Diterjemahkan dari bahasa Inggris ke bahasa Indonesia - www.onlinedoctranslator.com



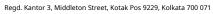
Perusahaan Asuransi Nasional Terbatas

Regd. Kantor 3, Middleton Street, Kotak Pos 9229, Kolkata 700 071

Kebijakan Klaim Medis Nasional FORMULIR KLAIM - BAGIAN A UNTUK DIISI OLEH TERTANGGUNG tan formulir ini tidak boleh dianggap sebagai pengakuan tanggung

RINCIAN ASU	RANSI U	JTAM	Α																																		
a) Nomor kebijakan:																					o) sl. Tida	k/Nomor	Sertifika	:													
c) Nomor Identikas Perusaha	an/TPA:																																				
d) Nama:																																					
e) Alamat:																																					
	Kota:																			N	agara:																
	Kode P	PIN:									No Tele	epon:											ID	email:													
RINCIAN RIW	AYAT AS	SURA	NSI																																		
a) Saat ini dilindung	ji oleh Med	diclaim/	'Asurar	ısi Kese	hatan l	ainnya:				Ī		Ya		TIDAK			b) T	anggal	dimulain	ya asurai	si perta	ıma tanp	a putu:	:													
c) Jika ya, nama per	usahaan:																	Nomor Keb	jakan																		
Uang pertanggungan)												d) Apa	akah An	da pernah	h dirawat	t di ruma	h sakit dal	lam empa	tahun terak	hir sejak din	ulainya ko	ntrak?			Ya	п	DAK		Tanggalt								_
Diagnosa:																							e) Sel	elumnya	dilindur	gi oleh	Medicla	im/Asura	ınsi Keseh	atan lai	nnya:				Yá	э	TEDAK
f) Jika ya, Nama Per	usahaan :																																				
RINCIAN ORANG YAN	G DIASURAN	ISIKAN E	DI RUMA	UH SAKIT																																	
sebuah nama :																																					
b) jenis Kelamin :		Р	ria		Pene	mpuan		d) Tan	ggal La	hir:									e) Uan	g pertanggung	n:	,							i) (B (jika a	eda)						
f) Hubungan dengan Te	ertanggung l	Utama:				Diri sendi			Pasa	ngan		A	Anak		Α	yah			Ibu		Lain	nya	(Harap te	ntukan)												
g) Pekerjaan:		Mela	ayani			Beke	rja se	ndiri		lbu	rumah tan	1994			М	urid			Pensiur		Lain	nya	(Harap te	ntukan)												
h) Alamat (bila bert	eda denga	an di ata	as):	_					j								ĺ																				
									Ī	Ī	Ī	Ī									Ī				Ī	Ī	Ī										ΠĪ
	Kota:																			N	agara:																
	Kode P	PIN:									No Tele	epon:											ID	email:													
RINCIAN RU	MAH S	AKIT																																			
a) Nama Rumah Sa	kit di mana	a Diado	psi:								Ī							Ī			Ī		П			Ī	Ī	Ī							Ī	T	
b) Kategori kamar yang	ditempati:					-	Penitipa	n Anak			H	luniar	n tun	ggal				Bert	agi kembar		_			I tempat tidu	r atau lebih p	er kamar	Ĺ		_				-		_	_	-
c) Rawat inap l	arena:				edera		Pe	nyakit			Bers	alin							d) Tang	gal cedera/ T	anggal Per	yakit pertar	na kali ter	deteksi/ Ta	nggal Pers	alinan:											
e) Tanggal Penerim	aan:							Ī	Ī			f) Waktı	u:			:				g) Tang	gal Pemu	ilangan:						Ē] [h) Wak	tu:			: []
i) Jika cedera, berikan penyel	abnyac		De	imbulkan	sendiri				Kecela	kaan Lalu	Lintas Ja	ilan						Penya	ahgunaa	n Zat / K	onsums	i Alkohol]		Saya	. Jika Med	ico Legal:		Ya		TIDAK					
ii. Dilaporkan ke po	lisi:	[Ya		TIDAK			aku	aku aku.	Laporan	MLC & F	IR Polisi	i terlampii	ir:		Ya	п	DAK		j) Sister	n pengol	batan:														
RINCIAN KLA	M																																				
a) Rincian biaya	pengobat	tan yaı	ng dik	laim																									Doku	men Kla	aim Dise	erahka	n- Dafta	ır Perik	sa:		
Saya. Biaya Pr	Rawat	Inap				` [ii. Per	iode pr	a rawat	inap:			hari								Formulir	Klaim Ditano	datangani s	dengan ben	ar			
i.Biaya kamar,	kost, pe	rawa	tan					hari	@`					per har	ri	[Batas	1% SI p	er hari,	maks `	.000]	Bar	tas maks	imum 25	% SI unt	uk siapa	pun			Salina	n pembi	eritahu	an klaim	, jika ad	a		
ii. ICU, asrama, b	iaya pera	awatar	1					hari	@`					per har	ri	[Batas :	2% SI p	er hari,	maks `1	0.000]				penyakit					Tagihan i	Utama Rumi	sh Sakit					
											- 1					В	latas m	akeima	2004 CT .											Tagihan i	Pemisahan F	Rumah Saki					
