FORMULIR KLAIM - BAGIAN A' sampai dengan 'FORMULIR KLAIM POLIS ASURANSI KESEHATAN SELAIN PERJALANAN DAN KECELAKAAN PRIBADI - BAGIAN A UNTUK DIISI OLEH TERTANGGUNG Penerbitan Formulir ini tidak boleh dianggap sebagai pengakuan tanggung jawab (Diisi dengan huruf ba

(Diisi dengan huruf balok)

DETAIL TERASURANSI UTAMA:								
a) Nomor Polis: b) sl. Tidak/Nomor sertifikat.								
c) Nomor Identitas Perusahaan/TPA:								
d) Nama: S kamilio N A M E F SAYN S T N A M E M SAYIO D L E	N A M E							
e) Alamat:								
Kota: Negara:								
Kode PIN No Telepon: No Telepo								
RINCIAN RIWAYAT ASURANSI:								
a) Saat ini dilindungi oleh Mediclaim / Asuransi Kesehatan lainnya: Ya 🔲 11DAK b) Tanggal dimulainya Asuransi pertama tanpa putus: D D M M (M	YYYY							
c) Jika ya, nama perusahaan: Nomor Kelipitun. Nomor Kelipitun.								
Uang Pertanggungan (Rp.) d) Apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit dalam empat tahun terakhir sejak dimulainya kontrak? Ya 🔲 TIDAK Tang	gal: M M Y Y							
Diagnosa: e) Sebelumnya dilindungi oleh Mediclaim / Asura	ansi Kesehatan lainnya : Ya тюлк							
f) Jika ya, nama perusahaan:								
RINCIAN ORANG ASURANSI YANG DIMASUKKAN RUMAH SAKIT ::								
sebush rama: S karnilla N A M E F SAYA S T N A M E M SAYIA D L E	NAME							
b) Jenis Kelamin Pria Perempuan c) Usia tahun Y Y Bulan M M d) Tanggal Lahir DD M M Y Y Y Y Y								
e) Hubungan dengan Tertanggung Utama: Diff Sendin Pasangan Anak Ayah Ibu Lainnya (Harap Tentukan)								
f) Pekerjaan Melayani Bekerja sendiri Pembuat Rumah Murid Pensiun Lainnya (Harap Tentukan)								
g) Alamat (bila berbeda dengan di atas) :								
Kota:								
Kode PIN ID email:								
RINCIAN RUMAH SAKIT ::								
a) Nama Rumah Sakit di mana Diadopsi:								
b) Kategori Kamar yang ditempati: Tempat pernapan seb Hunian tunggal Berbagi kembar 3 tempat tidur atau lebih per kamar C) Rawat inap karena: Cedera Penyakit Bersalin di Janggal Penyakit pertama kali terdeteksi /Tanggal Persalinan: D D	M M Y Y Y							
ii) Dilaporkan ke Polisi aku	1) Jika cedera menyebabkan: Ditimbulikan sendiri							
DIVILIAN DEATH.								
RINCIAN KLAIM: a) Rincian biaya Perawatan yang diklaim								
a) Rincian biaya Perawatan yang diklaim Dokume	n Klaim yang Diserahkan - Daftar Periksa: Tormuki klaim diandatangan dengan benar							
a) Rincian biaya Perawatan yang diklaim I. Biaya pra-rawat inap Rp.								
