

BAG. 1 DIISI OLEH PASIEN/PESERTA
PART.1 TO BE FILLED BY PATIENT / MEMBER

Nama Perusahaan / Name of Company : _____

Nama Karyawan / Employee Name : _____

Nama Lengkap Pasien / Patient Name : _____

No. Peserta Asuransi / NIP
Insurance Registration Number / EIN : _____

Alamat / Address : _____

Status Pasien / Relation : Karyawan
Him / Herself Istri/Suami
Wife / Husband Anak
Child

Jenis Pengajuan / Type of Claim : Klaim Baru
New Claim Pemenuhan kelengkapan klaim sebelumnya
Fulfillment of incomplete previous claim

Konsultasi Sebelum/Sesudah Rawat Inap
Pre/Post Hospitalization : Ya
Yes Tidak
No

Total Nilai Klaim : _____
Total Amount of Claim

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi dan badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan saya untuk memberitahukan kepada PT. Asuransi Adira Dinamika atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan saya. Copy dari pernyataan ini sama kuat dan sahnya seperti aslinya. I hereby declared that I have read, understood and answered any the above question completely and correctly. I also hereby authorized any physician, clinic, hospital, public health center, insurance company and any legal institution, personal or otherwise that have any records or information on my health condition to inform PT. Asuransi Adira Dinamika or its authorized party accordingly. A copy of this statement should be regarded as valid and legal as the original.

Nama & Tanda tangan pasien / karyawan
Name & Signature of patient / employee

BAG. 2 DIISI OLEH DOKTER YANG MEMERIKSA
PART.2 TO BE FILLED BY CONSULTING PHYSICIAN

Tanggal Pelayanan / Service Date : _____

Anamnesa / Anamnesa : _____

Pemeriksaan Fisik / Physical Examination : _____

Diagnosa Utama / Primary Diagnosis : _____

Diagnosis Tambahan / Additional Diagnosis : _____

Terapi / Therapy : _____

Saya, dokter yang merawat/memeriksa dengan ini menyatakan keterangan diatas adalah benar dan lengkap menurut pengetahuan dan keyakinan saya.
I as the consulting physician, have treaded this patient and confirmed that information is true and complete to the best of my knowledge and belief

Stempel, Nama, Tanda tangan & Alamat Dokter
Stamp, Name, Signature of Physician

PETUNJUK PENGAJUAN KLAIM / GUIDELINE OF CLAIM SUBMISSION

- Formulir ini harus dilengkapi dan hanya berlaku untuk SATU orang pasien dan harus diisi dengan lengkap dan ditandatangani oleh peserta atau orang tua jika pasien adalah anak-anak.
This Form should be completed for the inpatient claims of ONE patient only and must be fully completed and signed by the insured person or by his/her parents form minor patient.
- Formulir ini harus diisi dengan lengkap, benar dan jelas.
This form should be filled in correctly, completely and clearly.
- Klaim baru dapat diteliti dan diproses lebih lanjut hanya bila semua dokumen pendukung pengajuan klaim telah diisi, dilengkapi, dan dilampirkan. Dokumen pendukung pengajuan klaim meliputi : Surat Jaminan, Formulir Klaim, Kwitansi Asli beserta perinciannya dimana terdapat nama pasien, tanggal perawatan dan biaya perawatan, copy resep obat-obatan, hasil pemeriksaan penunjang diagnostic dan Histopatologi.
The Claim can only be processed if all supporting documents have been filled in, completed and attached. The Supporting documents shall include : Guarantee Letter, Claim Form, All Original Receipt, bearing the name of the patient, date of treatment and amount charged, detailed report of medical prescription, laboratory / radiology results and Histopathology Report.