Saya. Biaya prak	tisi medis	5				L												uksiiiid	2370 31 0	intuk sat	ı penya	kit															
			PL			`					1	=						unumu	25% 31 0	intuk sat	ı penya	kit								Ringka	asan Kel			it			
Saya. Biaya prak	arah, oks		PL			`[uicimu	2570 31 (intuk sat	ı penya	kit									asan Kel Farmas	uar Rur		it			
Saya. Biaya prak Saya. Anestesi, d	arah, oks edah		PL			`[uisiiiu	2370 31 (intuk sat	ı penya	kit								RUU		uar Rur	mah Sak	it			
Saya. Biaya prak Saya. Anestesi, d ii. Peralatan be	arah, oks edah		PL			. [unsimu	23% 31 (intuk sat	ı penya	kit								RUU	Farmas an Rua	uar Rur	mah Sak	it			
Saya. Biaya prak Saya. Anestesi, d ii. Peralatan be aku aku aku. Obat-obatan, d	arah, oks edah nat-obatan	sigen, I		np		· [· [· [disili	23% 31 (intuk sat	ı penya		tas maks	imum 50	1% SI unt	uk siapa	a pun			RUU Catat EKG	Farmas an Rua	uar Rur si ing Op	nah Sak erasi		ın		
Saya. Biaya prak Saya. Anestesi, d ii. Peralatan be aku aku aku bu Obat-obatan, d iv. Tes diagnostii	arah, oks edah nat-obatan	sigen, I		np															25% 31 (intuk sat	ı penya		tas maks		1% SI unt penyakit	uk siapa	a pun			RUU Catat EKG Permi	Farmas an Rua	uar Rur si ing Op okter ur	mah Sak perasi ntuk per	neriksaa			
Saya. Biaya prak Saya. Anestesi, d ii. Peralatan be aku aku. Obar-obatan, d iv. Tes diagnostil v. Alat pacu jantung	arah, oks edah nat-obatan c	sigen, I		np															25% 31 (intuk sat	ı penya		tas maks			uk siapa	a pun			RUU Catat EKG Permi Lapor	Farmas an Rua ntaan do	uar Rur si ing Op okter ur estiga:	mah Sak perasi ntuk per	neriksaa			
Saya. Biaya prak Saya. Anestesi, d ii. Peralatan be slu aku sku Chor obaten, d iv. Tes diagnostii v. Alat pacu jantung vi. Dialisis	arah, oks edah nat-obatan c	sigen, I		np															2370 31 (intuk sat	ı penya		tas maks			uk siapa	a pun			RUU Catat EKG Permi Lapor	Farmas an Rua ntaan do ran Inv	uar Rur si ing Op okter ur estiga:	mah Sak perasi ntuk per	neriksaa			
Saya. Biaya prak Saya. Anestesi, d ii. Peralatan be alu alu chur charto, d iv. Tes diagnostii v. Alat pacu jantung vi. Dialisis vii. Kemoterap	arah, oks edah nat-obatan K g, kaki pals	sigen, l	t dan in																2370 33 (intuk sat	ı penya		tas maks			uk siapa	a pun			RUU Catat EKG Permi Lapor Rese	Farmas an Rua ntaan do ran Inv	uar Rur si ing Op okter ur estiga:	mah Sak perasi ntuk per	neriksaa			
Saya. Biaya prak Saya. Anestesi, d ii. Peralatan be aku aku char charten, d iv. Tes diagnostii v. Alat pacu jantung vi. Dialisis viii. Kemoterapi viii. Radioterapi	arah, oks edah set-obatan c c i i	sigen, l	t dan in																	maks`2			tas maks			uk siapa	a pun			RUU Catat EKG Permi Lapor Rese	Farmas an Rua ntaan do ran Inv	uar Rur si ing Op okter ur estiga:	mah Sak perasi ntuk per	neriksaa			
Saya. Biaya prak Saya. Anestesi, d iii. Peralatan be du du du. Char chatra, d iv. Tes diagnostii v. Alat pacu jantung vi. Dialisis vii. Kemoterapi viii. Radioterapi ix. Biaya pengu	arah, oks edah controbatan c i i obatan c lans	u, stent	t dan in													ני	Batas [°]	1% SI į	er hari,		000]	Bar	tas maks			uk siapa	a pun			RUU Catat EKG Permi Lapor Rese	Farmas an Rua ntaan do ran Inv	uar Rur si ing Op okter ur estiga:	mah Sak perasi ntuk per	neriksaa			
Saya. Biaya prak Saya. Anestesi, d ii. Peralatan bu da da da da Char chatten, d iv. Tes diagnostii v. Alat pacu jantung vi. Dialisis vii. Kemoterapi viii. Radioterapi ix. Biaya pengr X. Biaya Ambu	arah, oksedah set-obatan c j, kaki pals i bbatan c lans	sigen, l u, stent donor	t dan in													0	Batas m	1% SI į aksima	er hari,	maks`2	000]	Bar	tas maks			uk siapa	a pun			RUU Catat EKG Permi Lapor Rese	Farmas an Rua ntaan do ran Inv	uar Rur si ing Op okter ur estiga:	mah Sak perasi ntuk per	neriksaa			
