

FORMULIR KLAIM RAWAT JALAN

A. Data Peserta

- Dilengkapi oleh peserta atau orang tua pasien jika pasien di bawah umur dan harus ditandatangani
- Semua kuitansi asli (sedikitnya memuat nama pasien, tanggal perawatan, jumlah yang dibayar), salinan resep, hasil terperinci dari pemeriksaan (jika ada), perincian dari semua tagihan harus dilampirkan.

Nama Perusahaan	:		Nomor Polis	:	
Nama Pasien	:		Nomor Peserta	:	
Nama Karyawan	:		Nomor Induk Karyawan	:	

Dengan ini saya menyatakan bahwa keterangan di atas benar. Saya menyetujui dan memberikan kuasa kepada setiap Dokter, orang yang telah merawat, orang yang memeriksa, kepada setiap rumah sakit, kepada Institusi Medis, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Lembaga, atau Perorangan dimana Tertanggung telah menerima pengobatan untuk menyerahkan setiap informasi kesehatan kepada PT Asuransi Jiwa BCA termasuk tetapi tidak terbatas pada data-data kesehatan, salinan dari Surat Kuasa ini berlaku dan mempunyai kekuatan hukum yang sama sebagaimana Surat Kuasa lainnya.

Tanggal

Nama & Tanda tangan

B. Laporan Dokter yang Memeriksa

(Dilengkapi oleh dokter yang menangani pasien)

1. Keluhan Utama :

2. Etiologi Diagnosa :

3. Diagnosa :

4. Jenis Pemeriksaan :

5. Terapi & Tindakan Pengobatan :

6. Apakah diagnosa tersebut berhubungan dengan hal-hal berikut (pilih ☒ jika berhubungan)

☐

Hormonal

☐

Psikosomatis

☐

Kecelakaan Lalu Lintas

☐

Kehamilan/persalinan

☐

Refraksi

☐

Lainnya,

Dengan ini saya menyatakan jawaban-jawaban di atas lengkap dan benar

Ditandatangani di:

Nama & Alamat RS/Klinik

Tanggal:

-

-

Stempel Rumah Sakit

Tandatangan dan Nama Dokter