឆ្លងដែនរបស់លោកអ្នក។ Please ensure the name on your invoice is the same as that on your ID/Passport.	

ចម្លើយខាងលើ គឺពិតប្រាកដ និងត្រឹមត្រូវតាមចំណេះដឹង និងជំនឿរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិត ស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រ ឱសថការី ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង និយោជក សហជីព ឬសមាគម បង្ហាញព័ត៌មានទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលសេវាកម្ម រួមទាំងច្បាប់ចតចម្លងសៀវភៅសុខភាព ការផ្តល់ដំបូន្មានដែលពាក់ព័ន្ធ ការថែទាំ ឬការព្យាបាលសម្រាប់រូបខ្ញុំ ឬ អ្នករស់នៅក្នុងបន្ទុករបស់ខ្ញុំ ដែលជាតម្រូវការក្នុងការទទួលអត្ថប្រយោជន៍ទាំងអស់ (ប្រសិនបើមាន) សម្រាប់ខ្ញុំ ឬអ្នករស់នៅក្នុងបន្ទុករបស់ខ្ញុំសម្រាប់ការទាមទារសំណងនេះ។ ប្រសិនបើការទាមទារសំណងនេះត្រូវបានទូទាត់ដោយផ្ទាល់រវាងមន្ទីរពេទ្យដៃគូ និងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងឬមជ្ឈមណ្ឌលសេវាកម្ម ខ្ញុំសូមអះអាងទទួលខុសត្រូវលើថ្លៃសេវាណាមួយដែលបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងមិនធានា។ ច្បាប់ចម្លងនៃការអនុញ្ញាតនេះ ត្រូវបានចាត់ទុកថាមានប្រសិទ្ធភាព និងមានសុពលភាពដូចច្បាប់ដើម។

The above answers are true and correct to the best of my knowledge and belief. I authorize any physician, medical institution, druggist, insurance company, employer, labor union, or association to release information to the Service Center including copies of records, concerning advice, care or treatment provided to me or my dependant as is required to properly pay all benefits, if any, due me, or my dependent for this claim. If this claim is direct billed, I acknowledge that I am responsible for any fees that my insurance policy does not cover. A photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

ហត្ថលេខារបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងគោល
Primary Insured's Signature

ហត្ថលេខារបស់អ្នករស់នៅក្នុងបន្ទុក
Dependent's Signature

Full Name:
ឈ្មោះពេញ

Date:
កាលបរិច្ឆេទ

Full Name:
ឈ្មោះពេញ

Date:
កាលបរិច្ឆេទ

Forte
General Insurance

medi+

បែបបទទាមទារសំណង សម្រាប់មន្ទីរពេទ្យមិនមែនដៃគូ - ផ្នែក "ខ" - ព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ
Non-Direct Billing Claim Form-Part B - Medical Information

ដើម្បីឱ្យបែបបទទាមទារសំណងមានសុពលភាព ផ្នែកទាំងពីរខាងក្រោម (ផ្នែក "ក" និង "ខ") ត្រូវតែបំពេញ និងដាក់ជូន ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ហ្វតេ (កម្ពុជា) ភីអិលស៊ី (តទៅនេះហៅថា "ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង") ឬ ក្រុមហ៊ុន MSH CHINA ENTERPRISE SERVICES CO., LTD (តទៅនេះហៅថា "មជ្ឈមណ្ឌលសេវាកម្ម") ដែលជាអ្នកផ្តល់សេវាកម្មហើយត្រូវបានតែងតាំងដោយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ក្នុងរយៈពេល ១៨០ ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទទទួលសេវាកម្មព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ។

For a claim to be valid, the following two parts (Part A and B) must be completed and submitted to FORTE INSURANCE (CAMBODIA) PLC. (hereinafter "Insurer") or MSH CHINA ENTERPRISE SERVICES CO., LTD. (hereinafter "Service Center") which is the appointed Service Provider appointed by Insurer within 180 days after the date of service.

3. ព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ - ត្រូវបំពេញដោយវេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាលជំងឺ
Medical Information-To be completed by the Treating Physician

ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត-Doctor's Name:	លេខទូរស័ព្ទ-Phone No.:
ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ-Hospital's Name:	អាសយដ្ឋាន-Address:
សញ្ញាគ្លូញភ្ផែរ-Chief Complaint:	
ការពិនិត្យរាងកាយ-Physical Examination:	
ការធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍/ពិនិត្យ-Lab Tests and Exams:	
លទ្ធផលមន្ទីរពិសោធន៍-Lab Test Results:	
លទ្ធផលពិនិត្យ-Exam Results:	
រោគវិនិច្ឆ័យ/ចំណាប់អារម្មណ៍-Diagnosis/Impression:	
សេចក្តីលម្អិតអំពីការព្យាបាល-Details of Treatment Provided:	
សូមប្រាប់ឈ្មោះថ្នាំ និង កម្រិតប្រើប្រាស់-Please state the name of drug(s) and dosage(s)	

ការព្យាបាល គឺពាក់ព័ន្ធនឹង (សូមគូសក្នុងប្រអប់ ប្រសិនបើមានទាក់ទងនឹងចំណុចខាងក្រោម)
Treatment is related to (Please check box(es) if related to the following items)

- ☐ មាតុភាព-Maternity
- ☐ ធ្មេញ-Dental
- ☐ ការពិនិត្យសុខភាព-Checkup
- ☐ ការចាក់ថ្នាំបង្ការ-Immunization
- ☐ ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ-Acupuncture
- ☐ ផ្សេងៗ-Others
- ☐ វិធីព្យាបាល-Therapy
- ☐ ភ្នែក-Vision

កាលបរិច្ឆេទទទួលសេវាកម្ម (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) **Date of Service (MM/DD/YY)**	**ការពិពណ៌នាអំពីវិធានវេជ្ជសាស្ត្រ** **Description of Medical Procedure**	**តម្លៃ** **Fees**
	ការពិគ្រោះយោបល់-Consultation Others	
	ថ្នាំ-Drugs	
	ការធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍-Lab Test(s)	
	ការពិនិត្យ-Exam(s)	
	ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ-Acupuncture	
	វិធីព្យាបាល-Therapy	
	ផ្សេងៗ-Others	
	សរុប-Total	

ហត្ថលេខា វេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាល-Signature of Treating Physician
ឈ្មោះ និង តួនាទី-Name and Title:

កាលបរិច្ឆេទ-Date: ខែ MM ថ្ងៃ DD ឆ្នាំ YY

បញ្ជីត្រួតពិនិត្យឯកសារដែលត្រូវភ្ជាប់មកជាមួយ-Check list of documents to be submitted:

- ☐ ឯកសារចតចម្លងអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរបស់អ្នកជំងឺ/លិខិតឆ្លងដែន
  Photocopy of Patient's ID card/Passport
- ☐ ច្បាប់ចតចម្លងនៃបណ្ណសមាជិកធានារ៉ាប់រង
  Photocopy of Insurance Card
- ☐ វិក្កយបត្រ/បង្កាន់ដៃច្បាប់ដើម
  Original Invoice(s)/Receipt(s)
- ☐ ច្បាប់ចតចម្លងនៃរបាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ
  Photocopy of Medical Records
- ☐ ច្បាប់ចតចម្លងនៃវេជ្ជបញ្ជា (ប្រសិនបើមាន)
  Photocopy of Prescriptions (if any)
- ☐ លិខិតចេញពីមន្ទីរពេទ្យ (សម្រាប់ការទាមទារសំណងសម្រាកពេទ្យ)
  Discharge Summary (for inpatient claims)