Saya. Biaya prak Saya. Anestesi, d ii. Peralatan be shu shu chu chaten, d iv. Tes diagnostil v. Alat pacu jantung vi. Dialisis viii. Kemoterap viii. Radioterapi ix. Biaya penge X. Biaya Ambu Saya. Ayurveda dar	arah, oks dah sat-obatan c i, kaki pals i dans a Homeopa a Rawat I	sigen, l u, stent donor	t dan in													0	Batas m	1% SI į aksima	er hari, 20% SI u	maks`2	000]	Bar kit	tas maks			uk siepe	a pun			RUU Catat EKG Permi Lapor Rese	Farmas an Rua ntaan do ran Inv	uar Rur si ing Op okter ur estiga:	mah Sak perasi ntuk per	neriksaa			
Saya. Biaya prak Saya. Anestesi, d, ii. Peralatan bu da du du hi. Chei diben, d iv. Tes diagnostil v. Alat pacu jantun; vi. Dialisis viii. Kemoterap viii. Biaya pengi X. Biaya Pangu Saya. Ayurveda dar Saya. Biaya Pass Saya. Bia	arah, oks edah merebatan c j, kaki pals i i obbatan c lans a Homeopa a Rawat I	u, stent donor inap	t dan in											I		0	Batas m	1% SI į aksima	er hari, 20% SI u	maks`2	000]	Bar kit	tas maks			uk siapa	a pun			RUU Catat EKG Permi Lapor Rese	Farmas an Rua ntaan do ran Inv	uar Rur si ing Op okter ur estiga:	mah Sak perasi ntuk per	neriksaa			
Saya. Biaya prak saya. Anestesi, ci ii. Peralatan bu du du du Contidente iiv. Tes diagnosti v. Alat pacu jantung vi. Dialisis viii. Kemoterap viiii. Radioterapi ix. Biaya pengi X. Biaya Ambu Saya. Ajurveda dar Saya. Biaya Paset	arah, oks edah merebatan c j, kaki pals i i obbatan c lans a Homeopa a Rawat I	u, stent donor inap	t dan in													0	Batas m	1% SI į aksima	er hari, 20% SI u	maks`2	000]	Bar kit	tas maks			uk siapa	a pun			RUU Catat EKG Permi Lapor Rese	Farmas an Rua ntaan do ran Inv	uar Rur si ing Op okter ur estiga:	mah Sak perasi ntuk per	neriksaa			
Saya. Biaya prak Saya. Anestesi, d ii. Peralatan bu abada da Gadadana d abada d abada da Gadadana d abada	arah, oks edah merebatan c j, kaki pals i i obbatan c lans a Homeopa a Rawat I	u, stent donor inap	t dan in		Tec							Dikebark	ran oleh			0	Batas m latas m iode pa	11% SI µ laksima isca rav	ver hari, 20% SI u tat inap:	maks`2	000]	Bar kit	tas maks			uk siapa	a pun			RUU Catat EKG Permi Lapor Rese	Farmas an Rua ntaan do ran Inv	uar Rur si inng Op okter ur estiga: kter	mah Sak perasi ntuk per	meriksauk (
Saya. Biaya prak saya. Anestesi, d ii. Peralatan bu dadada Godelmen d dadada Godelme	arah, oks edah ced	u, stent donor inap	t dan in		Tec	, [, [, [, [, [Olfebank	sun ofeh	1		0	Batas m iatas m Te RU RU Batas	11% SI p aksima isca rav erhadap	uer hari, 20% SI u at inap:	maks`2	000] μ penya	Bar kit	tas maks			ak siapa	a pun			RUU Catat EKG Permi Lapor Rese	Farmas an Rua ntaan do ran Inv	uar Rur si inng Op okter ur estiga: kter	mah Sak Herasi Intuk per	meriksauk (
Saya. Biaya prak Saya. Anestesi, d ii. Peralatan bu abada da Gadadana d abada d abada da Gadadana d abada	arah, oks edah ced	u, stent donor inap	t dan in		Ter	, [, [, [, [, [Dikelaark	tan oleh	 		0	Batas m iatas m Te RU Ta	11% SI p laksima isca rav erhadap li Utama i agihan j	uer hari, 20% SI u at inap: umah Sakit	maks`2	000] μ penya	Bar kit	ttas maks			uk siapa	a pun			RUU Catat EKG Permi Lapor Rese	Farmas an Rua ntaan do ran Inv	uar Rur si inng Op okter ur estiga: kter	mah Sak Herasi Intuk per	meriksauk (
Saya. Biaya prak saya. Anestesi, d ii. Peralatan bu dadada Goddonom. iv. Tes diagnostii v. Alat pacu jantung v. Alat pacu jantung vi. Alat pacu jantung paralat yang pang pang pang pang pang pang pang p	arah, oks edah ced	u, stent donor inap	t dan in		Ted	. [[Difehark	uun oleh	ĺ		0	Batas m iode pa Te Ru Ta Ta	11% SI p laksima isca rav erhadap li Utama i agihan j	uer hari, 20% SI u tat inap: uumah Sake tar rawal	maks`2 intuk sat	000] μ penya	Bar kit	tas maks			uk siapa	a pun			RUU Catat EKG Permi Lapor Rese	Farmas an Rua ntaan do ran Inv	uar Rur si inng Op okter ur estiga: kter	mah Sak Herasi Intuk per	meriksauk (
