

PERNYATAAN OLEH TERTANGGUNG:

Saya dengan ini menyatakan bahwa informasi yang diberikan dalam formulir klaim adalah benar & benar sepanjang pengetahuan dan keyakinan saya. Jika saya telah membuat pernyataan palsu atau tidak benar, menyembunyikan atau menyembunyikan fakta material sehubungan dengan pertanyaan yang diajukan sehubungan dengan klaim ini, hak saya untuk mengklaim penggantian akan hilang, saya juga menyetujui & memberi wewenang kepada TPA / Perusahaan Asuransi, untuk mencari diperlukan informasi / dokumen medis dari rumah sakit / Praktisi Medis mana pun yang telah merawat orang yang menjadi sasaran klaim ini. Saya dengan ini menyatakan bahwa saya telah menyertakan seluruh tagihan/kwitansi untuk keperluan klaim ini & bahwa saya tidak akan melakukan klaim tambahan apa pun kecuali klaim pra/pasca rawat inap, jika ada.

Tanggal

DD

MM

YYYY

Tempat:

Tanda tangan Tertanggung

PANDUAN PENGISIAN FORMULIR KLAIM - BAGIAN A (Diisi oleh tertanggung)		
ELEMEN DATA	KETERANGAN	FORMAT
BAGIAN A - DETAIL TERASURANSI UTAMA		
a) Kebijakan No.	Masukkan nomor polis	Seperti yang ditentukan oleh Perusahaan Asuransi
b) sl. Tidak/Nomor Sertifikat.	Masukkan nomor Asuransi sosial atau nomor sertifikat skema asuransi kesehatan sosial	Seperti yang ditentukan oleh organisasi
c) Nomor TPA Perusahaan No.	Masukkan No ID TPA.	Nomor lisensi yang diberikan oleh IRDA dan dicetak dalam dokumen TPA.
D) Nama	Masukkan nama lengkap pemegang polis	Nama Belakang, Nama Depan, Nama Tengah
e) Alamat	Masukkan alamat pos lengkap	Sertakan kode Jalan, Kota dan Pin
BAGIAN B - RINCIAN RIWAYAT ASURANSI		
a) Saat ini dilindungi oleh Medyclaim / Asuransi Kesehatan lainnya?	Tunjukkan apakah saat ini dilindungi oleh Medyclaim / Asuransi Kesehatan lain	Centang Ya atau Tidak
b) Tanggal dimulainya Asuransi pertama tanpa putus	Masukkan tanggal dimulainya Asuransi pertama	Gunakan format dd-mm-yy
c) Nama Perusahaan	Masukkan nama lengkap Perusahaan Asuransi	Nama organisasi secara lengkap
Nomor Kebijakan.	Masukkan nomor polis	Seperti yang ditentukan oleh Perusahaan Asuransi
Uang pertanggungan	Masukkan total uang pertanggungan sesuai polis	Dalam rupee
d) Apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit dalam empat tahun terakhir sejak dimulainya kontrak?	Tunjukkan apakah dirawat di rumah sakit dalam empat tahun terakhir	Centang Ya atau Tidak
Tanggal	Masukkan tanggal Rawat Inap	Gunakan format mm-yy
Diagnosa	Masukkan detail diagnosis	Buka Teks
e) Sebelumnya dilindungi oleh Medyclaim/Asuransi Kesehatan lainnya?	Tunjukkan apakah sebelumnya dilindungi oleh klaim medis/Asuransi Kesehatan lain	Centang Ya atau Tidak
f) Nama Perusahaan	Masukkan nama lengkap Perusahaan Asuransi	Nama organisasi secara lengkap
BAGIAN C - RINCIAN ORANG TERASURANSI YANG DIMASUKKAN RUMAH SAKIT		
A) Nama	Masukkan nama lengkap pasien	Nama Belakang, Nama Depan, Nama Tengah
B) jenis kelamin	Tunjukkan Jenis Kelamin pasien	Centang Pria atau Wanita
kurungan	Masukkan usia pasien	Jumlah tahun dan bulan
