
FORMULIR KLAIM RAWAT INAP – CLAIM FORM INPATIENT

Formulir ini harus diisi dengan lengkap - *All sections on this form must be fill in completely*

DATA POLIS – POLICY DATA

No Polis – *Policy No* : _____

Pemegang Polis - *Policy Holder* : _____

Tertanggung – *Insured* : _____

Alamat - *Address* : _____

No Telepon – *Telephone No* : _____

DATA PASIEN – PATIENT DATA

Nama Pasien – *Patient Name* : _____

No KTP Pasien – *Patient ID Card No* : _____

No Passport Pasien – *Patient Passport No (If any)* : _____

Dirawat di – *Hospitalized at* : _____

Tanggal perawatan – *Date of Treatment* : _____

Nama Dokter – *Doctor Name* : _____

Saya, dengan ini menyatakan bahwa segala pernyataan pada formulir ini adalah benar dalam segala hal. Saya telah memberikan informasi dengan lengkap tentang semua hal yang relevan dengan klaim ini dan jumlah klaim yang diajukan adalah sesuai dengan persyaratan, kondisi dan pengecualian pada polis - *I, the undersigned, hereby declare that the particulars stated on this form are true in every respect. I have supplied full information on all particulars relevant to this claim, and the amounts claimed herein are lawfully due to me under the terms, conditions and exceptions of the above numbered account.*

Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk memberitahukan kepada PT.International Services Pacific Cross atau mereka yang mendapat kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung baik selama Tertanggung hidup atau telah meninggal dunia. Salinan dari pernyataan ini sama kuat dan sah seperti aslinya. - *I hereby authorize any physician, clinic, hospital, public health centre, insurance company, legal institution, personal or other organizations that has any records or information on the deceased and health of the deceased whether the deceased was still alive or dead to give them to PT International Services Pasific Cross or its authorized institution. A copy of this statement should be as valid and legal as the original.*

 Tempat & Tanggal – *Place & Date*

 Nama & Tandatangan – *Name & Signature*

SURAT KETERANGAN DOKTER - ATTENDING PHYSICIAN'S REPORT

Formulir ini harus diisi dengan lengkap - All sections on this form must be fill in completely

- 1 Nama Pasien / Name of the patient : _____
- 2 No Rekam Medik / Medical Record No : _____
- 3 Tanggal lahir / Date of Birth : - - dd/mm/yyyy
- 4 Jenis Kelamin / Sex : Laki-laki / Male Perempuan / Female
- 5 Tanggal perawatan /Date of treatment : to
- 6 Anamnesa /Anamneses; riwayat penyakit/ History of disease: _____

- 7 Tanggal gejala atau keluhan pertamakali diketahui pasien / Date of first occurrence of the symptom and complain : - - dd/mm/yyyy
- 8 Tanggal pertamakali konsultasi untuk sakit tersebut / Date of first consultation for this disease : - - dd/mm/yyyy
- 9 Nama dan alamat dokter yang merujuk / Name and address of referral doctor : _____

- 10 Jenis dan hasil pemeriksaan fisik,lab,rontgen,CT Scan, hasil PA dll / Physical examination result (lab, X-ray, CT scan, clinical Pathology Result, etc) : _____

- 11 Diagnosa atau dugaan diagnosa/ Final diagnosis or working diagnosis : _____

- 12 Tanggal pertamakali diagnosa ditegakkan / Date of first diagnose : - - dd/mm/yyyy



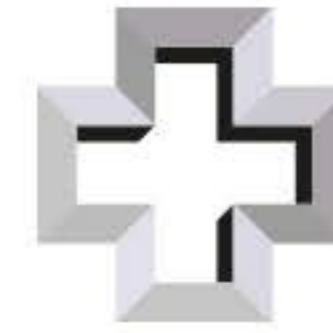
- 13 Jenis tindakan pembedahan (jika dilakukan) / *Type of surgery (if performed)* : _____