a) Rincian biaya Perawatan yang diklaim I. Biaya pra-rawat inap Rp.	Formulir klaim ditandatangani dengan benar							
a) Rincian biaya Perawatan yang diklaim I. Biaya pra-rawat inap Rp.	Komulir klaim ditandatangan dengan benar Salinan pemberitahuan klaim, jika ada RUU Utama Rumah Sakit RUU Pemisahan Rumah Sakit							
a) Rincian biaya Perawatan yang diklaim I. Biaya pra-rawat inap Rp.	Komulir klaim ditandatangan dengan benar Salinan pemberitahuan klaim, jika ada RUU Utama Rumah Sakit RUU Pemisahan Rumah Sakit							
a) Rincian biaya Perawatan yang diklaim I. Biaya pra-rawat inap Rp.	romulir klaim ditandizingan dengan benar Salinan pemberitahuan klaim, jika ada RUU Utama Rumah Sakit RUU Pemisahan Rumah Sakit							
a) Rincian biaya Perawatan yang diklaim I. Biaya pra-rawat inap Rp.	Komulir klaim ditandatangan dengan benar Salinan pemberitahuan klaim, jika ada RUU Utama Rumah Sakit RUU Pemisahan Rumah Sakit Kwitansi Pembayaran Tagihan Rumah Sakit Ringkasan Pemulangan Rumah Sakit							
a) Rincian biaya Perawatan yang diklaim I. Biaya pra-rawat inap Rp.	Salinan pemberitahuan klaim, jika ada RUU Utama Rumah Sakit RUU Pemisahan Rumah Sakit Kontansi Pembayuran Tagihan Rumah Sakit Ringkasan Pemulangan Rumah Sakit							
a) Rincian biaya Perawatan yang diklaim I. Biaya pra-rawat inap Rp.	Komulir klaim ditandizangan dengan benar Salinan pemberitahuan klaim, jika ada RUU Utama Rumah Sakit RUU Pemisahan Rumah Sakit Kovitansi Pembayaran Tagihan Rumah Sakit RIngkasan Pemulangan Rumah Sakit RUU Apotek Catatan Ruang Operasi EKG Permintaan dokter untuk pemeriksaan							
a) Rincian biaya Perawatan yang diklaim I. Biaya pra-rawat inap Rp.	Salinan pemberitahuan klaim, jika ada RUU Utama Rumah Sakit RUU Pemisahan Rumah Sakit RUU Pemisahan Rumah Sakit kowitanai Pembayaran Tagihan Rumah Sakit RIUU Apotek Catatan Ruang Operasi EKG Permintaan dokter untuk pemeriksaan Laporan Investigasi (Termasuk CT/MRI/USG/HPE)							
a) Rincian biaya Perawatan yang diklaim I. Biaya pra-rawat inap Rp.	Komulir klaim ditandizangan dengan benar Salinan pemberitahuan klaim, jika ada RUU Utama Rumah Sakit RUU Pemisahan Rumah Sakit Kontansi Pembayaran Tagihan Rumah Sakit Ringkasan Pemulangan Rumah Sakit RUU Apotek Catatan Ruang Operasi EKG Permintaan dokter untuk pemeriksaan Laporan Investigasi (Termasuk							
a) Rincian biaya Perawatan yang diklaim I. Biaya pra-rawat inap Rp. ii. Biaya rawat inap Rp. sku aku aku. Biaya pasca rawat inap Rp. iv. Biaya Pemeriksaan Kesehatan: Rp. sku aku aku. Biaya pasca rawat inap Rp. iv. Lainnya (kode): Rp. Rp. sku aku aku. Biaya pasca rawat inap Naria ku aku. Biaya pasca rawat inap Naria	Salinan pemberitahuan klaim, jika ada RUU Utama Rumah Sakit RUU Pemisahan Rumah Sakit RUU Pemisahan Rumah Sakit Kontansi Pembayaran Tagihan Rumah Sakit Ringkasan Pemulangan Rumah Sakit RUU Apotek Catatan Ruang Operasi EKG Permintaan dokter untuk pemeriksaan Laporan Investigasi (Termasuk CT/NRI/USG/HPE) Resep Dokter //ang lain							