d) Tanggal Lahir	Masukkan Tanggal Lahir pasien	Gunakan format dd-mm-yy
e) Hubungan dengan Tertanggung utama	Tunjukkan hubungan pasien dengan pemegang polis	Centang opsi yang benar, jika yang lain silakan tentukan
F) Pekerjaan	menunjukkan pekerjaan pasien	Centang opsi yang tepat. Jika yang lain, harap sebutkan.
g) Alamat	Masukkan alamat pos lengkap	Sertakan kode Jalan, Kota dan Pin
h) Nomor Telepon	Masukkan nomor telepon pasien	Cantumkan kode STD dengan nomor telepon
1) ID email	Masukkan alamat email pasien	Alamat email lengkap
BAGIAN D - RINCIAN RUMAH SAKIT		
A) Nama Rumah Sakit tempat dirawat	Masukkan nama rumah sakit	Nama rumah sakit secara lengkap
B) Kategori kamar terisi	menunjukkan kategori kamar yang ditempati	Centang opsi yang tepat
C) Rawat inap karena	menunjukkan alasan rawat inap	Centang opsi yang tepat
D) Tanggal cedera/Tanggal Penyakit pertama kali terdeteksi / Tanggal Persalinan	Masukkan tanggal yang relevan	Gunakan format dd-mm-yy
e) Tanggal penerimaan	Masukkan tanggal penerimaan	Gunakan format dd-mm-yy
f) Waktu	Masukkan waktu masuk	Gunakan format hh-mm-
G) Tanggal keluar	Masukkan tanggal keluar	Gunakan format dd-mm-yy
h) Waktu	Masukkan waktu pelepasan	Gunakan format hh-mm-
SAWA) jika cedera berikan penyebabnya	menunjukkan penyebab cedera	Centang opsi yang tepat
Jika Medico legal	menunjukkan apakah cedera itu legal secara medis	Centang Ya atau Tidak
Dilaporkan ke Polisi	menunjukkan apakah laporan polisi telah diajukan	Centang Ya atau Tidak
Laporan MLC & FIR Polisi terlampir	menunjukkan apakah laporan MLC dan FIR Polisi terlampir	Centang Ya atau Tidak
J) Sistem Medis	Masukkan sistem pengobatan yang diikuti dalam merawat pasien	Buka Teks
BAGIAN E - RINCIAN KLAIM		
A) Rincian Biaya Perawatan	Masukkan jumlah yang diklaim sebagai biaya pengobatan	Dalam rupee (Jangan masukkan nilai paise)
B) Klaim Rawat Inap Domisili	menunjukkan apakah klaim ditujukan untuk rawat inap domisili	Centang Ya atau Tidak
C) Rincian Lump sum/Manfaat tunai yang diklaim	Masukkan jumlah yang diklaim sebagai manfaat sekaligus/tunai	Dalam rupee (Jangan masukkan nilai paise)
D) Dokumen Klaim Diserahkan-Daftar Periksa	menunjukkan dokumen pendukung mana yang diserahkan	Centang opsi yang tepat
BAGIAN F - RINCIAN TAGIHAN TERLAMPIR		
Tunjukkan tagihan mana yang dilampirkan dengan jumlah dalam rupee		
BAGIAN G - RINCIAN REKENING BANK TERASURANSI UTAMA		
A) PANCI	Masukkan nomor rekening permanen	Seperti yang diberikan oleh Departemen Pajak Penghasilan
b) Nomor Rekening	Masukkan nomor rekening Bank	Seperti yang ditentukan oleh Bank
C) Nama Bank dan Cabang	Masukkan nama Bank beserta cabangnya	Nama Bank secara lengkap
C) Detail pembayaran cek/ DD	Masukkan nama penerima cek/DD yang harus dibuat	Nama perseorangan/organisasi secara lengkap
C) Kode IFSC	Masukkan kode IFSC cabang Bank	Kode IFSC cabang Bank secara lengkap
BAGIAN H - PERNYATAAN OLEH TERMASUK		
Bacalah pernyataan dengan seksama dan sebutkan tanggal (dalam format dd:mm:yy), tempat (teks terbuka) dan tanda tangan.		

