

Untuk pengajuan klaim JS Hospital Cash Plan / Cash Plan

FORMULIR KLAIM



DATA PASIEN

NAMA PASIEN _____
NAMA DEPAN _____ NAMA BELAKANG _____

TANGGAL LAHIR _____ KELAMIN LAKI-LAKI PEREMPUAN
TGL BLN THN

NO POLIS _____

NAMA WALI _____
JIKA PASIEN BERUSIA < 17 TAHUN NAMA DEPAN _____ NAMA BELAKANG _____

HUBUNGAN WALI _____

PERNYATAAN PASIEN / WALI PASIEN

Dengan ini saya yang tersebut diatas sebagai Pasien atau Wali Pasien yang sah, memberi ijin pada pihak Penyedia Pelayanan Kesehatan untuk menjelaskan semua tindakan yang diperlukan demi kesehatan saya kepada PT Asuransi Jiwasraya (Persero) yang sah telah saya beri kuasa untuk mendapatkan semua rekaman medis / informasi lain yang diperlukan dari Penyedia Pelayanan Kesehatan atau pihak lain, agar saya atau Pasien yang saya Wali-kan dapat menerima pembayaran klaim Santunan Harian Rawat Inap.

TANDA TANGAN dan NAMA JELAS PASIEN atau WALI-nya

DIISI PETUGAS RUMAH SAKIT

NAMA RUMAH SAKIT _____ No.Rekam Medis.....

UNIT / BAGIAN _____

TGL MASUK _____ JAM _____ TGL KELUAR _____ JAM _____
TGL BLN THN TGL BLN TH

DOKTER YANG MERAWAT _____
NAMA DEPAN NAMA BELAKANG

(SUB) SPESIALISASI _____

DIISI DOKTER

1. Diagnosis Utama Sejak kapan diderita
- Diagnosis Tambahan Sejak kapan diderita.....
2. Dr. Perujuk Alamat/RS.....
3. Apakah merupakan penyakit akibat kecelakaan ? Ya Tidak
4. Apakah untuk penyakit tersebut di atas diperlukan pengobatan jangka panjang ? Ya Tidak
5. Apakah penyakit yang diderita merupakan penyakit yang disengaja oleh Pasien, atau akibat mencelakai diri sendiri ?.....
6. Apakah penyakit tersebut berkaitan dengan penyakit seksual menular? Ya Tidak
7. Apakah terhadap Pasien dilakukan tindakan/operasi ? Ya Tidak
 - a. Nama operasi / tindakan :
 - b. Dilakukan dengan Anestesi Umum Ya Tidak
 - c. Dilakukan dengan Anestesi Spinal Ya Tidak
 - d. Dilakukan dengan Anestesi Lokal Ya Tidak
8. Apakah Tindakan Bedah tersebut berkaitan dengan Kehamilan, Aborsi, Fertilitas & Infertilitas, Bedah Kosmetik/Estetik atau Transplantasi Organ ?
9. Apabila perawatan lebih dari 10 (sepuluh) hari mohon disertakan Surat Keterangan dari Dokter yang merawat

PERNYATAAN DOKTER

TANDA TANGAN, NAMA JELAS DOKTER DAN STEMPEL DOKTER ATAU RUMAH SAKIT

Dengan ini saya yang bertanda-tangan disamping ini adalah Dokter yang bertanggung-jawab dalam perawatan Pasien tersebut diatas. Saya menyatakan dengan setinggi-tingginya pengetahuan saya bahwa semua pernyataan dan penjelasan saya diatas, berikut dokumen medis lain yang menyertai adalah benar adanya.

TANGGAL PENGISIAN FORMULIR _____