Saya. Blaya prak Saya. Anestesi, d ii. Peralatan bu abadada dichamban si iv. Tes diagnostil iv. Tes diagnostil vii. Kemoterap viii. Radioterapi viii. Radiot	arah, oks edah ced	u, stent donor inap	t dan in		Tec							Oliebark	ues ofets			0	Batas m iode pa Te Ru Ta Ta	11% SI p laksima isca rav liu Utama lagihan lagihan lagihan	uer hari, 20% SI u tat inap: uumah Sake tar rawal	maks`2 intuk sat	000] μ penya	Bar kit	tas maks			ak siapa	a pun			RUU Catat EKG Permi Lapor Rese	Farmas an Rua ntaan do ran Inv	uar Rur si inng Op okter ur estiga: kter	mah Sak Herasi Intuk per	meriksauk (
Saya. Biaya prak saya. Anestesi, d ii. Peralatan bu dadada Goddonom. iv. Tes diagnostii v. Alat pacu jantung v. Alat pacu jantung vi. Alat pacu jantung paralat yang pang pang pang pang pang pang pang p	arah, oks edah ced	u, stent donor inap	t dan in		Tec	, [, [, [, [, [Dikebark	sun ofeh	ļ 		0	Batas m iode pa Te Ru Ta Ta	11% SI p laksima isca rav liu Utama lagihan lagihan lagihan	uer hari, 20% SI u tat inap: uumah Sake tar rawal	maks`2 intuk sat	000] μ penya	Bar kit	tas maks			uk siapa	a pun			RUU Catat EKG Permi Lapor Rese	Farmas an Rua ntaan do ran Inv	uar Rur si inng Op okter ur estiga: kter	mah Sak Herasi Intuk per	meriksauk (
Saya. Biaya prak Saya. Anestesi, d ii. Peralatan bu abadada dimenistra iv. Alata pacu jantun iv. Tes diagnostii vii. Kemoterap viii. Radioterapi vii. Radioterapi viii. Radiot	arah, oks edah ced	u, stent donor inap	t dan in		760	, [, [, [, [Oliebark	nan oleh			0	Batas m iode pa Te Ru Ta Ta	11% SI p laksima isca rav liu Utama lagihan lagihan lagihan	uer hari, 20% SI u tat inap: uumah Sake tar rawal	maks`2 intuk sat	000] μ penya	Bar kit	tas maks			uk siapa	a pun			RUU Catat EKG Permi Lapor Rese	Farmas an Rua ntaan do ran Inv	uar Rur si inng Op okter ur estiga: kter	mah Sak Herasi Intuk per	meriksauk (
Saya. Blaya prak saya. Anestesi, d ii. Peralatan bu sasada Casadana Casadana Casadana siv. Tes diagnostii vi. Asa diagnostii vii. Kadioterapi viii. Radioterapi viii. Radioterapi viii. Radioterapi viii. Radioterapi viii. Biaya peng viii. Radioterapi	arah, oks edah ced	u, stent donor inap	t dan in		Tec							Disebark	can ofeth			0	Batas m iode pa Te Ru Ta Ta	11% SI p laksima isca rav liu Utama lagihan lagihan lagihan	uer hari, 20% SI u tat inap: uumah Sake tar rawal	maks`2 intuk sat	000] μ penya	Bar kit	tas maks			uk siapa	a pun			RUU Catat EKG Permi Lapor Rese	Farmas an Rua ntaan do ran Inv	uar Rur si inng Op okter ur estiga: kter	mah Sak Herasi Intuk per	meriksauk (
Saya. Blaya prak Saya. Anestesi, d ii. Peralatan bu ata ata da Garaidan ii. V. Heralatan bu ata ata da Garaidan ii. V. Heralatan bu ata ata da Garaidan ii. V. Heralatan ii. V. Heralatan ii. V. Alat pacu jantung viii. Radioterapi	arah, oks edah di datatan di babatan di baba	donor dinap	orga	n								Dilebark	car ofels			0	Batas m iode pa Te Ru Ta Ta	11% SI p laksima isca rav liu Utama lagihan lagihan lagihan	uer hari, 20% SI u tat inap: uumah Sake tar rawal	maks`2 intuk sat	000] μ penya	Bar kit	tas maks			uk siapa	a pun			RUU Catat EKG Permi Lapor Rese	Farmas an Rua ntaan do ran Inv	uar Rur si inng Op okter ur estiga: kter	mah Sak Herasi Intuk per	meriksauk (
Saya. Blaya prak saya. Anestesi, d ii. Peralatan bu sasada Casada Casada Casada sasada Casada Casada saya. Anasta Casada saya. Anasta Casada saya. Blaya peng s	arah, oks edah di datatan di babatan di baba	donor dinap	orga	n								Dilekterk	sum ofets	! 		[[B ii. Per	Batas m tiode pa Te Ru Ta Ta	11% SI p laksima isca rav liu Utama lagihan lagihan lagihan	uer hari, 20% SI u tat inap: uumah Sake tar rawal	maks`2 intuk sat	000] μ penya	Bar kit	tas maks			uk siapa	a pun			RUU Catat EKG Permi Lapor Rese	Farmas an Rua ntaan do ran Inv	uar Rur si inng Op okter ur estiga: kter	mah Sak Herasi Intuk per	meriksauk (