a) Rincian biaya Perawatan yang diklaim I. Biaya pra-rawat inap Rp. ii. Biaya rawat inap Rp. sku aku aku. Biaya pasca rawat inap Rp. ii. Biaya rawat inap Rp. sku aku aku. Biaya pasca rawat inap Rp. iii. Biaya rawat inap Rp. sku aku aku. Biaya pasca rawat inap Rp. iii. Biaya rawat inap Rp. iii. Biaya Pemerikaan Kesehatan: Rp. iii. Uang Bedah:	Salinan pemberitahuan klaim, jika ada RUU Utama Rumah Sakit RUU Pemisahan Rumah Sakit RUU Pemisahan Rumah Sakit Kontansi Pembayaran Tagihan Rumah Sakit RIUU Apotek Catatan Ruang Operasi EKG Permintaan dokter untuk pemeriksaan Laporan Investigasi (Termasuk CT/MRI/USG/HPE) Resep Dokter							
a) Rincian biaya Perawatan yang diklaim I. Biaya pra-rawat inap Rp.	Salinan pemberitahuan klaim, jika ada RUU Utama Rumah Sakit RUU Pemisahan Rumah Sakit RUU Pemisahan Rumah Sakit Kontansi Pembayaran Tagihan Rumah Sakit RING Apotek Catatan Ruang Operasi EKG Permintaan dokter untuk pemeriksaan Laporan Investigasi (Termasuk CT/NRI/USG/HPE) Resep Dokter //ang lain Jumlah (Rp)							
a) Rincian biaya Perawatan yang diklaim I. Biaya pra-rawat inap Rp.	Salinan pemberitahuan klaim, jika ada RUU Utama Rumah Sakit RUU Pemisahan Rumah Sakit RUU Pemisahan Rumah Sakit Kontansi Pembayaran Tagihan Rumah Sakit RING Apotek Catatan Ruang Operasi EKG Permintaan dokter untuk pemeriksaan Laporan Investigasi (Termasuk CT/NRI/USG/HPE) Resep Dokter //ang lain Jumlah (Rp)							
a) Rincian biaya Perawatan yang diklaim I. Biaya pra-rawat inap Rp.	Salinan pemberitahuan klaim, jika ada RUU Utama Rumah Sakit RUU Vtama Rumah Sakit Kontania Pembayaran Tagihan Rumah Sakit Ringkasan Pemulangan Rumah Sakit RUU Apotek Catatan Ruang Operasi EKG Permintaan dokter untuk pemeriksaan Laporan Investigasi (Termasuk CT/MRI/USG/HPE) Resep Dokter // Ang Jain Jumlah (Rp) Jumlah (Rp)							
a) Rincian biaya Perawatan yang diklaim I. Biaya pra-rawat inap Rp.	Salinan pemberitahuan klaim, jika ada RUU Utama Rumah Sakit RUU Utama Rumah Sakit Kwitansi Pembayaran Tagihan Rumah Sakit Kwitansi Pembayaran Tagihan Rumah Sakit RUU Apotek Catatan Ruang Operasi EKG Permintaan dokter untuk pemeriksaan Laporan Investigasi (Termasuk CT/MRI/USG/HPE) Resep Dokter // Ang Jain Jumlah (Rp) Jumlah (Rp)							
a) Rincian biaya Perawatan yang diklaim I. Biaya pra-rawat inap Rp.	Salinan pemberitahuan klaim, jika ada RUU Utama Rumah Sakit RUU Utama Rumah Sakit Kwitansi Pembayaran Tagihan Rumah Sakit Kwitansi Pembayaran Tagihan Rumah Sakit RUU Apotek Catatan Ruang Operasi EKG Permintaan dokter untuk pemeriksaan Laporan Investigasi (Termasuk CT/MRI/USG/HPE) Resep Dokter // Ang Jain Jumlah (Rp) Jumlah (Rp)							
a) Rincian biaya Perawatan yang diklaim Dokume I. Biaya pra-rawat inap Rp.	Salinan pemberitahuan klaim, jika ada RUU Utama Rumah Sakit RUU Utama Rumah Sakit Kwitansi Pembayaran Tagihan Rumah Sakit Kwitansi Pembayaran Tagihan Rumah Sakit RUU Apotek Catatan Ruang Operasi EKG Permintaan dokter untuk pemeriksaan Laporan Investigasi (Termasuk CT/MRI/USG/HPE) Resep Dokter // Ang Jain Jumlah (Rp) Jumlah (Rp)							