BAGIAN H

FORMULIR KLAIM - BAGIAN B
UNTUK DIISI OLEH RUMAH SAKIT
Penerbitan Formulir ini tidak boleh dianggap sebagai pengakuan tanggung jawab
Harap sertakan formulir permintaan praotorisasi asli sebagai pengganti BAGIAN A

(Diisi dengan huruf balok)

RINCIAN RUMAH SAKIT

a) Nama rumah sakit:

a) ID Rumah Sakit: c) Jenis Rumah Sakit: Jaringan : Non Jaringan : (jika non jaringan isi bagian E)

c) Nama dokter yang merawat:

e) Kualifikasi: f) Nomor Pendaftaran dengan Kode Negara: g) Nomor Telepon:

DETAIL PASIEN YANG DITERIMA

a) Nama Pasien:

b) Nomor Registrasi IP: c) Jenis Kelamin: Laki-laki ☐ Perempuan ☐ d) Usia: Tahun Bulan e) Tanggal lahir:

f) Tanggal Penerimaan: g) Waktu: h) Tanggal Pemulangan: i) Time:

j) Jenis Penerimaan: Keadaan darurat ☐ Berencana ☐ Penitipan Anak ☐ Bersalin ☐ k) Jika Bersalin ☐ i) Tanggal Pengiriman: ii) Status Hamil :

l) Status pada saat keluar: Dipulangkan ke rumah ☐ Pulang ke rumah sakit lain ☐ Almarhum ☐ m) Total jumlah yang diklaim

DETAIL PENYAKIT YANG DIDIAGNOSIS (PRIMAR)

A)	Kode ICD 10	Keterangan	B)	ICD 10 buah	Keterangan
I. Diagnosa Utama	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Saya. Prosedur 1:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ii. Diagnosa Tambahan:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ii. Prosedur 2:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
aku aku aku. Penyakit penyerta:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	aku aku aku. Prosedur 3:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
iv. Penyakit penyerta:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	iv. Rincian Prosedur:	<input type="text"/>	<input type="text"/>

c) Pra-otorisasi yang diperoleh: ☐ Ya ☐ TIDAK d) Nomor Pra-otorisasi:

e) Jika izin dari jaringan rumah sakit tidak diperoleh, berikan alasannya:

f) Rawat inap karena cedera: ☐ Ya ☐ TIDAK I. Jika Ya, berikan alasannya Kecelakaan Lalu Lintas Jalan ☐ Penyalahgunaan zat/konsumsi alkohol ☐

ii) Jika cedera akibat penyalahgunaan zat/konsumsi alkohol, Uji dilakukan untuk membuktikan hal ini: ☐ Ya ☐ TIDAK (jika Ya, lampirkan laporannya) aku aku aku jika Medico legal: ☐ Ya ☐ Tidak iv. Dilaporkan ke Polisi ☐ Ya ☐ TIDAK

v. Nomor Cemas: vi. Bila tidak dilaporkan ke polisi berikan alasannya:

DOKUMEN KLAIM DIKIRIM - DAFTAR PERIKSA

<input type="checkbox"/> Formulir klaim disandatangani dengan benar	<input type="checkbox"/> Laporan investigasi
<input type="checkbox"/> Permintaan Pra-otorisasi asli	<input type="checkbox"/> Laporan pemeriksaan CT/MR/USG/HPE
<input type="checkbox"/> Salinan surat persetujuan Pra-otorisasi	<input type="checkbox"/> Slip referensi dokter untuk pemeriksaan
<input type="checkbox"/> Copy Foto KTP pasien Diverifikasi pihak rumah sakit	<input type="checkbox"/> EKG
<input type="checkbox"/> Ringkasan Pemulangan Rumah Sakit	<input type="checkbox"/> Tagihan apotek
<input type="checkbox"/> Catatan Ruang Operasi Tagihan	<input type="checkbox"/> Laporan MLC & FIR Polisi
<input type="checkbox"/> utama Rumah Sakit	<input type="checkbox"/> Ringkasan kematian asli dari rumah sakit jika ada
<input type="checkbox"/> Tagihan perpisahan rumah sakit	<input type="checkbox"/> Yang lainnya, harap sebutkan