Saya. Blaya prak saya. Anestesi, d ii. Peralatan bu sasada Castelanan bu sasada Gastelanan iv. Tes diagnostii vii. Kemoterap viii. Radioterapi ix. Blaya peng viii. Radioterapi ix.	arah, oksidah kedah k	sigen, lu, stent	orga	n								Distant	cum ofeth	b) N		0	Batas m tiode pa Te Ru Ta Ta	11% SI p laksima isca rav liu Utama lagihan lagihan lagihan	uer hari, 20% SI u tat inap: uumah Sake tar rawal	maks`2 intuk sat	000] μ penya	Bar kit	tas maks			uk siape	a pun			RUU Catat EKG Permi Lapor Rese	Farmas an Rua ntaan do ran Inv	uar Rur si inng Op okter ur estiga: kter	mah Sak Herasi Intuk per	meriksauk (
Saya. Blaya prak Saya. Anestesi, d ii. Peralatan bı dadada dichidadada ii. Peralatan bı dadada dichidadada ii. Peralatan bı viv. Tes diagnostil viv. Tes diagnostil viv. Tes diagnostil viv. Dialrisis vivii. Kemoterap viviii. Radioterapi viv. Dialrisis vivii. Kemoterap viviii. Radioterapi vivii. Rad	arah, oksidah kedah k	sigen, lu, stent	orga	n								Disebark	uses solicits	b) N		[[B ii. Per	Batas m tiode pa Te Ru Ta Ta	11% SI p laksima isca rav liu Utama lagihan lagihan lagihan	uer hari, 20% SI u tat inap: uumah Sake tar rawal	maks`2 intuk sat	000] μ penya	Bai kit hari				uk siapa	a pun			RUU Catat EKG Permi Lapor Rese	Farmas an Rua ntaan do ran Inv	uar Rur si inng Op okter ur estiga: kter	mah Sak Herasi Intuk per	meriksauk (
Saya. Blaya prak Saya. Anestesi, ci ii. Peralatan bu abadada dichamban ii. Peralatan bu abadada dichamban ii. Vi iv. Tes diagnostii vi. Tes diagnostii vii. Kemoterap viii. Radioterapi viii. Ra	arah, oksedah kedah k	sigen, lu, stent donor MPIR NK TER g tang:	orga	n								Disebark	an ofets	b) N		[[B ii. Per	Batas m tiode pa Te Ru Ta Ta	11% SI p laksima isca rav liu Utama lagihan lagihan lagihan	uer hari, 20% SI u tat inap: uumah Sake tar rawal	maks`2 intuk sat	000] μ penya	Bar kit				uk siapa	a pun			RUU Catat EKG Permi Lapor Rese	Farmas an Rua ntaan do ran Inv	uar Rur si inng Op okter ur estiga: kter	mah Sak Herasi Intuk per	meriksauk (
Saya. Blaya prak Saya. Anestesi, d ii. Peralatan bu abadada duchadan si iv. Tes diagnostii vi. Tes diagnostii vi. Canada si viii. Kemoterap viii. Radioterapi vii. Dialisis viii. Kemoterap viii. Radioterapi viii	arah, oksedah kedah k	u, stenti inap MPIR Stang: GGUNG	orga RASUR	ANSI	UTAM	A									Nomor	[i Bi Per	Batas miliatas m Telesconde para Telesconde pa	aksima aksima issca rav IU Utama la aggihan j aggihan Fe	20% SI (20% SI	maks'2	NosNos	Bar	IFSC:		peryakit					RUU Catat EKG Permi Lapoi Rese Vang la	Farmas Anna Anna Anna Anna Anna Anna Anna An	uar Rurr Rurr Rurr Rurr Rurr Rurr Rurr R	mlah Sak	meriksaa			_
Saya. Blaya prak Saya. Anestesi, d ii. Peralatan bu sata da Gatadana da sata da Gatadana	arah, oksedah c c c c c c c c c c c c c c c c c c c	uu, stenti donor inap NK TER g tang:	t dan in	ANSI	UTAM	A A					lah ben	nar & be	enar se	panjang	Nomor	[[E ii. Per	Batas Telestas miliode pa	aksima sca rav sca rav usasa sigihan n agihan Fa	eer hari, 20% SI t at inap: at inap: at inap: at inap: at inap: at inap: at inap: at inap:	maks'2 inap: inap:	Nos Nos	Bar	IFSC:	alah atau	u tidak be	nar, me	enyembh			RUU Catat RUU Catat REG Permi Lapon Rese vang la	Farmas an Rua	uar Rurr si ing Opp okter urr estiga: kter	mah Sak	neriksai	n denganar		
Saya. Blaya prak Saya. Anestesi, d ii. Peralatan bu abadada duchadan si iv. Tes diagnostii vi. Tes diagnostii vi. Canada si viii. Kemoterap viii. Radioterapi vii. Dialisis viii. Kemoterap viii. Radioterapi viii	arah, oksidah c	uu, stenti donor donor MPIR g tang: GGUNG GGU	orga	n ANSI	UTAM	A A	saya ı	ıntuk m	engklai	m peng	lah ben	nar & bee	enar se	panjang Saya jug	olomor g pengega men	[] B ii. Per	Batas tatas m tel atas m re	erhadap erhadap u Utama i agihan p igihan Fa	eer hari, 20% SI u tat inap: at inap: a	maks'2 inap: inap: yya telah m	Nos Nos	Bar	IFSC:	alah atau	u tidak be	nar, me	enyembu	edis yang	diperluk	RUU Catat EKG Permi Lapoi Rese Vang la	Farmas an Rua ntaan di ntaan d	uar Rurr Rurr Rurr Rurr Rurr Rurr Rurr R	mah Sakerasi ntuk perasi ternasi (ternasi (ternasi)	neriksai	n denganar		