- 14 Therapi medis / *Medical therapy* : _____

- 15 Apakah kondisi tersebut disebabkan atau ada kaitannya dengan kondisi yang disebutkan berikut ini / *Was the condition caused by or in anyway associated with conditions mentioned below:*
- | | | |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|
| a. Pengaruh dari obat-obatan terlarang atau alkohol / <i>the influence of drugs or alcohol intake?</i> | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| b. HIV / PHS / AIDS? | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| c. Ketidaksuburan atau sterilisasi / <i>infertility or sterilization?</i> | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| d. Kosmetik atau bedah plastik / <i>cosmetic or plastic surgery?</i> | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| e. Psikiatri dan gangguan kejiwaan / <i>psychiatric and mental disorder?</i> | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| f. Cacat, kelainan bawaan & herediter / <i>congenital deformities or anomalies and hereditary?</i> | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| g. Bunuh diri, ketidakwarasan atau melukai diri sendiri / <i>suicide, insanity or self-inflicted injury?</i> | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| h. Dental / <i>Dental ?</i> | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| i. Faktor usia / <i>Geriatric ?</i> | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| k. Gangguan Menstruasi dan Hormonal / <i>Menstruation syndrome and Hormonal ?</i> | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| l. Gangguan kehamilan, melahirkan dan komplikasi / <i>Pregnancy syndrome, delivery and complication?</i> | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |

Saya sebagai dokter yang merawat/menangani pasien tersebut diatas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan - pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan sebenar-benarnya. *As the doctor handling the care of the above mentioned patient, I hereby state that I have read and answered the questions in this form clearly and completely.*

Nama Dokter / *Doctors Name* : _____
Alamat / *Address* : _____
Tempat dan tanggal / *Place and Date* : _____
Tandatangan dokter & stempel rumah sakit atau dokter / *Signature of doctor & stamp of hospital or doctor* : _____



FORMULIR KLAIM RAWAT JALAN – CLAIM FORM OUTPATIENT

Formulir ini harus diisi dengan lengkap - *All sections on this form must be fill in completely*

DATA POLIS – POLICY DATA

No Polis – *Policy No* : _____
Pemegang Polis - *Policy Holder* : _____
Nama Karyawan – *Employee Name* : _____
Nama Pasien – *Patient Name* : _____
Alamat - *Address* : _____
No Telepon – *Telephone No* : _____

Saya, dengan ini menyatakan bahwa segala pernyataan pada formulir ini adalah benar dalam segala hal. Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk memberitahukan kepada PT.International Services Pacific Cross atau mereka yang mendapat kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung baik selama Tertanggung hidup atau telah meninggal dunia. Salinan dari pernyataan ini sama kuat dan sah seperti aslinya. – *i the undersigned, hereby declare that the particulars stated on this form are true in every respect. I hereby authorize any physician, clinic, hospital, public health centre, insurance company, legal institution, personal or other organizations that has any records or information on the deceased and health of the deceased whether the deceased was still alive or dead to give them to PT International Services Pasific Cross or its authorized institution. A copy of this*

Tempat & Tanggal – *Place & Date*

Nama & Tandatangani – *Name & Signature*

DATA MEDIS – MEDICAL DATA

Nama dan alamat dokter / *Name and address of doctor* : _____
Tanggal konsultasi / *Date of consultation* : - - dd/mm/yyyy
Anamnesa/*Anamneses*; riwayat penyakit/ *History of disease*: _____

Diagnosa atau dugaan diagnosa/ *Final diagnosis or working diagnosis* : _____
Jenis dan hasil pemeriksaan fisik,lab,rontgen,CT Scan, hasil PA dll / *Physical examination result (lab, X-ray, CT scan, clinical Pathology Result, etc)* : _____
Therapy medis / *Medicine therapy* : _____

Saya sebagai dokter yang merawat/menangani pasien tersebut diatas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan - pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan sebenar-benarnya. *As the doctor handling the care of the above mentioned patient, I hereby state that I have read and answered the questions in this form clearly and completely.*

Nama Dokter / *Doctors Name* : _____
Alamat / *Address* : _____
Tempat dan tanggal / *Place and Date* : _____
Tandatangan dokter & stempel rumah sakit atau dokter / *Signature of doctor & stamp of hospital or doctor* : _____