

FORMULIR KLAIM RAWAT INAP DAN TINDAKAN BEDAH

(Diisi oleh Pemegang Polis / Tertanggung)

Agar mempercepat proses klaim, harap semua pertanyaan di bawah dijawab dengan benar, lengkap dan jelas

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Data Pemegang Polis

1. Nama Pemegang Polis : _____
2. No Polis/Sertifikat : _____
3. No Telp/HP/ Email/Faksimili : _____
4. Alamat : _____
5. Jenis Kelamin : Pria Wanita

Data Pasien

1. Nama Pasien : _____
2. Tempat, Tanggal lahir, Usia : _____
3. Alamat : _____
4. Periode perawatan sejak (tgl/bln/thn) : / / s/d / /
5. Nama dan alamat RS : _____
6. Nama dokter yang merawat : _____
7. No Kartu Pasien/No. Rekam Medis : _____

Jika Rawat inap karena penyakit

1. Sebutkan keluhan dan gejala yang timbul : _____
2. Sejak kapan keluhan timbul : _____
3. Nama diagnosa penyakit : _____

Jika Rawat Inap karena kecelakaan

1. Tempat dan tanggal kecelakaan : _____
2. Keadaan luka secara terperinci : _____
3. Kronologis kecelakaan : _____

Jika Rawat inap dilakukan pembedahan

1. Nama tindakan pembedahan : _____
2. Nama diagnosa penyakit : _____

Polis yang dimiliki di perusahaan lain

1. No. polis dan nama perusahaan asuransi : _____
2. No. polis dan nama perusahaan asuransi : _____

Apabila klaim disetujui maka pembayaran ke Pemegang Polis

1. Nama lengkap : _____
2. Nama Bank dan Cabang : _____
3. No rekening : _____
4. Alamat Bank : _____

Pengajuan klaim ini harus dilengkapi dengan Surat Keterangan Dokter dan Surat Kuasa Pemberian Rekam Medis

PERNYATAAN PENGAJU KLAIM

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti, dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas dengan benar

Tanggal Penandatanganan : _____ / _____ / _____

Tanda Tangan dan Nama Jelas Pemegang Polis

Tanda Tangan dan Nama Jelas Tertanggung

SURAT KETERANGAN DOKTER

(Di isi oleh Dokter yang Merawat)

Data Pasien /Almarhum/Tertanggung

Nama Pasien	:	_____
No Rekam Medis	:	_____
Tanggal lahir	:	_____
Alamat	:	_____
Jenis Kelamin	:	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
Dirawat sejak tanggal	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Riwayat Penyakit

1. Apa keluhan pasien dan sejak kapan timbul (tgl/bln/thn)? _____
2. Hasil pemeriksaan Fisik?
 - a. Tensi : _____ b. Nadi : _____ c. Suhu : _____ d. Pernapasan : _____ e. Kesadaran : _____
3. Apakah indikasi dilakukannya rawat inap? _____
4. Apakah pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien ini (mohon dilampirkan hasilnya)? _____
5. Bila pasien mengalami kecelakaan, bagaimana kronologis kecelakaan dan kapan terjadinya (tgl/bln/thn)? _____
6. Diagnosa apa yang ditegakkan pada pasien ini? _____
7. Sejak kapan diagnosa tersebut ditegakkan (tgl/bln/thn)? _____
8. Apakah penyakit yang mendasari diagnosa tsb dan sejak kapan timbul (tgl/bln/thn)? _____
9. Apakah terapi yang diberikan? _____
10. Jenis operasi (jika dilakukan pembedahan) ? _____
11. Pada hari perawatan keberapa pasien diperbolehkan pulang? _____

	YA	TIDAK	mohon jelaskan
12. Apakah perawatan ini atas permintaan pasien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13. Apakah diagnosa diatas ada hubungannya dengan infertilitas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14. Apakah diagnosa diatas ada hubungannya dengan kehamilan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
15. Apakah diagnosa diatas ada hubungannya dengan kejiwaan/psikosomatis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
16. Apakah diagnosa diatas ada hubungannya dengan penyakit bawaan/kongenital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
17. Apakah diagnosa diatas ada merupakan penyakit kronis atau episode berulang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Jika YA, diderita sejak / /

PERNYATAAN DOKTER

Saya dengan ini menyatakan bahwa semua jawaban di atas adalah benar dan lengkap menurut pengetahuan dan keyakinan Saya

Nama Dokter	:	_____
Alamat Dokter / RS	:	_____
Spesialisasi	:	_____
NoTelp / HP	:	_____

Tempat dan tanggal	Tanda Tangan Dokter	Cap Rumah Sakit
_____	_____	_____