Saya. Blaya prak Saya. Anestesi, d ii. Peralatan bı dadadad. Gudunidanı dı dadadad. Gudunidanı dı v. Alat pacu jantun vi. Dialfais Viii. Kemoterap viii. Radioterapi vii. Blaya pengı Vii. Blaya Pasc Saya.	arah, oksidah c	uu, stenti donor donor MPIR g tang: GGUNG GGU	orga	n ANSI	UTAM	A A	saya ı	ıntuk m	engklai	m peng	lah ben	nar & bee	enar se	panjang Saya jug	olomor g pengega men	[] B ii. Per	Batas tatas m tel atas m re	erhadap erhadap u Utama i agihan p igihan Fa	eer hari, 20% SI u tat inap: at inap: a	maks'2 inap: inap: yya telah m	Nos Nos	Bar	IFSC:	alah atau	u tidak be	nar, me	enyembu	edis yang	diperluk	RUU Catat EKG Permi Lapoi Rese Vang la	Farmas an Rua ntaan di ntaan d	uar Rurr Rurr Rurr Rurr Rurr Rurr Rurr R	mah Sakerasi ntuk perasi ternasi (ternasi (ternasi)	neriksai	n denganar		
Saya. Blaya prak Saya. Anestesi, d ii. Peralatan bı dadadad. Gudunidanı dı dadadad. Gudunidanı dı v. Alat pacu jantun vi. Dialfais Viii. Kemoterap viii. Radioterapi vii. Blaya pengı Vii. Blaya Pasc Saya.	arah, oksidah c	uu, stenti donor donor MPIR g tang: GGUNG GGU	orga	n ANSI	UTAM	A A	saya ı	ıntuk m	engklai	m peng	lah ben	nar & bee	enar se	panjang Saya jug	olomor g pengega men	[] B ii. Per	Batas tatas m tel atas m re	erhadap erhadap u Utama i agihan p igihan Fa	eer hari, 20% SI u tat inap: at inap: a	maks'2 inap: inap: yya telah m	Nos Nos	Bar	IFSC:	alah atau	u tidak be	nar, me	enyembu	edis yang	diperluk	RUU Catat EKG Permi Lapoi Rese Vang la	Farmas an Rua ntaan di ntaan d	uar Rurr Rurr Rurr Rurr Rurr Rurr Rurr R	mah Sakerasi ntuk perasi ternasi (ternasi (ternasi)	neriksai	n denganar		_
Saya. Blaya prak Saya. Anestesi, d ii. Peralatan bı dadadad. Gudunidanı dı dadadad. Gudunidanı dı v. Alat pacu jantun vi. Dialfais Viii. Kemoterap viii. Radioterapi vii. Blaya pengı Vii. Blaya Pasc Saya.	arah, oksidah c	uu, stenti donor donor MPIR g tang: GGUNG GGU	orga	n ANSI	UTAM	A A	saya ı	ıntuk m	engklai ratakan	m peng	lah ben	nar & bee	enar se	panjang Saya jug	olomor g pengega men	[] B ii. Per	Batas tatas m tel atas m re	erhadap erhadap u Utama i agihan p igihan Fa	eer hari, 20% SI u tat inap: at inap: a	maks'2 inap: inap: yya telah m	Nos Nos	Bar	IFSC: in yang s si, untuku	alah atau	u tidak be	nar, me	enyembu	edis yang	diperluk	RUU Catat EKG Permi Lapoi Rese Vang la	Farmas an Rua ntaan di ntaan d	uar Rurr Rurr Rurr Rurr Rurr Rurr Rurr R	mah Sakerasi ntuk perasi ternasi (ternasi (ternasi)	neriksai	n denganar		







	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) St. Tidak/Nomor Sertifikat.	Masukkan nomor asuransi sosial atau nomor sertifikat skema asuransi	Front and Broad and the constant
b) St. Hdak/Nomor Sertifikat.	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 Jalan, Kota dan Kode Pin
	BAGIAN B - RINCIAN RIWAYAT ASURANSI	
a) Saat ini dilindungi oleh Mediclaim / Asuransi Kesehatan lainnya?	Tunjukkan apakah saat ini dilindungi oleh Mediclaim / 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 Kabijakan.	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 4 tahun terakhir sejak dimulainya kontrak?	Tunjukkan apakah dirawat di rumah sakit dalam 4 tahun terakhir	Centang Ya atau Tidak
Tanggal	Masukkan tanggal rawat inap	Gunakan format mm-yy
Diagnosa	Masukkan detail diagnosis	Buka Teks
e) Sebelumnya Ditanggung oleh Mediclaim/Asuransi Kesehatan lainnya?	Tunjukkan apakah sebelumnya dilindungi oleh Mediclaim / Asuransi Kesehatan lain	Centang Ya atau Tidak
f) Nama Perusahaan	Manddan and Indian and Indian	Name and the state of the state
f) Nama Perusahaan	Masukkan nama lengkap perusahaan asuransi	Nama organisasi secara lengkap
	BAGIAN C - RINCIAN ORANG YANG DIASURANSIKAN DI RUMAH SAKIT	In
sebuah nama	Masukkan nama lengkap pasien	Nama Belakang, Nama Depan, Nama Tengah
b) Jenix Kellernin	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 tepat. Jika yang lain, harap sebutkan.
f) Pekerjaan	Tunjukkan pekerjaan pasien	Centang opsi yang tepat. Jika yang lain, harap sebutkan.
