

DIISI OLEH TERTANGGUNG ASURANSI ATAU ORANGTUA PASIEN BILA PASIEN ADALAH ANAK.
TO BE FILLED BY THE INSURED OR BY HIS/HER PARENTS FOR MINOR PATIENT.

DATA KARYAWAN

Nama Perusahaan / Name of Company : _____

Nama / Name : _____

Nomor Peserta / NIP : _____
Registration Number/EIN

Alamat / No. Telp : _____
Address / Phone No.

DATA PASIEN

Nama / Name : _____

Nomor Peserta / Registration Number : _____

Tanggal Lahir / Date of Birth : _____

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

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

Jika ada polis asuransi lain yang menutup asuransi atas perawatan ini, harap berikan nama perusahaan asuransi, alamat, nomor teleponnya :
If another insurance policy cover this case, please state the name of the company, address, and telephone number :

Total Nilai Klaim : _____
Total Amount of Claim

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut diatas 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.

Tempat & Tanggal : _____
Place & Date

Tanda tangan & Nama Jelas karyawan / keluarga karyawan
Signature & Name of Employee / Employee of Family

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 for 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 Histopatology.
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.

PT. Asuransi Adira Dinamika
Jl. Prof Soepomo No 71 A-B
Menteng Dalam – Tebet
Jakarta Selatan 12870

CALL 500 456
SMS 0812 111 3456
www.asuransi.adira.co.id

Keterangan Dokter

Medical Resume

UNTUK DIISI DENGAN LENGKAP OLEH DOKTER YANG MERAWAT DAN DOKTER BEDAH
TO BE FILLED IN BY THE ATTENDING DOCTOR OR SURGEON FOR SURGICAL TREATMENT

Saya menerangkan dengan sesungguhnya bahwa saya telah memeriksa penyakit/luka yang diderita pasien tersebut di bawah ini.

I do certify that I personally examined the sickness/injury sustained by patient mentioned below.

Nama Pasien / *Patient's Name*

Nomor Rekam Medik / *Medical Record Number*

Tanggal Mulai Dirawat / *Begin Date*

Tanggal Pasien Keluar Perawatan / *Discharge Date*

Keluhan Utama / *Primary Symptoms*

Keluhan Tambahan / *Other Symptoms*

Sudah berapa lama keluhan tersebut dirasakan oleh pasien? / *How long has the patient suffered from the symptoms?*

Indikasi Rawat Inap / *Indication for Hospitalization*

Tujuan Perawatan / *Physical Examination*

Observasi / *Observation*

Diagnostik / *Diagnostic*

Terapi/ *Therapeutic*

Pemeriksaan Fisik / *Physical Examination*

Diagnosa / *Diagnosis*

Terapi / *Therapy*

Kode ICD X / *ICD X Code*

Apakah pasien pernah mendapatkan perawatan sebelumnya untuk keadaan / penyakit ini ? Mohon dijelaskan.

Has the patient ever been treated for this symptoms / illness ? Please Explain.

Bila pasien rujukan, Nama dokter dan Instansi kesehatan yang merujuk adalah :

For a referred patient, please state the name and address of the referring hospital and physician :

Tindakan atau Operasi selama perawatan / *Procedures or Surgery during treatment*

Alasan memilih Jenis Tindakan diatas / *Reason to choose the above Procedures*

Apakah penyakit / kondisi diatas disebabkan atau berhubungan dengan

Are the above illness / conditions caused by or related to

Kelainan Bawaan / *Congenital Anomaly*

Kesuburan / *Fertility*

Mental Disorder / *Mental Disorder*

Gangguan Hormonal / *Hormonal Imbalance*

Kecelakaan / *Accident*

Kosmetik atau Estetika / *Cosmetics or Aesthetics*

Kehamilan / *Pregnancy, Tanggal HPTHT / The first date of last period: _____*

Jika Ya harap jelaskan / *If Yes please explain :*

Bila perawatan dikarenakan kecelakaan, mohon cantumkan / *if the treatment is due to accident please state :*

Tanggal Kecelakaan / *date of accident :*

Penyebab Kecelakaan / *cause of accident :*

Prognosis / *Prognose*

Pasien pulang dalam keadaan / *Patient's condition when discharged*

Sembuh / *Recovered*

Meninggal / *Dead*

Lainnya / *Others : _____*

Saya menyatakan bahwa seluruh informasi diatas adalah benar menurut pengetahuan dan keyakinan saya,

I Declare that the information above is true and complete to the best of my knowledge and belief.

Tempat & Tanggal / *Place & Date : _____*

Nama Jelas dan Tanda tangan Dokter

Name and signature of physician

Nama & Stempel Rumah Sakit

Name and stamp of hospital