



ໂຮງໝໍ ຫຼີກໄຊ ຈຳກັດ

ບ້ານ ຊ້າງຄູ່ ເມືອງ ໄຊທານີ ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ

ເລກທີອາກອນ: 021588368-0-00

ໂທລະສັບ: (+856)020 22298723.030 5138287 | ອີເມລ: info.luckxayhospital@gmail.com |

ເວັບໄຊ: <https://luckxayhospital.la>

ລູກຄ້າ:

ບໍລິສັດ ເອັມເອັສໄອຈີ ໄຊກໄຊ ປະກັນໄພ ຈຳກັດ

ບ້ານ ທາດຫລວງກາງ ເມືອງ ໄຊເສດຖາ ແຂວງນະຄອນຫຼວງ

ເລກທີອາກອນ: 284049603-9-00

021 221210-211

ທີວຂໍ: ທ່ານນາງ ບຸນຮຽງ ຈັນທະສຸກ

ໃບເກັບເງິນ

ວັນທີ:

17/04/2025

INV51333

#	ລາຍການ	ຈຳນວນ	ລາຄາ	ທັງໝົດ
1	ການບໍລິການ Service Charges	1.00	170,000.00 ກີບ	170,000.00 ກີບ
2	Tel-guest 180mg	10.00 ເມັດ	5,000.00 ກີບ	50,000.00 ກີບ
3	Oral (ສັມ) 3g	10.00 ຊອງ	8,000.00 ກີບ	80,000.00 ກີບ
4	telenor (sara)	10.00 ເມັດ	4,000.00 ກີບ	40,000.00 ກີບ

ໝາຍເຫດ:

ຊື່ບັນຊີ LUCKXAY HOSPITAL CO.,LTD

ເລກບັນຊີ Acc/No: 1601100053869



BCEL OnePay

ມູນຄ່າລວມບໍ່ນີອາກອນ:

340,000.00 ກີບ

ຍົກເວັ້ນອາກອນ:

170,000.00 ກີບ

VAT (10%):

17,000.00 ກີບ

ທັງໝົດ:

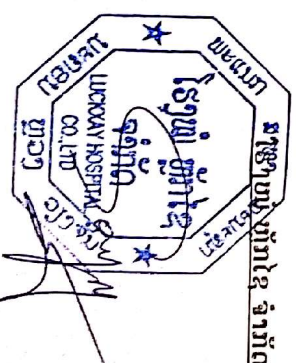
357,000.00 ກີບ

ຈຳນວນທີ່ຍັງຄ້າງ:

357,000.00 ກີບ

ບໍລິສັດ ເອັມເອັສໄອຈີ ໄຊກໄຊ

ປະກັນໄພ ຈຳກັດ





ເອມເອັສໄອຊີ ໂຊກໄຊ ປະກັນໄພ
MSIG SOKXAY INSURANCE
ບັນທຶກໃຫ້ກັບທຸກຄົນ

ບໍລິສັດ ເອມເອັສໄອຊີ ໂຊກໄຊ ປະກັນໄພ ຫ້ອງການໃຫຍ່ຕັ້ງຢູ່ ຖະໜົນກຳແພງເມືອງ
ຫລວງ 12 ບ້ານ ທາດຫຼວງກາງ ເມືອງໄຊເສດຖາ ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ ສ ປປລາວ
ໂທລະສັບ : (020) 5585 9191

