

**FORMULIR KLAIM RAWAT JALAN
OUTPATIENT CLAIM FORM
(REIMBURSEMENT)**

PETUNJUK / INSTRUCTION

- Formulir ini wajib dilengkapi dan hanya berlaku untuk SATU orang pasien.
This form must be completed and for ONE patient only.
- Formulir ini wajib ditanda-tangani oleh pasien (atau oleh orang tua/keluarga pasien)
This form must be signed by Patient (or by parent/relatives)
- 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>
Nama Karyawan / <i>Name of Employee</i>	No. Induk Employee / <i>ID Code of Employee</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 Utama / *Symptoms* :
- Etiologi Diagnosa / *Etiology Diagnosis*:
- Diagnosa / *Diagnosis* :
- Jenis Pemeriksaan / *Type of Treatment*
 - Fisik / *Physique* :
 - Penunjang / *Supporting Treatment* :
- Terapi atau Tindakan Pengobatan / *Therapy or Treatment Detail* :
- 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> : _____

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> :	