

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

Petunjuk Pengajuan Klaim / Guideline of Claim Submission

- 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.
- Formulir ini harus diisi dengan lengkap, benar dan jelas.
This form should be filled in correctly, completely and clearly.
- 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 orangtua pasien bila pasien adalah anak.
Filled by the participant or by his / her parents for minor patient.

DATA KARYAWAN		DATA PASIEN	
Nama Perusahaan <i>Name of Company</i>		Nama <i>Name</i>	
Nomor Polis <i>Policy Number</i>		Nomor Peserta <i>Registration Number</i>	
Nama <i>Name</i>		Tanggal Lahir <i>Date of Birth</i>	
Nomor Peserta <i>Registration Number</i>		Jenis Kelamin <i>Sex</i>	
Alamat / No Telp <i>Address / Phone No</i>		Hubungan <i>Relationship</i>	<input type="checkbox"/> Diri Sendiri/ <i>Ownself</i> <input type="checkbox"/> Anak/ <i>Children</i> <input type="checkbox"/> Istri/ <i>Wife, Suami/Husband</i>
Jika ada polis asuransi lain yang menutup asuransi atas perawatan ini, harap berikan nama Perusahaan Asuransi, alamat, no. teleponnya : <i>If another insurance policy is covering this case, please state the name of the Company, address, and telephone number :</i>			
Total Jumlah klaim <i>Total Amount of Claim</i>			
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 Sinar Mas atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan saya. Copy dari pernyataan ini sama kuat dan sahnya seperti aslinya.</p> <p><i>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 Sinar Mas 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.</i></p>			
Tempat & Tanggal / <i>Place & Date</i> :			
Tanda tangan, nama jelas karyawan/keluarga karyawan <i>Signature, name of employee / Employee family</i>			

KETERANGAN DOKTER / MEDICAL RESUME

Saya menerangkan dengan sesungguhnya bahwa saya telah memeriksa penyakit / luka yang diderita pasien tersebut dibawah ini.
I do certify that I personally examined the Sickness / Injury sustained by patient mentioned below.

Nama Pasien / <i>Patient's Name</i> :	Nomor Rekam Medik / <i>Medical Record Number</i> :
Tanggal Mulai Dirawat / <i>Admission Date</i> :	Tanggal Pasien Keluar Perawatan / <i>Discharged date</i> :
Keluhan dan Gejala Utama / <i>Primary Symptoms and Signs</i> :	
Keluhan dan Gejala Tambahan / <i>Other Symptoms and Signs</i> :	
Sejak kapan keluhan dan gejala tersebut dirasakan oleh pasien ? / <i>Since when the symptoms and signs suffered by the patient ?</i>	
Indikasi dilakukan Rawat Inap / <i>Indication for Hospitalization</i> :	
Tujuan dilakukan Rawat Inap / <i>Purpose of Hospitalization</i> : <input type="checkbox"/> Observasi / <i>Observation</i> <input type="checkbox"/> Diagnostik / <i>Diagnostic</i> <input type="checkbox"/> Terapi / <i>Therapeutic</i>	
Pemeriksaan Fisik / <i>Physical Examination</i> :	
Diagnosa / <i>Diagnose</i> :	Kode ICD X / <i>ICD X Code</i> :
Terapi / <i>Therapy</i> :	
Apakah pasien pernah mendapatkan perawatan sebelumnya untuk keadaan / penyakit ini ? Mohon dijelaskan. <i>Have the patient ever been treated for this symptoms ? Please explain.</i>	
Bila merupakan pasien Rujukan, mohon informasikan nama, alamat, dan nomor telepon Dokter dan/atau instansi kesehatan yang merujuk. <i>If referred patient, please state the name, address and telephone number of the Referring Physician and/or health institution</i>	
Tindakan atau Pembedahan yang dilakukan selama perawatan / <i>Procedures or Surgical performed during treatment</i> :	
Alasan memilih Jenis Tindakan atau pembedahan diatas / <i>Reason to choose the above Procedures or Surgery</i> :	
Apakah penyakit / kondisi diatas disebabkan atau berhubungan dengan : <i>Is the above sickness / conditions caused by or related to :</i> <input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan / <i>Congenital Disorder</i> <input type="checkbox"/> Ketidaksuburan / <i>Infertility</i> <input type="checkbox"/> Kelainan Mental / <i>Mental Disorder</i> <input type="checkbox"/> Gangguan Hormonal / <i>Hormonal Imbalance</i> <input type="checkbox"/> Kecelakaan / <i>Accident</i> <input type="checkbox"/> Kosmetik atau Estetika / <i>Cosmetic or Aesthetic</i> <input type="checkbox"/> Kehamilan / <i>Pregnancy, Tanggal HPHT / The first date of last period</i> : _____	
Jika Ya harap jelaskan / <i>If Yes please explain</i> :	
Bila perawatan dikarenakan kecelakaan kerja, mohon dicantumkan / <i>If the treatment due to occupational accident please state :</i> Tanggal kecelakaan / <i>date of accident</i> : Penyebab kecelakaan / <i>cause of accident</i> :	
Prognosis / <i>Prognose</i> :	
Pasien pulang dalam keadaan / <i>Patient's condition when discharged</i> : <input type="checkbox"/> Sembuh / <i>Recover</i> <input type="checkbox"/> Meninggal / <i>Death</i> <input type="checkbox"/> Lainnya / <i>Other</i> : _____	

