

## FORMULIR KLAIM ASURANSI KESEHATAN KUMPULAN

(Harap diisi dengan Huruf Cetak)

<p><b>DATA PASIEN</b></p> <p>NAMA PASIEN : _____</p> <p>TANGGAL LAHIR : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NO PESERTA : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NAMA PESERTA UTAMA : _____</p> <p>HUBUNGAN PASIEN : <input type="checkbox"/> ISTRI/SUAMI    <input type="checkbox"/> ANAK</p>	<p><b>DIISI PETUGAS RUMAH SAKIT</b></p> <p>NAMA RUMAH SAKIT : _____</p> <p>UNIT/BAGIAN : _____</p> <p>TANGGAL MASUK : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DOKTER UTAMA : _____</p>
--	---

<p><b>PERNYATAAN PEMBERIAN KUASA PASIEN/WALI PASIEN</b></p> <p>Dengan ini saya yang bertanda-tangan di samping ini sebagai Pasien atau Wali Pasien yang sah, memberi ijin kepada pihak Penyedia Pelayanan Kesehatan untuk menjelaskan semua tindakan yang diperlukan demi kesehatan Saya/Pasien kepada PT Asuransi Jiwasraya (Persero) dan untuk mendapatkan semua rekaman medis / informasi lain yang diperlukan dari Penyedia Pelayanan Kesehatan atau pihak lain sehubungan dengan verifikasi dan penggantian biaya dari pelayanan kesehatan yang diberikan kepada saya atau Pasien yang saya Wali-kan.</p>	<p style="text-align: center;"><b>TANDA TANGAN DAN NAMA JELAS</b></p>
--	---

<p><b>DIISI DOKTER</b></p> <p>Keluhan Utama</p>  <p>Keluhan Tambahan</p>  <p>Riwayat Penyakit</p>  <p>Pemeriksaan Fisik</p>  <p>Pemeriksaan Penunjang</p>  <p>Diagnosa Awal</p>  <p>Apakah diagnosa penyakit tersebut berhubungan dengan (checklist bila berhubungan)</p> <p><input type="checkbox"/> Kongenital/Hereditas/Genetik</p> <p><input type="checkbox"/> Kesuburan/Ketidaksuburan</p> <p><input type="checkbox"/> Kehamilan</p> <p><input type="checkbox"/> Kosmetik</p> <p><input type="checkbox"/> Kejiwaan</p> <p><input type="checkbox"/> Lainnya _____</p>	<p>Diagnosa Akhir</p>  <p>Diagnosa Tambahan</p>  <p>Terapi/Tindakan</p>  <p>Indikasi Kuat Rawat Inap *)</p>  <p>Keterangan Tambahan</p>  <p>Apakah Pelayanan dapat dilakukan pada fasilitas Rawat Jalan *)</p> <p><input type="checkbox"/> Ya</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak, sebutkan alasannya _____</p>
---	---

<p><b>PERNYATAAN DOKTER YANG MERAWAT</b></p> <p>Dengan ini saya yang bertanda tangan di formulir ini adalah Dokter yang bertanggung jawab untuk perawatan Pasien tersebut di atas. Saya menyatakan menurut setinggi-tingginya pengetahuan saya, bahwa semua pernyataan dan penjelasan saya di atas berikut dokumen medis lain yang menyertai adalah benar adanya.</p>	<p style="text-align: center;"><b>NAMA, TTD DAN CAP</b></p>
---	---

\*) Hanya diisi apabila Peserta melakukan Pelayanan Rawat Inap atau One Day Care