

FORM KLAIM RAWAT JALAN



DATA PESERTA / PASIEN

Nama Peserta :
 Nama Karyawan :
 Nama Perusahaan / Pemegang Polis :
 Nomor Polis :
 Nama Asuransi Lain (Jika ada) ☐ BPJS ☐ Asuransi Lain:

PERNYATAAN PEMBERIAN KUASA DARI PESERTA / PASIEN

- Dengan ini Saya/Tertanggung memberikan kuasa kepada Dokter, rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan Saya/Tertanggung untuk memberitahukan kepada PT. Asuransi Intra ASIA atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri Saya/Tertanggung. Fotocopy/Salinan surat kuasa ini adalah sah dan mempunyai kekuatan hukum seperti aslinya
- Apabila biaya rawat jalan menimbulkan selisih (ekses klaim) oleh karena sebab apapun, maka saya wajib dan bersedia membayar selisih biaya tersebut kepada Rumah Sakit atau Asuransi

Tanda tangan dan Nama Peserta/Pasien

Diisi oleh Dokter Yang Memeriksa

Kontrol Rawat Inap: ☐ Ya ☐ Tidak

- Nama Pasien :
- Tanggal Konsultasi :
- Anamnesa :

- Pemeriksaan Fisik :

- Hasil Pemeriksaan Penunjang (jika ada) :

- Diagnosa Penyakit (sebutkan semua jika diagnosa lebih dari 1):

- Apakah Keluhan Pasien / Diagnosa saat ini berhubungan dengan :

- | | |
|--|--|
| 1. Kongenital/ Herediter (YA / TIDAK) | 6. PHS / HIV / AIDS (YA / TIDAK) |
| 2. Perawatan Gigi (YA / TIDAK) | 7. Kesuburan (YA / TIDAK) |
| 3. Penggunaan Obat-obatan tertentu | 8. Hormonal (YA / TIDAK) |
| * Psikotropika (YA / TIDAK) | 9. Gangguan Menstruasi (YA / TIDAK) |
| * Penyalahgunaan obat untuk tujuan percobaan bunuh diri (YA / TIDAK) | 10. Depresi, psikosa, psikosomatis; (YA / TIDAK) |
| * Obat menurunkan / menaikkan berat badan (YA / TIDAK) | 11. Tumbuh Kembang (YA / TIDAK) |
| 4. Kosmetik / Estetika (YA / TIDAK) | 12. Operasi Lasix (YA / TIDAK) |
| 5. Cedera akibat Hubungan Seksual (YA / TIDAK) | * Mohon lingkari salah satu jawaban dan mohon penjelasan |

- Therapy / Tindakan:

Dengan ini saya menyatakan bahwa keterangan tersebut telah saya berikan secara lengkap dan benar

Tanda tangan Dokter dan nama lengkap

Cap/Stempel Dokter / Rumah Sakit / Klinik