a) Rincian biaya Perawatan yang diklaim Dokume I. Biaya pra-rawat inap Rp.	Salinan pemberitahuan klaim, jika ada RUU Utama Rumah Sakit RUU Vtama Rumah Sakit Kontania Pembayaran Tagihan Rumah Sakit Ringkasan Pemulangan Rumah Sakit RUU Apotek Catatan Ruang Operasi EKG Permintaan dokter untuk pemeriksaan Laporan Investigasi (Termasuk CT/MRI/USG/HPE) Resep Dokter // Ang Jain Jumlah (Rp) Jumlah (Rp)							
a) Rincian biaya Perawatan yang diklalim L. Biaya pra-rawat inap Rp.	Salinan pemberitahuan klaim, jika ada RUU Utama Rumah Sakit RUU Pemisahan Rumah Sakit Kontansi Pembayaran Tagihan Rumah Sakit RIUU Apotek Catatan Ruang Operasi EKG Permintaan dokter untuk pemeriksaan Laporan Investigasi (Termasuk CT/NRI/USG/HPE) Resep Dokter //ang lain Jumlah (Rp)							
a) Rincian biaya Perawatan yang diklaim Li Biaya pra-rawat inap Rp.	Salinan pemberitahuan klaim, jika ada RUU Utama Rumah Sakit RUU Pemisahan Rumah Sakit RUU Pemisahan Rumah Sakit RUU Apotek Catatan Runang Operasi EKG Permintaan dokter untuk pemeriksaan Laporan Investigasi (Termasuk CT/MRI/USG/HPE) Resep Dokter Yang lain							
a) Rincian biaya Perawatan yang diklalim L. Biaya pra-rawat inap Rp.	Salinan pemberitahuan klaim, jika ada RUU Utama Rumah Sakit RUU Pemisahan Rumah Sakit Kontansi Pembayaran Tagihan Rumah Sakit RIUU Apotek Catatan Ruang Operasi EKG Permintaan dokter untuk pemeriksaan Laporan Investigasi (Termasuk CT/NRI/USG/HPE) Resep Dokter //ang lain Jumlah (Rp)							

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 D D	ММ	YYYY	Tempat:	Tanda tangan Tertanggung	

BAGIAN H

ELEMEN DATA	NGISIAN FORMULIR KLAIM - BAGIAN A (Diisi oleh tertanggung) KETERANGAN	FORMAT
ECCINETY VALA	BAGIAN A - DETAIL TERASURANSI UTAMA	LOWINI
a) Kabijakan Na		Counting of the state of the Demonstrate Assessed
a) Kebijakan No.	Masukkan nomor polis Masukkan nomor Asuransi sosial atau nomor sertifikat skema	Seperti yang ditentukan oleh Perusahaan Asuransi
b) sl. Tidak/Nomor Sertifikat.	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 Mediclaim / Asuransi Kesehatan	Tunjukkan apakah saat ini dilindungi oleh Mediclaim / Asuransi	Centang Ya atau Tidak
lainnya?	Kesehatan lain	-
b) Tanggal dimulainya Asuransi pertama tanpa putus c) Nama Perusahaan	Masukkan tanggal dimulainya Asuransi pertama Masukkan nama lengkap Perusahaan Asuransi	Gunakan format dd-mm-yy Nama organisasi secara lengkap
<u>, </u>	Masukkan nomor polis	
Nomor Kebijakan.		Seperti yang ditentukan oleh Perusahaan Asuransi Dalam rupee
d) Apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit dalam empat tahun	Masukkan total uang pertanggungan sesuai polis	
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 Mediclaim/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
BAGI/	AN 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	3 - P
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	Masukkan tanggal yang relevan	Gunakan format dd-mm-yy
Persalinan		
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-
SAYA) 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	Delegation of the second secon
A) Dingian Diava Parau-+	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
B) Klaim Rawat Inap Domisili C) Rincian Lump sum/Manfaat tunai yang diklaim	menunjukkan apakah klaim ditujukan untuk rawat inap domisili Masukkan jumlah yang diklaim sebagai manfaat sekaligus/tunai	Dalam rupee (Jangan masukkan nilai paise)