g) Alamat	Masukkan alamat pos lengkap	Sertakan Jalan, Kota dan Kode Pin
h) Nomor Telepon	Masukkan nomor telepon pasien	Cantumkan kode STD dengan nomor telepon
i) 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 yang ditempati	Tunjukkan kategori kamar yang ditempati	Centang opsi yang tepat
c) Rawat inap karena	Tunjukkan 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 masuk	Masukkan tanggal penerimaan	Gunakan format dd-mm-yy
f) Waktu	Masukkan waktu masuk	Gunakan format jj:mm
g) Tanggal keluar	Masukkan tanggal keluar	Gunakan format dd-mm-yy
h) Waktu	Masukkan waktu pelepasan	Gunakan format jj:mm
I Jila Cedera nerotentara propintorpa	Tunjukkan penyebab cedera	Centang opsi yang tepat
Jika Medico legal	Tunjukkan apakah cedera itu legal secara medis	Centang Ya atau Tidak
Dilaporkan ke Polisi	Tunjukkan apakah laporan polisi telah diajukan	Centang Ya atau Tidak
Laporan MLC & FIR Polisi terlampir	Tunjukkan apakah laporan MLC dan FIR Polisi terlampir	Centang Ya atau Tidak
j) Sistem Kedokteran	Masukkan sistem pengobatan yang diikuti dalam merawat pasien	Buka Teks
	BAGIAN E - RINCIAN KLAIM	
a) Rincian Biaya Pengobatan	Masukkan jumlah yang diklaim sebagai biaya pengobatan	Dalam rupee (Jangan masukkan nilai paise)
b) Klaim Rawat Inap Domisili	Tunjukkan 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) Daftar Periksa Dokumen Klaim yang Diserahkan	Tunjukkan 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) PAN	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
d) Rincian cek/DD yang harus dibayar	Masukkan nama penerima cek/DD yang harus dibuat	Nama perseorangan/organisasi secara lengkap
e) Kode IFSC	Masukkan kode IFSC cabang bank	Kode IFSC cabang bank secara lengkap
	BAGIAN H - PERNYATAAN OLEH TERMASUK	g Angrop
Bacalah pernyataan dengan seksama dan sebutkan tanggal (dalam format dd:mm:yy), tempat (teks terbuka) dan tanda tangan.		



Perusahaan Asuransi Nasional Terbatas

Regd. Kantor 3, Middleton Street, Kotak Pos 9229, Kolkata 700 071

Kebijakan Klaim Medis Nasional

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:													
c) ID Rumah Sakit: c) Jenis Rum	nah Sakit:	Jaringan Non Jaringan (jika non jaringan, isi Bagian E)											
d) Nama dokter yang merawat:													
e) Kualifikasi: f) Nomor Pendaftaran	dengan kode negara:	g) Nomor Telepon.											
RINCIAN PASIEN DITERIMA													
a) Nama Pasien:													
b) Nomor Registrasi IP: c) Jenis Kelamin : Pria	Perempuan	d) Umur: tahun bulan e) Tanggal Lahir:											
f) Tanggal Penerimaan: g) Waktu:	: 🔲	h) Tanggal Pemulangan: i) Waktu: :											
j) Jenis Penerimaan: Darurat Berencana Berencana Bersalin	k) Jika Bersa	salin: Saya. Tanggal pengiriman: ii. Status Hamil:											
l) Status pada saat keluar: Dipulangkan ke rumah Dipulangkan 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											
Saya. Diagnosa Utama :		Saya. Prosedur 1 :											
ii. Diagnosa Tambahan :		ii. Prosedur 2 :											
aku aku Penyakit penyerta :		also also Also Provender 3:											
iv. Penyakit penyerta :		iv. Detail Prosedur :											
c) Pra-otorisasi diperoleh:	d) Nomor pra-o	otorisasi:											
e) Jika izin dari jaringan rumah sakit tidak diperoleh, berikan alasannya:													
f) Rawat inap karena cedera: Ya IIDAK Saya, Barkan alasannya Da	timbulkan sendiri	Kecelakaan Lalu Lintas jalan Penyalahgunaan zat/konsumsi alkohol											
ii. Jika cedera akibat penyalahgunaan zat/konsumsi alkohol, Uji Dilakukan untuk menetapkan hal ini:	Ya прик	(jika ya, lampirkan laporannya) aku aku aku jika Medico Legal: Ya 11DAK iv. Dilaporkan ke Polisi: Ya 11DAK											
v.Nomor Cemara. Vi. Jika tidak dilaporkan k	ke polisi, berikan alasannya:												
DOKUMEN KLAIM DIKIRIM - DAFTAR PERIKSA													
Formulir Klaim yang ditandatangani dengan benar.		Laporan investigasi											
Permintaan Pra-otorisasi Adii		CT/ MRI/ USG/ HPE/ Laporan investigasi											
Salinan surat persetujuan Pra-otorisasi Salinan foto		Slip referensi dokter											
kartu identitas pasien yang diverifikasi oleh ringkasan	ĺ	EKG											
keluar rumah sakit	Ī	Tagihan apotek											
Teater Oparation Mencatat tagihan		Laporan MLC & FIR Polisi											
utama Rumah Sakit	Ī	Ringkasan kematian asli dari rumah sakit, jika ada											
Tagihan perpisahan rumah sakit		Yang lainnya, harap sebutkan											