DETAIL TAMBAHAN DALAM RUMAH SAKIT NON-JARINGAN (HANYA DIISI DALAM KASUS RUMAH SAKIT NON-JARINGAN)

a) Alamat Rumah Sakit

Kota: Negara:

Kode PIN: b) Nomor Telepon: c) Nomor Pendaftaran dengan Kode Negara:

d) Rumah Sakit PAN: e) Jumlah tempat tidur rawat inap f) Fasilitas yang tersedia di rumah sakit Saya PL ☐ Ya ☐ TIDAK ii. ICU ☐ Ya ☐ TIDAK

aku aku aku. Yang lain:

PERNYATAAN OLEH RUMAH SAKIT

(HARAP BACA DENGAN SANGAT TELITI)

Dengan ini kami menyatakan bahwa informasi yang diberikan dalam Formulir Klaim ini adalah benar & benar sepanjang pengetahuan dan keyakinan kami. Jika kami telah membuat pernyataan yang salah atau tidak benar, menyembunyikan atau menyembunyikan fakta material apa pun, hak kami untuk mengklaim berdasarkan klaim ini akan hilang.

Tanggal:

Tempat:

Tanda tangan dan Stempel Otoritas Rumah Sakit:

PANDUAN PENGISIAN FORMULIR KLAIM - BAGIAN B (Diisi oleh pihak rumah sakit)		
ELEMEN DATA	KETERANGAN	FORMAT
BAGIAN A - RINCIAN RUMAH SAKIT		
a) Nama rumah sakit:	Masukkan nama rumah sakit	Nama rumah sakit secara lengkap
b) Identitas Rumah Sakit	Masukkan nomor ID rumah sakit	Seperti yang dialokasikan oleh TPA
c) Jenis Rumah Sakit	Tunjukkan apakah di rumah sakit jaringan atau non jaringan	Centang opsi yang tepat
c) Nama dokter yang merawat	Masukkan nama dokter yang merawat	Nama dokter secara lengkap
e) Kualifikasi	Masukkan kualifikasi dokter yang merawat	Singkatan dari kualifikasi pendidikan
f) Nomor Pendaftaran dengan Kode Negara	Masukkan nomor registrasi dokter beserta kode negara	Sebagaimana dialokasikan oleh Dewan Medis India
g) Nomor Telepon.	Masukkan nomor telepon dokter	Cantumkan kode STD dengan nomor telepon
BAGIAN B - RINCIAN PASIEN YANG DITERIMA		
a) Nama Pasien	Masukkan nama pasien	Nama pasien secara lengkap
b) Nomor registrasi IP	Masukkan nomor registrasi penyedia asuransi	Seperti yang ditentukan oleh penyedia asuransi
c) Jenis Kelamin	Tunjukkan Jenis Kelamin pasien	Centang Pria atau Wanita
d) Usia	Masukkan usia pasien	Jumlah tahun dan bulan
e) Tanggal Lahir	Masukkan tanggal lahir	Gunakan format dd-mm-yy
f) Tanggal Penerimaan	Masukkan tanggal penerimaan	Gunakan format dd-mm-yy
g) Waktu	Masukkan Waktu masuk	Gunakan format jj:mm
h) Tanggal Pemulangan	Masukkan tanggal Pemulangan	Gunakan format dd-mm-yy
i) Waktu	Masukkan waktu Pembuangan	Gunakan format jj:mm
j) Jenis Penerimaan	Tunjukkan jenis penerimaan pasien	Centang opsi yang tepat
k) Jika Bersalin		
i. Tanggal pengiriman	Masukkan Tanggal Pengiriman jika bersalin	Gunakan format dd-mm-yy
ii. Status Gravida	Masukkan status Gravida jika bersalin	Gunakan format standar
l) Status pada saat keluar	Tunjukkan status pasien pada saat keluar	Centang opsi yang tepat
M) Total jumlah yang diklaim	Tunjukkan jumlah total yang diklaim	Dalam rupee (jangan masukkan nilai paise)