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

FORMULIR KLAIM RAWAT INAP DAN RAWAT BEDAH

Petunjuk Pengajuan Klaim

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

Diisi oleh peserta asuransi atau orangtua pasien bila pasien adalah anak.

DATA KARYAWAN		DATA PASIEN	
Nama Perusahaan		Nama	
Nomor Polis		Nomor Peserta	
Nama		Tanggal Lahir	
Nomor Peserta		Jenis Kelamin	
Alamat / No Telp		Hubungan	<input type="checkbox"/> Diri Sendiri <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Istri / Suami
Jika ada polis asuransi lain yang menutup asuransi atas perawatan ini, harap berikan nama Perusahaan Asuransi, alamat, nomor teleponnya :			
Total Jumlah klaim			
PERNYATAAN PEMBERIAN KUASA			
<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 Sinar Mas atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan saya. Copy dari pernyataan ini sama kuat dan sahnya seperti aslinya.</p>			
Tempat & Tanggal : _____			
_____ Tanda tangan, nama jelas karyawan/keluarga karyawan			

Untuk diisi dengan lengkap oleh Dokter yang merawat dan Dokter Bedah

KETERANGAN DOKTER

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

Nama Pasien :	Nomor Rekam Medik :
Tanggal Mulai Dirawat :	Tanggal Pasien Keluar Perawatan :
Keluhan dan Gejala Utama :	
Keluhan dan Gejala Tambahan :	
Sejak kapan gejala keluhan dan gejala tersebut dirasakan oleh pasien ?	
Indikasi dilakukan Rawat Inap :	
Tujuan dilakukan Rawat Inap : <input type="checkbox"/> Observasi <input type="checkbox"/> Diagnostik <input type="checkbox"/> Terapi	
Pemeriksaan Fisik :	
Diagnosa :	Kode ICD X :
Terapi :	
Apakah pasien pernah mendapatkan perawatan sebelumnya untuk keadaan / penyakit ini ? Mohon dijelaskan.	
Bila merupakan pasien Rujukan, mohon informasikan nama, alamat, dan nomor telepon Dokter dan/atau instansi kesehatan yang merujuk.	
Tindakan atau Pembedahan yang dilakukan selama perawatan :	
Alasan memilih Jenis Tindakan atau Pembedahan diatas :	
Apakah penyakit / kondisi diatas disebabkan atau berhubungan dengan <input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan <input type="checkbox"/> Kesuburan <input type="checkbox"/> Kecelakaan <input type="checkbox"/> Kelainan Mental <input type="checkbox"/> Gangguan Hormonal <input type="checkbox"/> Kosmetik atau Estetika <input type="checkbox"/> Kehamilan, Tanggal HPHT : _____	
Jika Ya harap jelaskan :	
Bila perawatan dikarenakan kecelakaan kerja, mohon dicantumkan : Tanggal kecelakaan : Penyebab kecelakaan :	
Prognosis :	
Pasien pulang dalam keadaan : <input type="checkbox"/> Sembuh <input type="checkbox"/> Meninggal <input type="checkbox"/> Lainnya : _____	

Saya menyatakan bahwa seluruh informasi diatas adalah benar menurut pengetahuan dan keyakinan saya,

Tempat & Tanggal : _____

 Nama Jelas dan Tanda tangan Dokter

 Nama & Stempel Rumah Sakit