

Formulir klaim ini wajib diisi lengkap dan ditandatangani oleh karyawan/peserta yang berhak, dan diterima oleh PT Avrist Assurance ("Avrist") dalam kurun 30 [tigapuluh] hari setelah tanggal perawatan/pelayanan kesehatan. Formulir klaim ini wajib diisi dengan data sebenarnya, ditandatangani oleh dokter yang merawat dan diberi cap rumah sakit/klinik. Dalam mengajukan klaim, karyawan/peserta wajib melengkapi dokumen klaim yang terdiri dari:

1. Formulir Klaim yang diisi lengkap
2. Kwitansi pembayaran asli
3. Perincian biaya
4. Salinan hasil pemeriksaan diagnostic (X-Ray, USG, CT Scan, MRI, dll) dan uji laboratorium (pemeriksaan darah, dll)
5. Salinan resep yang diberikan oleh dokter yang merawat.

Catatan: Formulir klaim dan dokumen lain yang tidak diisi lengkap dan tidak jelas mengakibatkan klaim tidak dapat diproses.

A. DIISI ASURANSI KESEHATAN KUMPULAN

Nama Perusahaan : _____ No. Polis : _____

Nama Karyawan : _____ No. Sertifikat : _____

Nama Pasien : _____ Tanggal Lahir : ____/____/____ (Tanggal/Bulan/Tahun)

Jenis Klaim : Rawat Inap Bersalin Pra/Paska Rawat Inap

Total Biaya yang Diajukan Rp _____ Mata Uang Lainnya _____

B. PERNYATAAN

Bersama ini saya, selaku pasien dari rumah sakit/klinik, memberi kuasa kepada Avrist untuk mendapatkan segala keterangan/catatan medis dari rumah sakit atau pihak lain sehubungan dengan diagnosa dan atau pelayanan medis yang diberikan kepada Saya sesuai ketentuan yang berlaku. Saya menyadari salinan Pernyataan Pemberian Kuasa dari Karyawan ini dapat berlaku sebagaimana aslinya dan tidak dapat saya batalkan oleh alasan apapun. Seluruh keterangan yang tercantum dalam Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Kumpulan ini ditulis dengan benar.

Ditandatangani di _____ Tanggal _____

Nama & Tanda Tangan Karyawan/Pasien

Catatan: Apabila pasien berusia di bawah 18 tahun atau pasien tidak dapat membubuhkan tanda tangan, maka formulir ini wajib ditandatangani oleh orangtua/wali.

FORMULIR RESUME MEDIS

A. DIISI OLEH PENUNTUT (KARYAWAN) HARAP DIISI DENGAN LENGKAP

Nama Pasien _____ No. Rekam Medis _____
 Jenis Kelamin [] Laki-laki [] Perempuan Tanggal Lahir _____
 Tanggal Perawatan _____ Tanggal Masuk _____ Tanggal Keluar _____

B. RESUME MEDIS

A. ANAMNESIS

1. Keluhan utama atau tambahan? _____
2. Sejak kapan keluhan tersebut timbul? _____
3. Adakah penyakit lain yang berhubungan dengan keluhan diatas? Jika "Ya", mohon sebutkan dan sejak kapan.

4. Apabila disebabkan oleh kecelakaan, kapan dan bagaimana kecelakaan terjadi? (tanggal/bulan/tahun)

5. Jika memerlukan rawat inap, apakah indikasi rawat inap tersebut? _____
6. Jika kondisi disebabkan karena kehamilan, sebutkan tanggal permulaan kehamilan. _____

B. PEMERIKSAAN FISIK

C. DIAGNOSA

Kode ICD X: _____

Apakah etiologi dari penyakit tersebut di atas?

Apakah diagnosa berhubungan dengan

1. Kelainan Bawaan [] Ya [] Tidak
2. Kesuburan atau Ketidaksuburan [] Ya [] Tidak
3. Kosmetika [] Ya [] Tidak
4. Penyakit Kejiwaan [] Ya [] Tidak

D. DD (DIAGNOSA BANDING)

E. JIKA MEMERLUKAN PEMERIKSAAN PA/LAB/PENUNJANG LAINNYA, APAKAH INDIKASINYA ?

F. TERAPI

G. TINDAKAN

Kode Prosedur ICD X: _____

Jika dilakukan tindakan operasi, jelaskan tindakan operasinya.

Nama & Alamat Rumah Sakit & Stempel Rumah Sakit

Nama Jelas & Tanda Tangan Dokter