

FORMULIR KLAIM RAWAT INAP ASURANSI KESEHATAN

INPATIENT HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

Nama Perusahaan : _____ Tanggal Pelayanan : _____
Name of Company Date of Service

Nama Pasien : _____ Tempat Pelayanan, Alamat & Telp : _____
Name of Patient Place of Service. Address & Phone

No. Peserta Pasien : _____ Status Pasien : _____
Number of Member Status of Patient : Sendiri / Suami / Isteri / Anak
Self / Husband / Wife / Child

Jenis Klaim : Rawat Inap Operasi Bedah 1 Hari Perawatan darurat/gigi akibat kecelakaan
Type of Claim Inpatient One Day Care Surgery Emergency Care/Teeth for Accident

Melahirkan Hemodialisa/ Kemoterapi Lainnya : _____
Maternity Hemodialysis/ Chemotherapy Others

Catatan (alasan pelayanan medis dengan reimbursement bila Peserta berhak menggunakan fasilitas cashless) :
Note : reason for reimbursement claim if the Participant eligible for Cashless facility

PERNYATAAN PEMBERIAN KUASA

LETTER OF AUTHORITY

Bersama ini Saya memberi kuasa kepada / I hereby authorize to :

- Dokter, Rumah Sakit/Klinik maupun institusi pelayanan medis lainnya untuk memberikan keterangan dan/atau catatan medis, sehubungan dengan diagnosa dan/atau pelayanan medis yang diberikan kepada Saya dan keluarga Saya yang menjadi Tertanggung, dan
Physician, Hospital/Clinic or any other medical institution to give the information and/or medical record, according to the diagnosis and/or medication treatment which given to me or my family which being as the Insured, and
- PT BNI Life Insurance untuk mendapatkan segala keterangan/catatan medis dari Rumah Sakit dan atau pihak lain sehubungan dengan diagnosa dan/atau pelayanan medis yang diberikan kepada Saya atau keluarga Saya yang menjadi Tertanggung, yang mana akan digunakan untuk memproses klaim sesuai dengan ketentuan polis yang berlaku.
PT BNI Life Insurance to gather further information/medical records from the Hospital and or other parties related to the diagnosis and/or health services provided to me or eligible members of my family which may be required to process the claim in accordance with existing policy and term conditions.

Saya membebaskan PT BNI Life Insurance dari segala kewajiban, tuntutan atau gugatan hukum apapun atas ditandatangani pernyataan ini.
I absolve PT BNI Life Insurance from all kinds of liabilities, requisitions or any accusations of law for signing this statement.

Seluruh keterangan yang tercantum dalam Formulir Klaim Rawat Inap Asuransi Kesehatan ini ditulis dengan benar dan saya menyadari bahwa salinan Formulir Klaim Rawat Inap Asuransi Kesehatan ini dapat berlaku sebagaimana aslinya.
All information in this health insurance inpatient claim form was written truthfully and I hereby agree that this letter of authority to be used promptly.

_____, ____/____/____ (Tempat/tanggal)
(Place/Date)

(_____)
(Nama jelas & tanda tangan Karyawan atau Peserta
Name & Signature of Employee or Member)

RESUME MEDIS

MEDICAL RESUME

(Diisi oleh dokter / fill in by physician)

ANAMNESA / ANAMNESIS

- a. **Keluhan utama dan/atau tambahan :**
Main complaint or other complaint(s)/symptom(s)

- b. **Sejak kapan pasien mengalami keluhan / gejala tersebut ?**
Since when has the patient suffered from the complaint(s)/symptom(s) ?

- c. **Adakah penyakit lain yang berhubungan dengan kondisi sekarang ? jika ya, mohon sebutkan dan sejak kapan**
Is there any disease(s) that related to the current condition? If yes, please state the disease(s) and since when.

- d. **Menurut dokter, pernahkah pasien mengalami kondisi yang sama ? jika ya, mohon sebutkan kapan.**
According to you, has the patient been in the same condition before? If yes, please state when.

- e. **Apabila disebabkan karena kecelakaan, kapankah terjadinya kecelakaan tersebut ? (tgl/bulan/thn)**
If caused by an accident, when did the accident take place (dd/mm/yy)

- f. **Jika memerlukan rawat inap, apakah indikasi medis rawat inap tersebut ?**
Is hospitalization is needed, please state the medical indication.

DIAGNOSA / *DIAGNOSIS* : _____ Kode ICD 10/ *ICD 10 Code* : _____

DIAGNOSA TAMBAHAN / *ADDITIONAL DIAGNOSIS* : _____ Kode ICD 10/ *ICD 10 Code* : _____

Apakah diagnosa penyakit tersebut berhubungan dengan/ *Is the diagnosis related to :*

- | | | |
|---|---------------------------------|-----------------------------------|
| a. Kelainan Bawaan atau Turunan / <i>Congenital or Hereditary Disease</i> | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| b. Kelainan Tumbuh Kembang / <i>Development Disorder</i> | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| c. Kesuburan atau ketidaksuburan / <i>Fertility or infertility</i> | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| d. Kehamilan / <i>Pregnancy</i> | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| e. Kosmetik / <i>Cosmetic</i> | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| f. Kejiwaan / <i>Mental Disorder</i> | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| g. Penyakit Menular Seksual / <i>Sexual Transmitted Disease</i> | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |

PEMERIKSAAN FISIK / *PHYSICAL EXAMINATION* :

TERAPI / *THERAPY* :

PEMERIKSAAN PENUNJANG / *SUPPORT EXAMINATION* :

TINDAKAN / *MEDICAL PROCEDUR*

_____, ____/____/____ (Tempat/Tanggal)
 (Place/Date)

(_____
 (Nama Jelas&Tandatangan Dokter, stempel Rumah Sakit/Klinik
 Name&Signature of Physician, with Hospital/Clinic's stamp)