

FORMULIR KLAIM PERANAKAN MEDIS MEDICAL CLAIM FORM

Petunjuk Pengajuan Klaim / Claim Submission Guidelines

1. Formulir ini harus diisi dengan lengkap, benar, jelas, dan ditandatangani oleh peserta atau orang tua/ibu pasien adalah anak-anak.
This form should be filled with complete, correct, clear information and signed by insured person or parents if the insured person is minor.
2. Formulir ini berlaku untuk 1 (satu) orang pasien.
This form is valid for 1 (one) patient.
3. Klaim baru dapat diterima dan diproses lebih lanjut hanya bila semua dokumen pendukung pengajuan klaim yang sesuai telah diisi, dilengkapi dan ditandatangani. Dokumen pendukung pengajuan klaim tersebut meliputi: (Surat Jaminan (jika ada menggunakan jaminan), Formulir Klaim, Kuitansi asli beserta polikliniknya (nama pasien, tanggal perawatan, biaya perawatan, copy resep obat-obatan, hasil pemeriksaan penunjang diagnosis (Laboratorium, Radiologi, Histopatologi, dll).
Claim can only be processed subject to all related supporting documents have been filled, completed and attached. The supporting documents shall include: Guarantee Letter (if Guarantee/Hospitalization), Claim Form, Original receipt bearing the patient's name, treatment date, charged amount, detailed report of medical prescription, diagnostic report (Laboratory report, Radiology report, Histopathology report, etc).

Ditisi oleh peserta asuransi atau orang tua pasien bila pasien adalah anak-anak.
Filled by the insured person or his / their parents if the patient is minor.

DATA PEMEGANG POLIS / KARYAWAN <i>Policy Holder / Employee information</i>		DATA PASIEN <i>Patient's information</i>	
Nama Perusahaan / Pemegang Polis <i>Company's / Policy Holder's name</i>		Nama Pasien <i>Patient's name</i>	
Nomor Polis <i>Policy No.</i>		Nomor Peserta <i>MemberShip No.</i>	
Nama Karyawan / Tertanggung <i>Employee's / Insured's name</i>		Tanggal Lahir <i>Date of Birth</i>	
Nomor Peserta <i>Membership No.</i>		Jenis Kelamin <i>Sex</i>	
Alamat <i>Address</i>		Hubungan <i>Relationship</i>	<input type="checkbox"/> Istri / Wife <input type="checkbox"/> Anak / Children <input type="checkbox"/> Suami / Husband <input type="checkbox"/> Diri sendiri / Orisinal <input type="checkbox"/> Lainnya / Others _____
No. Telepon / Telephone No.			
Jenis Pelayanan Medis / Medical Service Type : <input type="checkbox"/> Rawat Inap / Inpatient <input type="checkbox"/> Rawat Jalan / Outpatient <input type="checkbox"/> Kehamilan / Melahirkan / Maternity <input type="checkbox"/> Rawat Gigi / Dental <input type="checkbox"/> Kacamata / Optical <input type="checkbox"/> Lainnya / Others _____			
Jika ada polis asuransi lain yang menanggung perawatan ini, mohon informasikan nama perusahaan asuransi, alamat, dan nomor telepon. <i>If other insurance policy is covering this treatment, please state name of the insurance company, address, and telephone number.</i> <input type="checkbox"/> BPJS Kesehatan No. Kartu: <input type="checkbox"/> Nama Asuransi: _____ No. Polis: _____ <input type="checkbox"/> Nama Asuransi: _____ No. Polis: _____			
Total Jumlah Klaim / Total Claims amount :			
PERNYATAAN PEMBERIAN KUASA POWER OF ATTORNEY			
Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti, dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik, pemeriksaan, perusahaan asuransi dan badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan saya untuk dapat memberitahukan kepada PT Equity Life Indonesia atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan saya. Copy dari pernyataan ini sama kuat dan sah seperti aslinya. <i>I declare that I have read, understood and answered all the questions above completely and correctly. I hereby authorized any physician, clinic, hospital, public health centers, insurance company, legal institution, personal or other organizations that has any records or information on the health of the insured person to inform PT Equity Life Indonesia or its authorized party, any explanation about my health condition. A photographic copy of this statement should be valid and legal as the original.</i>			
Tempat dan Tanggal / Place and Date: _____			
Tanda tangan, nama jelas karyawan / keluarga karyawan / pemegang polis tertanggung <i>Signature, full name of employee / dependent / policy holder / insured person</i>			