B) Klaim Rawat Inap Domisili C) Rincian Lump sum/Manfaat tunai yang diklaim	menunjukkan apakah klaim ditujukan untuk rawat inap domisili Masukkan jumlah yang diklaim sebagai manfaat sekaligus/tunai menunjukkan dokumen pendukung mana yang diserahkan	
B) Klaim Rawat Inap Domisili C) Rincian Lump sum/Manfaat tunai yang diklaim	menunjukkan apakah klaim ditujukan untuk rawat inap domisili Masukkan jumlah yang diklaim sebagai manfaat sekaligus/tunai	Dalam rupee (Jangan masukkan nilai paise)
B) Klaim Rawat Inap Domisili C) Rincian Lump sum/Manfaat tunai yang diklaim D) Dokumen Klaim Diserahkan-Daftar Periksa Tunjukkan tagihan mana yang dilampirkan dengan jumlah dalam rupee	menunjukkan apakah klaim ditujukan untuk rawat inap domisili Masukkan jumlah yang diklaim sebagai manfaat sekaligus/tunai menunjukkan dokumen pendukung mana yang diserahkan BAGIAN F - RINCIAN TAGIHAN TERLAMPIR	Dalam rupee (Jangan masukkan nilai paise)
B) Klaim Rawat Inap Domisili C) Rincian Lump sum/Manfaat tunai yang diklaim D) Dokumen Klaim Diserahkan-Daftar Periksa Tunjukkan tagihan mana yang dilampirkan dengan jumlah dalam rupee BAGIAN	menunjukkan apakah klaim ditujukan untuk rawat inap domisili Masukkan jumlah yang diklaim sebagai manfaat sekaligus/tunai menunjukkan dokumen pendukung mana yang diserahkan BAGIAN F - RINCIAN TAGIHAN TERLAMPIR	Dalam rupee (Jangan masukkan nilai paise) Centang opsi yang tepat
B) Klaim Rawat Inap Domisili C) Rincian Lump sum/Manfaat tunai yang diklaim D) Dokumen Klaim Diserahkan-Daftar Periksa Tunjukkan tagihan mana yang dilampirkan dengan jumlah dalam rupee BAGIAN A) PANCI	menunjukkan apakah klaim ditujukan untuk rawat inap domisili Masukkan jumlah yang diklaim sebagai manfaat sekaligus/tunai menunjukkan dokumen pendukung mana yang diserahkan BAGIAN F - RINCIAN TAGIHAN TERLAMPIR I G - RINCIAN REKENING BANK TERASURANSI UTAMA Masukkan nomor rekening permanen	Dalam rupee (Jangan masukkan nilai paise)
B) Klaim Rawat Inap Domisili C) Rincian Lump sum/Manfaat tunai yang diklaim D) Dokumen Klaim Diserahkan-Daftar Periksa Tunjukkan tagihan mana yang dilampirkan dengan jumlah dalam rupee BAGIAN	menunjukkan apakah klaim ditujukan untuk rawat inap domisili Masukkan jumlah yang diklaim sebagai manfaat sekaligus/tunai menunjukkan dokumen pendukung mana yang diserahkan BAGIAN F - RINCIAN TAGIHAN TERLAMPIR I G - RINCIAN REKENING BANK TERASURANSI UTAMA Masukkan nomor rekening permanen Masukkan nomor rekening Bank	Dalam rupee (Jangan masukkan nilai paise) Centang opsi yang tepat
B) Klaim Rawat Inap Domisili C) Rincian Lump sum/Manfaat tunai yang diklaim D) Dokumen Klaim Diserahkan-Daftar Periksa Tunjukkan tagihan mana yang dilampirkan dengan jumlah dalam rupee BAGIAN A) PANCI	menunjukkan apakah klaim ditujukan untuk rawat inap domisili Masukkan jumlah yang diklaim sebagai manfaat sekaligus/tunai menunjukkan dokumen pendukung mana yang diserahkan BAGIAN F - RINCIAN TAGIHAN TERLAMPIR I G - RINCIAN REKENING BANK TERASURANSI UTAMA Masukkan nomor rekening permanen Masukkan nomor rekening Bank Masukkan nama Bank beserta cabangnya	Dalam rupee (Jangan masukkan nilai paise) Centang opsi yang tepat Seperti yang diberikan oleh Departemen Pajak Penghasilan
