

FORMULIR KLAIM RAWAT INAP DAN OPERASI



Bismillaahirrahmaanirrahiim

Harap diisi dengan lengkap dan benar menggunakan huruf cetak dan ballpoint

I. KELENGKAPAN KLAIM				
1.	Formulir klaim ini harus diisi lengkap dan hanya berlaku untuk satu orang pasien			
2.	Formulir ini harus diserahkan ke Bagian Klaim PT. Asuransi Takaful Keluarga selambat-lambatnya 30 hari kalender setelah pelayanan kesehatan, disertai dengan kelengkapan dokumen. Klaim hanya bisa diproses setelah semua kelengkapan dokumen disertakan.			
3.	Checklist kelengkapan dokumen : <input type="checkbox"/> Formulir klaim yang diisi lengkap <input type="checkbox"/> Rincian biaya <input type="checkbox"/> Salinan resep <input type="checkbox"/> Salinan hasil laboratorium/pemeriksaan penunjang lain (USG, X-Ray, EKG, dll), bila dilakukan <input type="checkbox"/> Resume medis <input type="checkbox"/> Kuitansi asli			
II. DATA PESERTA (WAJIB DIISI)				
1.	Nama Perusahaan			
2.	No. Polis			
3.	Nama Peserta Utama / Karyawan			
4.	Nama Peserta			
5.	No. Peserta			
6.	Jenis kelamin <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan			
7.	Tanggal lahir			
8.	Alamat Rumah Telepon :			
9.	Hubungan dengan peserta utama/karyawan <input type="checkbox"/> diri sendiri <input type="checkbox"/> suami/istri <input type="checkbox"/> anak			
10.	Transfer via			
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Nama Bank</td> <td>Cabang :</td> </tr> <tr> <td>No. Rekening</td> <td>Atas nama :</td> </tr> </table>	Nama Bank	Cabang :	No. Rekening
Nama Bank	Cabang :			
No. Rekening	Atas nama :			
11.	Total Jumlah Klaim			
12.	Apakah ada pihak lain yang bertanggung jawab atas cedera/sakit yang Anda alami? Jika ya, mohon disebutkan:			
13.	Jika ada polis asuransi lain yang menutup asuransi atas kasus ini, harap diberikan nama perusahaan asuransi tersebut (alamat, telepon, no. polis dan nama pemegang polis) :			
<p>Dengan ini Saya menyatakan bahwa :</p> <ol style="list-style-type: none"> Saya memberikan kuasa kepada PT. Asuransi Takaful Keluarga untuk mendapatkan segala keterangan/catatan medis dari dokter/rumah sakit atau pihak lain dengan diagnosa, perawatan atau pelayanan yang diberikan kepada Saya, atau bertanggung lain dari keluarga Saya berdasarkan ketentuan perundang-undangan yang berlaku. Keterangan keseluruhannya adalah benar dan Saya tidak menyembunyikan informasi apapun yang dibutuhkan oleh proqram ini. Saya setuju bahwa apabila keterangan yang Saya berikan tidak benar/palsu dapat menyebabkan ditolaknya klaim atau dibatalkannya kepesertaan Saya. Benar telah menerima perawatan/pengobatan tersebut diatas dan bersedia menanggung sebagian beban bila ada diantara biaya perawatan/pengobatan yang menjadi tanggung asuransi atau akibat kelas perawatan diatas plan yang kita pilih. <p style="text-align: right;">Tandatangan Peserta/Kuasanya</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Nama Jelas</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">tempat tgl bln thn</p>				

DIISI OLEH DOKTER (MOHON DIISI LENGKAP DENGAN HURUF CETAK DAN BALLPOINT)

I. DATA RUMAH SAKIT

1.	Nama dan Alamat Rumah Sakit	Telp :
2.	Tanggal Perawatan	
3.	Apabila ini kasus rujukan, mohon sebutkan nama dan alamat dokter pengirim	
	Nama dokter	
	Nama RS/Klinik	

II. RESUME MEDIS

1.	Keluhan utama	
2.	Keluhan tambahan	
3.	Waktu pertama kali keluhan muncul	
4.	Riwayat penyakit atau cedera terdahulu yang berhubungantahun.....(dirawat/tidak dirawat)tahun.....(dirawat/tidak dirawat)tahun.....(dirawat/tidak dirawat)
5.	Pemeriksaan fisik	
	Status generalis	
	Status lokalis	
6.	Laboratorium	
7.	Pemeriksaan penunjang lainnya (EKG, USG, X-RAY, dll)	
8.	Diagnosa utama	
	Diagnosa tambahan	
9.	Secara medis, apakah pasien dapat menjalani rawat jalan?	() dapat warat jalan () tidak dapat rawat jalan, alasan.....
10.	Terapi	
	Tindakan operatif (jika dilakukan) :	
	Nama operasi	
	Indikasi operasi	
	Jenis anestesi	() lokal () regional/blok () umum, alasan :
11.	Kemungkinan kambuh	() kecil kemungkinan kambuh kembali () besar kemungkinan kambuh kembali
12.	Saran & rencana pengobatan selanjutnya	

III. KLARIFIKASI

	Apakah Penyakit diatas berhubungan dengan : () Kongenital/herediter () Kehamilan () STD/HIV/AIDS () Kesuburan () Kecelakaan () Gangguan jiwa/Psikosomatis () Kosmetik () Orthodontist () Drug Abuse () Tentamina Suicide () Lain-lain, sebutkan :
--	--

Saya, dokter yang merawat, dengan ini menyatakan bahwa keterangan tersebut diatas adalah lengkap dan benar

Nama Dokter Utama :	Tandatangan dokter disertai stempel Rumah Sakit
No. Telepon :	