BAGIAN C - RINCIAN PENYAKIT YANG DIDIAGNOSA (PRIMAR)		
a) Kode ICD 10		
Diagnosa Utama	Masukkan Kode ICD 10 dan deskripsi diagnosis utama	Format Standar dan Teks Terbuka
Diagnosa Tambahan	Masukkan Kode ICD 10 dan deskripsi diagnosis tambahan	Format Standar dan Teks Terbuka
Penyakit penyerta	Masukkan Kode ICD 10 dan penjelasan Penyakit Penyerta	Format Standar dan Teks Terbuka
b) ICD 10 buah		
Prosedur 1	Masukkan Kode ICD 10 dan deskripsi prosedur pertama	Format Standar dan Teks Terbuka
Prosedur 2	Masukkan Kode ICD 10 dan deskripsi prosedur kedua	Format Standar dan Teks Terbuka
Prosedur 3	Masukkan Kode ICD 10 dan deskripsi prosedur ketiga	Format Standar dan Teks Terbuka
Rincian Prosedur	Masukkan detail prosedurnya	Buka teks
c) Pra-otorisasi diperoleh	Tunjukkan apakah pra-otorisasi diperoleh	Centang Ya atau Tidak
d) Nomor Pra-otorisasi	Masukkan nomor pra-otorisasi	Sesuai jatah TPA
e) Jika izin dari jaringan rumah sakit tidak diperoleh, berikan alasannya	Masukkan alasan tidak mendapatkan nomor pra-otorisasi	Buka teks
f) Rawat inap karena cedera	Tunjukkan apakah rawat inap disebabkan oleh cedera	Centang Ya atau Tidak
Menyebabkan	Tunjukkan penyebab cedera	Centang opsi yang tepat
Jika cedera akibat penyalahgunaan zat/konsumsi alkohol, tes dilakukan untuk membuktikan hal ini	Tunjukkan apakah tes dilakukan	Centang Ya atau Tidak
Hukum Medis	Tunjukkan apakah cedera itu legal secara medis	Centang Ya atau Tidak
Dilaporkan ke Polisi	Tunjukkan apakah laporan polisi telah diajukan	Centang Ya atau Tidak
nomor cemara.	Masukkan nomor laporan informasi pertama	Seperti yang dikeluarkan oleh otoritas kepolisian
Jika tidak dilaporkan ke polisi, berikan alasannya	Masukkan alasan tidak melapor ke polisi	Buka teks
BAGIAN D - DAFTAR PERIKSA YANG DISERAHKAN DOKUMEN KLAIM		
Tunjukkan dokumen pendukung mana yang diserahkan		
BAGIAN E - RINCIAN DALAM KASUS RUMAH SAKIT NON JARINGAN		
a) Alamat	Masukkan alamat pos lengkap	Sertakan Jalan, Kota dan Kode Pin
b) Nomor Telepon.	Masukkan nomor telepon rumah sakit	Cantumkan kode STD dengan nomor telepon
c) Nomor Registrasi dengan Kode Negara	Masukkan nomor registrasi Rumah Sakit yang diperoleh dari instansi setempat seperti Perusahaan Kota / Kotamadya	Sebagaimana dialokasikan oleh Perusahaan Kota / Kotamadya
d) Rumah Sakit PAN	Masukkan nomor rekening permanen	Seperti yang dialokasikan oleh Departemen Pajak Penghasilan
e) Jumlah tempat tidur Rawat Inap	Masukkan jumlah tempat tidur rawat inap	angka
f) Fasilitas yang tersedia di rumah sakit	Sebutkan fasilitas yang tersedia di rumah sakit	Centang opsi yang tepat. Jika yang lain, harap sebutkan
BAGIAN F - PERNYATAAN OLEH RUMAH SAKIT		
Bacalah pernyataan dengan seksama dan sebutkan tanggal (dalam format dd:mm:yy), tempat (teks terbuka) dan tanda tangan. dan stempel		