<u>—</u>	-												
RINCIAN DALAM KASUS RUMAH SAKIT NON JARINGAN(HANYA DIISI DALAM KASUS RUMAH SAKIT NON JARINGAN)													
a) Alamat rumah sakit:													
		<u> </u>											
Kota:		Negara:											
Kode PIN: b) Normor Telepon:		c) Nomor Pendaftaran dengan Kode Negara:											
d) Rumah Sakit PAN e) Jumlah tem	npat tidur rawat inap	f) Fasilitas yang tersedia di rumah sakit: Saya. Pt: Ya поих к лиму ригандалітеля Ya толк											
aku aku, Yung bite:													
PERNYATAAN OLEH RUMAH SAKIT		(Harap baca dengan cermat)											
Dengan ini kami menyatakan hahwa informasi yang diberikan dalam Formulir Klaim ini adalah benar & benar senanjang pengetahuan dan	kevakinan kami lika kami telah	ah membuat pernyataan palsu atau tidak benar, menyembunyikan atau menyembunyikan suatu fakta material, hak kami untuk menuntut berdasarkan tuntutan											
ini akan hilang.		•											
Tanggal:													
Tempat:		Tanda tangan tertanggung:											



Perusahaan Asuransi Nasional Terbatas

Regd. Kantor 3, Middleton Street, Kotak Pos 9229, Kolkata 700 071

PA	NDUAN 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) Identitus Rumah Sakit	Masukkan nomor ID rumah sakit	Seperti yang dialokasikan oleh TPA
c) Jenis Rumah Sakit	Tunjukkan apakah Dalam jaringan atau non jaringan rumah sakit	Centang opsi yang tepat
d) 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 rumah sakit	Nama rumah sakit 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 Penerimaan	Masukkan tanggal penerimaan	Gunakan format dd-mm-yy
f) Waktu	Masukkan waktu masuk	Gunakan format ji:mm
g) Tanggal Pemulangan	Masukkan tanggal keluar	Gunakan format dd-mm-yy
h) Waktu	Masukkan waktu pelepasan	Gunakan format ji:mm
i) Jenis Penerimaan	Tunjukkan jenis penerimaan pasien	Centang opsi yang tepat
j) Jika Bersalin	÷ • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	
Tanggal pengiriman	Masukkan Tanggal Pengiriman jika bersalin	Gunakan format dd-mm-yy
Status Gravida	Masukkan status Gravida iika bersalin	Gunakan format standar
k) Status pada saat keluar	Tunjukkan status pasien pada saat keluar	Centang opsi yang tepat
	BAGIAN C - RINCIAN PENYAKIT YANG DIDIAGNOSA (PRIMAR)	
a) Kode ICD 10	1	
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 keterangan penyakit penyerta	Format Standar dan Teks Terbuka
b) ICD 10 buah	Masukkan Kode ICD 10 dan keterangan penyakit penyerta	Pormat Standar dan Teks Terbuka
Prosedur 1	Masukkan ICD 10 PCS dan penjelasan prosedur pertama	Format Standar dan Teks Terbuka
Prosedur 2	Masukkan ICD 10 PCS dan penjelasan prosedur kedua	Format Standar dan Teks Terbuka
Prosedur 3	Masukkan ICD 10 PCS dan penjelasan prosedur ketiga	Format Standar dan Teks Terbuka
Rincian Prosedur		
c) Pra-otorisasi diperoleh	Masukkan detail prosedurnya	Buka teks
d) Nomor Pra-otorisasi	Tunjukkan apakah pra-otorisasi diperoleh	Centang Ya atau Tidak
	Masukkan nomor pra-otorisasi	Sesuai jatah TPA
e) Jika izin dari jaringan rumah sakit tidak diperoleh, berikan alasannya f) Rawat inap karena cedera	Masukkan alasan tidak mendapatkan nomor pra-otorisasi	Buka teks
i) Rawat iliap karena ceuera	Tunjukkan apakah rawat inap disebabkan oleh cedera	Centang Ya atau Tidak
Jika cedera disebabkan oleh penyalahgunaan zat/konsumsi alkohol, tes dilakukan untuk membuktikan hal ini	Tunjukkan penyebab cedera	Centang opsi yang tepat
	Tunjukkan apakah tes dilakukan	Centang Ya atau Tidak
Hukum Medis Dilaporkan Ke Polisi	Tunjukkan apakah cedera itu legal secara medis	Centang Ya atau Tidak
	Tunjukkan apakah laporan polisi telah diajukan	Centang Ya atau Tidak
nomer cemara.	Masukkan nomor laporan informasi pertama	Seperti yang dikekuarkan 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		
a) Alaman	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 dokter beserta kode negara	Sebagaimana dialokasikan oleh Dewan Medis India
d) Rumah Sakit PAN	Masukkan nomor rekening permanen	Seperti yang diberikan oleh departemen Pajak Penghasilan
e) Jurnlah Tempat Tidur Rawat Inap	Masukkan jumlah tempat tidur rawat inap	angka
e) jurilah Tempat Tidur Rawat Inap f) Fasilitas yang tersedia di rumah sakit	Masukkan jumlah tempat didur rawat inap Sebutkan fasilitas yang tersedia di rumah sakit BAGIAN F - PERNYATAAN OLEH TERMASUK	angka Centang opsi yang tepat. Jika yang lain, harap sebutkan