

**FORMULIR KLAIM RAWAT-INAP DAN RAWAT BEDAH
HOSPITAL & SURGICAL CLAIM FORM
(REIMBURSEMENT)**

PETUNJUK / INSTRUCTION

1. Formulir ini wajib dilengkapi dan hanya berlaku untuk SATU orang pasien.
This form must be completed and for ONE patient only.
2. Formulir ini wajib ditanda-tangani oleh pasien (atau oleh orang tua/keluarga pasien)
This form must be signed by Patient (or by parent/relatives)
3. Semua KWITANSI ASLI (sedikitnya memuat nama pasien, tanggal perawatan, jumlah yang dibayar), salinan resep, hasil terperinci dari pemeriksaan laboratorium (jika ada), perincian dari semua tagihan, harus dilampirkan.
All ORIGINAL RECEIPTS (containing name of patient, date of treatment, amount paid), prescription copy, detailed laboratory tests result (if any), details of all item charged must be attached.

DIISI OLEH PESERTA / TO BE COMPLETED BY MEMBER

Nama Perusahaan / <i>Company Name</i>	Nomor Polis / <i>Policy Number</i>
Nama Pasien / <i>Patient Name</i>	No. Peserta / <i>Member No.</i>
Tanggal Mulai Dirawat / <i>Admission Date</i>	Tanggal Selesai Dirawat / <i>Discharge Date</i>
Jika perawatan ini karena kecelakaan / <i>If the treatment is caused by Accident :</i> Waktu kejadian / <i>Time</i> : Lokasi kejadian / <i>Location</i> : Kronologis kejadian / <i>Chronology</i> :	
Apakah ada pihak lain yang bertanggung jawab atas cedera yang Anda alami? Jika "Ya" jelaskan / <i>Is there any other party responsible for your injury? If "Yes", please explain :</i>	
Jika ada polis asuransi lain yang menutup asuransi atas kasus ini, harap berikan nama Perusahaan Asuransi dan nomor polisnya / <i>If there is other insurance policy covering this case, please state name of Insurance Company and the policy number :</i>	

Dengan ini saya menyatakan bahwa keterangan di atas adalah benar. Saya memberi kuasa kepada PT Lippo General Insurance Tbk untuk atas nama saya meminta segala keterangan/dokumen yang berkaitan dengan perawatan saya, termasuk data medis saya sebelumnya, dari Praktisi Medis, Rumah Sakit atau Klinik, yang pernah merawat saya, untuk digunakan dalam memproses klaim atas perawatan ini. Salinan dari Surat Pernyataan ini berlaku seperti aslinya.

I hereby certify that the above information is true. I authorize PT Lippo General Insurance Tbk to act on behalf of me to get any information/document related to treatment I ever got, including my previous medical record, from any medical practitioner, hospital or clinic by whom or where I ever been observed or treated for any reason, to be used in processing claim for this treatment. I do agree that copy of this page shall be considered original.

Tanggal / *Date*

Tanda tangan / *Signature*

LAPORAN DOKTER YANG MEMERIKSA / ATTENDING PHYSICIAN'S REPORT

Keluhan saat masuk / *Symptoms* :

Kapan pertama kali pasien berkonsultasi dengan Anda mengenai kondisinya ini? / *When did the first time patient consult you this condition?*

Kapan gejala pertama kali muncul? / *When did symptoms first appear?*

Diagnosa tegak / *Final Diagnosis* :

Etiologi dari Diagnosa Tegak / *Etiology of Final Diagnosis* :

Apakah perawatan bisa diberikan dengan rawat jalan? Jika tidak, mohon dijelaskan / *Can treatment be done on an outpatient basis? If "NO" please describe :*

Apakah diagnosa tersebut berhubungan dengan hal-hal berikut? Silahkan conteng jika berhubungan / *Is the diagnosis related to the follows? Please tick if related :*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hormonal / <i>Hormonal</i> | <input type="checkbox"/> Psikosomatis / <i>Psychosomatic</i> |
| <input type="checkbox"/> Kongenital / <i>Congenital</i> | <input type="checkbox"/> Kecelakaan lalu Lintas / <i>Traffic Accidents</i> |
| <input type="checkbox"/> Tumbuh Kembang / <i>Growth Disorder</i> | <input type="checkbox"/> Refraksi / <i>Refraction</i> |
| <input type="checkbox"/> Persalinan / <i>Maternity</i> | <input type="checkbox"/> Lainnya / <i>Others:</i> _____ |

Menurut pengetahuan Anda, apakah pasien pernah mengalami kondisi yang sama atau mirip? Jika "Ya" harap sebutkan waktunya dan jelaskan / *To the best of your knowledge, has patient ever had same or similar conditions or symptoms? If "Yes" please state when and please describe :*

Nama dan sifat prosedur operasi atau persalinan (jika ada). Jelaskan secara lengkap / *Name and nature of surgical or maternity (if any). Please describe in detail :*

Apakah jasa Perawat pribadi diperlukan ? Jika "Ya" untuk berapa hari / *Is private nurse necessary? If "Yes", for how many days :*

Dengan ini saya menyatakan jawaban-jawaban di atas lengkap dan benar / *I hereby certify that the above answers are complete and true.*

Nama & Tanda tangan / <i>Name and Signature</i> :	Alamat / <i>Address</i> :
Tanggal / <i>Date</i> :	