KETERANGAN DOKTER / MEDICAL RESUME

Saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa saya telah memeriksa penyakit / luka yang diterima pasien tersebut di bawah ini.
I do certify that I personally have examined the below patient's illness and/or injury.

Nama Pasien / Patient's Name :	Nomor Rekam Medis / Medical Record No. :		
Tanggal masuk / Admission Date :	Tanggal keluar / Discharge Date :	Jumlah hari / Length of stay :	
Keluhan dan Gejala utama / Primary symptoms and signs :			
Keluhan dan Gejala Tambahan / Other symptoms and signs :			
Sejak kapan keluhan dan gejala tersebut dirasakan oleh pasien ? Since when the symptoms and signs suffered by the patient ?			
Tujuan/indikasi dilakukan Rawat Inap / Purpose/indication of Hospitalization :			
<input type="checkbox"/> Observasi / Observation <input type="checkbox"/> Diagnosis / Diagnosis <input type="checkbox"/> Terapi / Therapeutic <input type="checkbox"/> Lainnya / Others :			
Pemeriksaan Fisik / Physical examination findings :			
Diagnosis / Diagnosis :			
Terapi / Therapy :			
Apakah sebelumnya pasien pernah mendapatkan perawatan untuk keadaan / penyakit yang sama ? Mohon jelaskan. Have the patient ever been treated for the same illness / injury ? Please explain.			
Bila merujuk pasien Rujukan, mohon informasikan nama, alamat, dan nomor telepon dokter dan/atau instansi kesehatan yang merujuk. If referred patient, please state the name, address, and telephone number of the referring physician and/or health institution			
Tindakan atau Pembedahan yang dilakukan selama perawatan / Procedures or Surgical performed during treatment :			
Alasan memilih jenis tindakan atau pembedahan tersebut di atas / Reason to choose the above Procedures or Surgery :			
Apakah penyakit / kondisi di atas disebabkan atau berhubungan dengan : Is the above illness / condition caused by or related to :			
<input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan / Congenital Disorder <input type="checkbox"/> Ketidaksuburan / Infertility <input type="checkbox"/> Kelainan Mental / Mental Disorder <input type="checkbox"/> Gangguan hormonal / Hormonal imbalance <input type="checkbox"/> Kecelakaan / Accident <input type="checkbox"/> Kosmetik atau Estetika / Cosmetic or Aesthetic <input type="checkbox"/> Penyakit Kelamin / Sexual Transmitted Diseases <input type="checkbox"/> Kelainan tumbuh kembang / Developmental disorder <input type="checkbox"/> Kehamilan / Pregnancy; Tanggal HPT-1 / The first date of last period :			
Jika YA, mohon dijelaskan / If YES please explain :			
Bila perawatan dikarenakan kecelakaan kerja, mohon diisikan / If treated due to occupational accident, please state : Tanggal kecelakaan / Date of accident : Penyebab kecelakaan / Cause of accident :			
Prognosis / Prognosis :			
Keadaan pasien saat pulang / Patient's condition when discharged : <input type="checkbox"/> Sembuh / Recovered <input type="checkbox"/> Meninggal / Death <input type="checkbox"/> Lainnya / Other :			

Saya menyatakan bahwa seluruh informasi di atas adalah benar menurut pengetahuan dan keyakinan saya,
I declare that all the information above is true to the best of my knowledge and belief

Tempat dan Tanggal / Place and Date : _____

Nama, Jelas dan Tanda tangan Dokter
Physician's name and signature

Nama & Stempel Rumah Sakit
Hospital's name and stamp