ແບບຝອມຮຽກຮ້ອງຄ່າທຶດແທນປະກັນໄພ

ເພື່ອຝອມປະໂຫຍດຂອງທາງການລະບຸຕາມຂໍ້ມູນໃຫ້ຄົບຖ້ວນສົມບູນ ຜ່ອມລົງຊື່ຮັບຮອງ ແລະ ລົງຊື່ຍື່ນຍອມເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນສຸຂະພາບ
ໂດຍຜູ້ເອົາປະກັນໄພເປັນຜູ້ທີ່ມີສ່ວນໄດ້ເສຍເທົ່ານັ້ນບໍ່ສະນັ້ນບໍລິສັດ ຈະຖືວ່າການຮຽກຮ້ອງຢູ່ນັ້ນສົມບູນ
ຊື່ນາມສະກຸນຜູ້ເອົາປະກັນໄພ: ນາງ ບອດນາ ພິເທກ ອາຍຸ: 34 ປີ... ເລກບັດປະຈຳຕົວ: ໙໙໙.໙໙໙.໙໙໙.໙໙໙.໙໙໙
ເປີໂທລະສັບ: ໐໙໙໙.໙໙໙໙ ທີ່ຢູ່: ບ້ານ ສີໂຄດຕະໂດດ ໄດ້ ຖະໜົນ
ບ້ານ: ພະສຸງລາດພາງ ເມືອງ: ວຽງຈັນ ແຂວງ: ສະຫວັນນະເຂດ
ອາຊີບ: ລັກສະນະວຽກທີ່ເຮັດ ສະຖານທີ່ເຮັດວຽກ:

ເລກທີປັດປະກັນ	ປະເພດປະກັນໄພ
MS - MFM - 25-54NTD-001	<input checked="" type="radio"/> ປະກັນສຸຂະພາບ <input type="radio"/> ປະກັນອຸບັດຕິເຫດ

ປະເພດການຮຽກຮ້ອງ ເລືອກໄດ້ຫລາຍກວ່າ 1 ຂໍ້

- ☐ ຄ່າຮັກສາຝະຍາບານ ☒ ຜູ້ບ່ອນອາ (OPD) ☐ ຜູ້ບ່ອນໃບ (IPD)
☐ ຄ່າຊົດເຊີຍລາຍໄດ້ ☐ ຄ່າຊົດເຊີຍກໍລະນີສູນເສຍອະໄວຍະວະຫຼືຜິການ

ກະລຸນາແຈ້ງຂໍ້ມູນໂດຍລະອຽດກ່ອນອຸບັດຕິເຫດ

ວັນທີເກີດເຫດ: ເວລາ: ສະຖານທີ່ເກີດເຫດ:

ເກີດເຫດຂຶ້ນແບບໃດ:

ອາການ, ລັກສະນະບາດເຈັບ, ຕໍາແໜ້ງທີ່ບາດເຈັບ:

ກະລຸນາອະທິບາຍລະອຽດການບາດເຈັບໃນປະຈຸບັນ:

ກະລຸນາແຈ້ງຂໍ້ມູນກ່າວລະນີຈັບປ່ວຍ:

ວັນທີເຂົ້າຮັກສາ: 17/4/25 ພ້ອມທ້ອນ: ໑ ສະຖານໂຮງໝໍທີ່ຮັກສາ: ໂຮງໝໍ

ເກີດເຫດຂຶ້ນແບບໃດ: ເຫດການຕ່າງໆ

ຝະຍາດທີ່ຮັກສາ: ໂຮງໝໍ

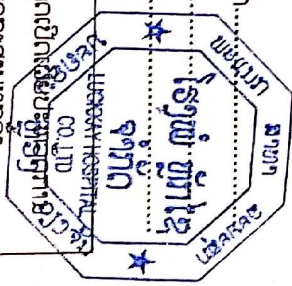
ຊື່ສະຖານໂຮງໝໍທີ່ໝົດທີ່ເຄີຍກວດຮັກສາມາກ່ອນ:

ຕັ້ງແຕ່ປີ: ລວມຄ່າປັນຍົວ:

ການຮັບເງິນສົ່ງໄພຜູ້ເອົາປະກັນໄພມີຄວາມປະສົງ

- ☐ ຂໍໃຫ້ໂອນເງິນຂ້າພ່ເນຊີ ຫຼື ມອບສິດໃຫ້ (ຕ້ອງແນບສຳເນົາບັນຊີແລະບັດປະຈຳຕົວ) ສາຍພົວພັນກັບຜູ້ໃຊ້ສິດ
☐ ຊື່ທະນາຄານ:

ເລກບັນຊີ:



ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮອງວ່າ ລາຍລະອຽດຂ້າງຕົ້ນເປັນຄວາມຈິງທຸກປະການ ແລະ ຂໍຍືນຍອມໃຫ້ສະຖານຝະຍາບານສາມາດເປີດເຜີຍປະຫຼັງຫາຄູ່
ຮັກສາຝະຍາບານ ກໍລະນີ ບໍລິສັດຮ້ອງຂໍຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ. ກະລຸນາສຳເນົາ ບັດປະກັນໄພ ແລະ ບັດປະຈຳຕົວ ປະກອບເອກະສານທຸກຄ່າ

ລົງຊື່ຜູ້ເອົາປະກັນໄພ:

SIC419-01 ຈຳນວນເງິນ: 35.7.໙໙໙໙ ກີບ (.....)