B) Klaim Rawat Inap Domisili C) Rincian Lump sum/Manfaat tunai yang diklaim D) Dokumen Klaim Diserahkan-Daftar Periksa Tunjukkan tagihan mana yang dilampirkan dengan jumlah dalam rupee BAGIAN A) PANCI b) Nomor Rekening	menunjukkan apakah klaim ditujukan untuk rawat inap domisili Masukkan jumlah yang diklaim sebagai manfaat sekaligus/tunai menunjukkan dokumen pendukung mana yang diserahkan BAGIAN F - RINCIAN TAGIHAN TERLAMPIR I G - RINCIAN REKENING BANK TERASURANSI UTAMA Masukkan nomor rekening permanen Masukkan nomor rekening Bank	Dalam rupee (Jangan masukkan nilai paise) Centang opsi yang tepat Seperti yang diberikan oleh Departemen Pajak Penghasilan Seperti yang ditentukan oleh Bank
B) Klaim Rawat Inap Domisili C) Rincian Lump sum/Manfaat tunai yang diklaim D) Dokumen Klaim Diserahkan-Daftar Periksa Tunjukkan tagihan mana yang dilampirkan dengan jumlah dalam rupee BAGIAN A) PANCI b) Nomor Rekening C) Nama Bank dan Cabang	menunjukkan apakah klaim ditujukan untuk rawat inap domisili Masukkan jumlah yang diklaim sebagai manfaat sekaligus/tunai menunjukkan dokumen pendukung mana yang diserahkan BAGIAN F - RINCIAN TAGIHAN TERLAMPIR I G - RINCIAN REKENING BANK TERASURANSI UTAMA Masukkan nomor rekening permanen Masukkan nomor rekening Bank Masukkan nama Bank beserta cabangnya	Dalam rupee (Jangan masukkan nilai paise) Centang opsi yang tepat Seperti yang diberikan oleh Departemen Pajak Penghasilan Seperti yang ditentukan oleh Bank Nama Bank secara lengkap

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

(Diisi dengan huruf balok)

RINCIAN RUMAH SAKIT	isasi asii sebagai perigganu badilala a
a) Nama rumah sakit: c) Nama dokter yang merawat: S kaliniki N A M E F SA	Jaringan: Non Jaringan: (jika non jaringan isi bagian E)
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 f) Tanggal Penerimaan: D D M M Y Y g) Waktu: H H M M j) Jenis Penerimaan: Keadaan darurat Berencana Penitipan Anak Bersalin k) Jika Bers I) Status pada saat keluar: Dipulangkan ke rumah Pulang ke rumah sakit lain Almarhum DETAIL PENYAKIT YANG DIDIAGNOSIS (PRIMAR)	
A) Kode ICD 10 Keterangan I. Diagnosa Utama ii. Diagnosa Tambahan:	B) ICD 10 buah Keterangan Saya. Prosedur 1:
alsu alsu alsu. Penyyaka panyeraz	aku aku aku Prosedur 3:
iv. Penyakit penyerta:	iv. Rincian Prosedur:
c) Pra-otorisasi yang diperoleh: Ya mux d) Nomor Pra-otoris e) Jika izin dari jaringan rumah sakit tidak diperoleh, berikan alasannya: f) Rawat inap karena cedera: Ya mux L Jika Ya, berikan alasannya ii) Jika cedera akibat penyalahgunaan zat/konsumsi alkohol, Uji dilakukan untuk membuktikan hal ini: Ya mux U	Kecelakaan Lalu Lintas Jalan Penyalahgunaan zat/konsumsi alkohol Raya, lampirkan laporannya) alu aku aku jika Medico legat: Ya Tidak iv. Dilaporkan ke Polisi Ya mdax
DOKUMEN KLAIM DIKIRIM - DAFTAR PERIKSA	
