

FORMULIR KLAIM RAWAT INAP DAN RAWAT BEDAH
HOSPITAL & SURGICAL CLAIM FORM

Petunjuk Pengajuan Klaim [Guideline of Claim Submission]

1 Formulir ini harus dilengkapi dan hanya berlaku untuk (1) SATU orang pasien dan harus diisi dengan lengkap dan ditandatangani oleh peserta atau orang tua jika pasien adalah anak-anak.

This form should be completed for the inpatient claims of 1 (ONE) patient only and must be fully completed and signed by the participant or by his/her parents for minor patient.

2 Formulir ini harus diisi dengan lengkap, benar dan jelas.

This form should be filled in correctly, completely and clearly.

3 Klaim baru dapat diteliti dan diproses lebih lanjut hanya bila semua dokumen pendukung pengajuan klaim telah diisi, dilengkapi dan dilampirkan. Dokumen pendukung pengajuan klaim meliputi : Surat Jaminan, Formulir Klaim; Kwitansi Asli beserta perinciannya dimana terdapat nama pasien, tanggal perawatan dan biaya perawatan; copy resep obat-obatan; hasil pemeriksaan penunjang diagnostik dan Histopatology

Claim can only be processed subject to all supporting documents have been filled in completed and attached. The Supporting documents shall include Guarantee Letter, Claim Form, All Original Receipt bearing the name of the patient, date of treatment and amount of charge: detailed report of medical prescription, laboratory / radiology result and Histopathology Report.

Diisi oleh peserta asuransi atau orang tua pasien bila pasien adalah anak.

Filled by the participant or by his / her parents for minor patient

DATA KARYAWAN		DATA PASIEN	
Nama Perusahaan Name of Company		Nama Name	
Nomor Polis Policy Number		Nomor peserta Registration Number	
Nama Name		Tanggal Lahir Date of Birth	
Nomor Peserta Registration Number		Jenis Kelamin Sex	
Alamat / No. Telp Address / Phone No.		Hubungan Relationship	Diri sendiri/Ownself Istri/Wife, Suami/Husband Anak/Children
Jika ada polis asuransi lain yang menutup asuransi atas perawatan ini, harap diberikan nama Perusahaan Asuransi, alamat, no. teleponnya : If another insurance policy is covering this case, please state the name of the Company, address, and telephone number			
Total Jumlah Klaim Total Amount of Claim			
PERNYATAAN PEMBERIAN KUASA POWER OF ATTORNEY			
<p>Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar. Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi dan badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan saya untuk memberitahukan kepada PT. Asuransi Bina Dana Arta, Tbk (OONA INSURANCE) atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan saya. Copy dari pernyataan ini sama kuat dan sah seperti aslinya.</p> <p>I declare that I have read understood and answered all the questions above completely and correctly. I hereby authorize any physician, clinic, hospital, public health center, insurance company, legal institutions, personal or other organizations that has any records or information on the health of the participant to inform PT. Asuransi Bina Dana Arta, Tbk (OONA INSURANCE) or its authorized party, any explanation about my health-condition. A photographic copy of this statement should be as valid and legal as the original.</p>			
Tempat & Tanggal Place & Date .			
Tanda tangan, nama jelas karyawan/keluarga karyawan Signature, name of employee / Employee family			



Untuk diisi dengan lengkap Oleh Dokter yang merawat dan Dokter Bedah / To be filled by the Attending Doctor or Surgeon for Surgical Treatment

KETERANGAN DOKTER/ MEDICAL RESUME

Saya menerangkan dengan sesungguhnya bahwa saya telah memeriksa penyakit / luka yang diderita pasien tersebut di bawah ini.

I do certify that I personally examined the Sickness / Injury sustained by patient mentioned below.

Nama Pasien / Patient's Name .	Nomor Rekam Medik / Medical Record Number :
Tanggal Mulai Dirawat / Begin Date :	Tanggal Pasien Keluar Perawatan / Discharged date :
Keluhan Utama / Primary Symptoms :	
Keluhan tambahan / Other Symptoms	
Sudah berapa lama keluhan tersebut dirasakan oleh pasien ? / How long had the symptoms been suffered ?	
Indikasi Rawat Inap / Indication of Hospitalization :	
TAuan Perawatan / Purpose on Treatment . IA Observasi / Observation C] Diagnostik / Diagnostic ÜTerapi / Therapeutic	
Pemeriksaan Fisik / Physical Examination .	
Diagnosa / Diagnose :	Kode ICD X 1 / ICD X Code :
Terapi / Therapy :	
Apakah pasien pernah mendapatkan perawatan sebelumnya untuk keadaan / penyakit ini ? Mohon dijelaskan. Have the patient ever been treated for this symptoms ? Please explain.	
Bila pasien Rujukan. Nama dokter dan instansi kesehatan yang merujuk adalah : For a referred patient. Please state the name and address of the Referring Hospital and Physician .	
Tindakan atau Operasi selama perawatan / Procedures or Surgical during treatment :	
Alasan memilih Jenis Tindakan diatas / Reason to choose the above Procedures .	
Apakah penyakit / kondisi diatas disebabkan atau berhubungan dengan : Is the above sickness / conditions caused by or related to • <input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan / Congenital Anomaly C] Kesuburan / Fertility <input type="checkbox"/> Mental disorder / Mental Disorder C] Gangguan Hormonal / Hormonal Imbalance Kecelakaan / Accident C] Kosmetik atau Estetika / Cosmetic or Aesthetic Kehamilan / Pregnancy, Tanggal HPHT / The first date of last period : <input type="checkbox"/>	
Jika Ya harap jelaskan / if Yes please explain :	
Bila perawatan dikarenakan kecelakaan kerja, mohon dicantumkan / if the treatment due to occupational accident please state : Tanggal kecelakaan / date of accident : Penyebab kecelakaan / cause of accident :	
Prognosis / Prognose .	
Pasien pulang dalam keadaan / patient's condition when discharged C] Sembuh / Recover Meninggal / Death C] Lainnya / Other : _____	

Saya menyatakan bahwa seluruh informasi diatas adalah benar menurut pengetahuan dan keyakinan saya,
I declare that the information above is true and complete to the best of my knowledge and belief.

Tempat & Tanggal / Place & Date :

Nama Jelas dan Tanda tangan Dokter Name
and signature of Physician

Nama & Stempel Rumah Sakit
Name and Stamp of Hospital