Ministry of Health of Cambodia
National Social Security Fund (NSSF)
Health Insurance Department
Phnom Penh, Cambodia
Phone: 2378 1234
Fax: 2378 5678
Email: nssf@nssf.gov.kh

រ៉ែម៉ែនស្ថានីយ៍ ឯកសារ ប្រកបដោយ
លើកលែងតែការប្រកបដោយ

Policy No : MS-MFH-25-574TD-001 (Plan 6)

Insured Name : -

Card Holder : Mrs. Bounhieng CHANTHASOUK

Effective Date : 03/01/2025 To 02/01/2026

Coverage : - LAK

OPD : 700,000 LAK / 20 Times / Year

Accident : 2,500,000 LAK

ROOM and Bord : 1,000,000 LAK / Day

[Signature]
លេខ ១១១

ប័ណ្ណស្នាក់នៅ/ពាក្យ
Passport/Passport

ຂະໜົດ
Catégorie/Type

ລະຫັດປະເທດ
Code du pays éme

ລະຫັດປະເທດ
Code du pays émetteur / Code of Issuing State

លេខប័ណ្ណបញ្ជាក់
Passport no / Pasport No.

Passport n° / Passport No.

2

LAO

204773

ឈ្មោះស្រី/Nom / Surname

CHANTHASOUK

 Σ^2 /Prénoms / Given names

BOUNHIENG

සමුදාය/Nationalité/Nationality

ລາວ Lao

ວັນເດືອນປີເກີດ/Date de naissance / Date of birth

ສູ່/ Lieu de naissance / Place of birth

13 / 04 / 1991

VIENTIANE

Full / Sexe / Sex

ד

ອອກໃຫ້ວັນທີ / Date de délivrance / Date of issue

ក្រុមប្រឹក្សា/Authorité/Authority

02 / 07 / 2024

MOFA. LAO PDR

ស្ថិតិកាលបរិច្ឆេទ / Date of expiry

01 / 07 / 2034

Signature: _____



P<LAOCHANHASOUK<<BOUNHIENG<<<<<<<<<<<<<<<<<<<
P3041773<OLA09104130F3407013<<<<<<<<<<<<<<<<<<

ໃບຕົກຕາມອາການຜົນຟື້ວ

ឈ្មោះ (Name) ហេង ឃុន ហ៊ុន
 អាសយដ្ឋាន (Address) ផ្ទះ ១២៣ ផ្លូវលេខ ៤៥៦
 ខណ្ឌ/រដ្ឋបាល (District) ខណ្ឌ ១
 ស្រុក/ខេត្ត (Province) ស្រុក ១
 កូដប្រទេស (Country Code) ៨៥៥
 លេខទូរស័ព្ទ (Phone Number) ៩៩៩ ៩៩៩ ៩៩៩

Diagnosis រដ្ឋសមាជ្យ:

ວັນຕົອນ	ອາການ	ຢາມີ	ໝາຍເຫດ
14:00	CC: 70 ແຫ້ງ + ຂົວຂ້າ PH: 70 ກວມ 70 ແຫ້ງ 70 ແຫ້ງ ສູນ ພໍ ຂົວຂ້າ, ກາມ. ພວມ 70 ກວມ PH: Healthy PE: Alert	1. Paracetamol 180mg (1x2) 2. OES ສູນ 190 ມມ 1500ml 3. Sana 500mg & 100ml 72	
15:00	PH: 103/63 2: 80 3: 76 4: 98 T: 36.6		
	- Pink Cyanotic - Weight: 222 - leg: clear - ASat: soft Jx: Common Cold.		

តាមឡើងដល់មហាវិថីបណ្ឌិតខុប

