

Mohon dapat mengirimkan seluruh dokumen dan kelengkapan klaim ke:

Please send all claims and inquiries to:

PT International Services Pacific Cross

Menara Cakrawala 8th Floor. Jl. M.H. Thamrin No.9 Jakarta
10340, Indonesia t. (+62 21) 2359 9355

www.pacificcross.co.id

FORMULIR KLAIM RAWAT INAP (*INPATIENT CLAIM FORM*)

Formulir ini harus diisi dengan lengkap (*All sections on this form must be fill in completely*)

DATA POLIS (*POLICY DATA*)

No. Polis (*Policy No.*)

:

Pemegang Polis (*Policyholder*)

:

Nama Karyawan (*Employee Name*)

:

Alamat (*Address*)

:

No. Telepon (*Telephone No.*)

:

DATA PASIEN (*PATIENT DATA*)

Nama Pasien (*Patient Name*)

:

No. KTP Pasien (*Patient ID Card No.*)

:

No. Paspor Pasien

:

(*Patient Passport No. (if any)*)

Dirawat di (*Hospitalized at*)

:

Tanggal Perawatan (*Date of Treatment*)

:

Nama Dokter (*Doctor's Name*)

:

Saya, dengan ini menyatakan bahwa segala pernyataan pada formulir ini adalah benar dalam segala hal. Saya telah memberikan informasi dengan lengkap tentang hal yang relevan dengan klaim ini dan jumlah klaim yang diajukan adalah sesuai dengan persyaratan, kondisi dan pengecualian pada polis.

I, the undersigned, hereby declare that the particulars stated on this form are true in every respect. I have supplied full information on all particulars relevant to this claim, and the amounts claimed herein are lawfully due to me under the terms, condition and exceptions of the above numbered account.

Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk memberitahukan kepada PT International Services Pacific Cross atau mereka yang mendapat kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung baik selama Tertanggung hidup atau telah meninggal dunia. Salinan pernyataan ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

I hereby authorize any physician, clinic, hospital, public health centre, insurance company, legal institution, personal or other organizations that has any records or information's on the deceased and health of the deceased was still alive or dead to give them to PT International Services Pacific Cross or its authorized institution. A copy of this statement should be as valid and legal as the original.

Tempat & Tanggal (*Place & Date*)

Nama & Tanda Tangan (*Name & Signature*)

SURAT KETERANGAN DOKTER (*ATTENDING PHYSICIAN'S REPORT*)

Formulir ini harus diisi dengan lengkap (*All sections on this form must be fill in completely*)

1.	Nama Pasien (<i>Patient's Name</i>)	:	_____
2.	No. Rekam Medik (<i>Medical Record No.</i>)	:	_____
3.	Tanggal Lahir (<i>Date of Birth</i>)	:	□□-□□-□□□□ dd/mm/yyyy
4.	Jenis Kelamin (<i>Sex</i>)	:	☐ Laki-laki (<i>Male</i>) ☐ Perempuan (<i>Female</i>)
5.	Tanggal Perawatan (<i>Date of Treatment</i>)	:	□□-□□-□□□□ dd/mm/yyyy
6.	Anamnesa (<i>Anamnesis</i>)	:	_____
	Riwayat Penyakit (<i>History of Diseases</i>)	:	_____
7.	Tanggal gejala atau keluhan pertama kali diketahui pasien (<i>Date of first occurrence of the symptom and complain known by patient</i>)	:	□□-□□-□□□□ dd/mm/yyyy
8.	Tanggal pertama kali konsultasi untuk sakit tersebut (<i>Date of first consultation for this disease</i>)	:	□□-□□-□□□□ dd/mm/yyyy
9.	Nama dan Alamat Dokter yang merujuk (<i>Name and Address of referral Doctor</i>):	:	_____ _____ _____
10.	Jenis dan hasil pemeriksaan fisik, lab, CT scan, hasil PA – (<i>Physical examination result, lab, X-ray, CT-Scan, Clinical Pathology result, etc.</i>)	:	_____
11.	Diagnosa atau dugaan diagnosa (<i>Final diagnosis or working diagnosis</i>):	:	_____
12.	Tanggal pertama kali diagnosa (<i>Date of first diagnose</i>)	:	□□-□□-□□□□ dd/mm/yyyy
13.	Jenis Tindakan pembedahan (jika dilakukan) (<i>type of surgery (if performed)</i>).	:	_____
14.	Terapi Medis (<i>Medical Therapy</i>)	:	_____

15. Apakah kondisi tersebut disebabkan atau ada kaitannya dengan kondisi yang disebutkan berikut ini:

(Was the condition caused by or in any way associated with conditions mentioned below:)

- | | | |
|--|----------------------------------|------------------------------------|
| a. Pengaruh obat-obatan terlarang atau alkohol <i>(the influence of drug or alcohol intake)</i> | ☐ Ya/ Yes | ☐ Tidak/ No |
| b. HIV/PHS/AIDS? | ☐ Ya/ Yes | ☐ Tidak/ No |
| c. Ketidaksuburan atau sterilisasi <i>(Infertility or sterilization?)</i> | ☐ Ya/ Yes | ☐ Tidak/ No |
| d. Kosmetik atau bedah plastik <i>(Cosmetic or plastic surgery?)</i> | ☐ Ya/ Yes | ☐ Tidak/ No |
| e. Psikiatri dan gangguan kejiwaan <i>(Psychiatric and mental disorder?)</i> | ☐ Ya/ Yes | ☐ Tidak/ No |
| f. Cacat, kelainan bawaan atau hereditas? <i>(Congenital deformities or anomalies and hereditary)</i> | ☐ Ya/ Yes | ☐ Tidak/ No |
| g. Bunuh diri, ketidakwarasan atau melukai diri sendiri? <i>(Suicide, insanity or self-inflicted injury)</i> | ☐ Ya/ Yes | ☐ Tidak/ No |
| h. Psikosomatis <i>(Pshycomatic?)</i> | ☐ Ya/ Yes | ☐ Tidak/ No |
| i. Faktor Usia <i>(Geriatric?)</i> | ☐ Ya/ Yes | ☐ Tidak/ No |
| j. Gangguan menstruasi dan hormonal <i>(Menstrual syndrome and hormonal?)</i> | ☐ Ya/ Yes | ☐ Tidak/ No |
| k. Gangguan kehamilan, melahirkan dan komplikasi <i>(Pregnancy syndrome, delivery and complication?)</i> | ☐ Ya/ Yes | ☐ Tidak/ No |

Saya sebagai dokter yang merawat/ menangani pasien tersebut diatas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan sebenar-benarnya.

As the Doctor handling the care of the above-mentioned patient, I hereby state that I have read and answered the questions in this form clearly and completely.

Nama dokter *(Doctor's name)* :

Alamat *(Address)* :

Tempat dan tanggal *(Place and date)* :

Tanda tangan dokter dan stempel :

(Signature of doctor and stamp

Of hospital or doctor)