

FORMULIR KLAIM RAWAT JALAN ASURANSI KESEHATAN

OUTPATIENT 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 : Sendiri / Suami / Isteri / Anak
Number of Member Status of Patient Self / Husband / Wife / Child

Jenis Klaim : Rawat Jalan Rawat Gigi Kacamata Pemeriksaan Kesehatan
Type of Claim Outpatient Dental Care Glasses Medical Check Up

Pra/Pasca Rawat Inap Sebelum/Setelah Melahirkan Imunisasi Keluarga Berencana
Pre/Post Hospitalization Pre/Post Natal Immunization Family Planning

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

RESUME MEDIS / MEDICAL RESUME (diisi oleh Dokter / fill in by Physician)

ANAMNESA / ANAMNESIS : _____

DIAGNOSA UTAMA / PRIMARY 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 |

TERAPI / THERAPY : _____

TINDAKAN / TREATMENT : _____

SARAN / ADVICE : _____

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 ditandatanganinya 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 Jalan Asuransi Kesehatan ini ditulis dengan benar dan saya menyadari bahwa salinan Formulir Klaim Rawat Jalan Asuransi Kesehatan ini dapat berlaku sebagaimana aslinya.
All information in this health insurance outpatient 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 Dokter, stempel Rumah Sakit/Klinik)
 (Name & Signature of Physician, with Hospital/Clinic's Stamp)