Formular Klaim disundatingeni dengan benar Permintaan Pra-otorisasi asli Salinan surat persetujuan Pra-otorisasi Copy Foto KTP pasien Diverifikasi pihak rumah sakit Ringkasan Pemulangan Rumah Sakit Catatan Ruang Operasi Tagihan utama Rumah Sakit Tagihan perpisahan rumah sakit	Laporan investigasi Laporan pemeriksaan CT/MR/USG/HPE Slip referensi dokter untuk pemeriksaan EKG Tagihan apotek Laporan MLC & FIR Polisi Ringkasan kematian asli dari rumah sakit jika ada Yang lainnya, harap sebutkan
DETAIL TAMBAHAN DALAM RUMAH SAKIT NON-JARINGAN (HANYA DIISI DALAM KASUS RUMAH SAI	KIT NON-JARINGAN)
a) Alamat Rumah Sakit Kota: Kota: Sol Nomor Telepor. d) Rumah Sakit PAN: diu altu altu 4ku Yang lair:	Negara: c) Nomor Pendaftaran dengan Kode Negara: TIDMK ii. ICU Ya TIDMK
PERNYATAAN OLEH RUMAH SAKIT	(HADAD PAGA DENGAN CANGAT TELTT)
PERNYATAAN OLEH RUMAH SAKIT Danasa isi kami menutakan bahua leferansi uang dibesikan dalam Fermulis Kisim ini adalah benar 4 banar panasiana panasahuan dan kerekiana kami ilika kami	(HARAP BACA DENGAN SANGAT TELITI)
PERNYATAAN OLEH RUMAH SAKIT Dengan ini kami menyatakan bahwa informasi yang diberikan dalam Formulir Klaim ini adalah benar & benar sepanjang pengetahuan dan keyakinan kami. Jika kami untuk mengklaim berdasarkan klaim ini akan hilang.	<u> </u>
Dengan ini kami menyatakan bahwa informasi yang diberikan dalam Formulir Klaim ini adalah benar & benar sepanjang pengetahuan dan keyakinan kami. Jika kam	<u> </u>

PANDUAN PENGISIAN FORMULIR KLAIM - BAGIAN B (Diisi oleh pihak rumah sakit)					
ELEMEN DATA	KETERANGAN	FORMAT			
LLIMEN DATA	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			
	AN B - RINCIAN PASIEN YANG DITERIMA	Cantumkan kode 310 dengan nomor telepon			
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-vy			
f) Tanggal Penerimaan	Masukkan tanggal penerimaan	Gunakan format dd-mm-yy			
q) Waktu	Masukkan Waktu masuk				
h) Tanggal Pemulangan	Masukkan tanggal Pemulangan	Gunakan format jj:mm Gunakan format dd-mm-yy			
i) Waktu					
j) Jenis Penerimaan	Masukkan waktu Pembuangan Tunjukkan jenis penerimaan pasien	Gunakan format jj:mm Centang opsi yang tepat			
k) Jika Bersalin	Turijukkari jenis penerimaan pasien	Centarig opsi yang tepat			
	Masukkan Tanggal Pengiriman jika bersalin	Gunakan format dd-mm-yy			
i. Tanggal pengiriman 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)			
	- RINCIAN PENYAKIT YANG DIDIAGNOSA (PRIMAR)				
a) Kode ICD 10	Masukkan Kode ICD 10 dan deskripsi diagnosis utama				
Diagnosa Utama	<u> </u>	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	Tunjukkan apakah tes dilakukan	Centann Va atau Tidak			
dilakukan untuk membuktikan hal ini		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			
	AN D - DAFTAR PERIKSA YANG DISERAHKAN DOKUMEN KLAIM				
Tunjukkan dokumen pendukung mana yang diserahkan					
	N E - RINCIAN DALAM KASUS RUMAH SAKIT NON JARINGAN	Contained Indian May 1, 18 1, 18			
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 (te	Bacalah pernyataan dengan seksama dan sebutkan tanggal (dalam format dd:mm:yy), tempat (teks terbuka) dan tanda tangan. dan stempel				
, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				