

INPATIENT & MATERNITY REIMBURSEMENT REQUEST FORM
FORMULIR PERMINTAAN PENGGANTIAN BIAYA RAWAT INAP & MELAHIRKAN

Date/ Tanggal	
---------------	--

Filled By Patient/ Diisi Oleh Pasien

Patient Name/ Nama Pasien : _____

Sex/ Jenis Kelamin : Male/ Laki-laki Female/ Perempuan

Age/ Umur : _____

Participant Number/ Nomor Peserta : _____

Associate Name/ Nama Karyawan : _____

Associate ID/ Nomor Induk Karyawan : _____

Work Location/ Lokasi Kerja : _____

I, as the patient, hereby authorize the doctor to disclose any information of my disease in order to fulfill the claim requirement/ Dengan ini saya selaku pasien/peserta memberikan ijin kepada dokter untuk memberikan keterangan mengenai penyakit saya sebagai syarat pengajuan klaim.

Signature Of Patient/ Tanda Tangan Pasien

Filled By Doctor/ Diisi Oleh Dokter

We hereby need your assistance to fill out this formulir to fulfill the claim requirement. Thank you for your assistance and cooperation./
 Dengan ini kami memohon kesediaan Teman Sejawat untuk dapat mengisi formulir ini sebagai syarat pengajuan klaim. Terima kasih atas bantuan dan kerjasamanya.

Name of Hospital/ Clinic : _____
 Nama Rumah Sakit/ Klinik

Address/ Alamat : _____

Inpatient Date/ Tanggal Rawat Inap : (Date/ Tanggal) To/ Sampai (Date/ Tanggal) _____

Main Symptom/ Keluhan Utama : _____

Other Symptoms/ Keluhan Lainnya : _____

Disease History/ Perjalanan Penyakit : _____

Disorder Found/ Kelainan Yang Ditemukan

a. Physical/ Fisik : _____

b. Laboratory/ Laboratorium : _____

c. Others/ Lainnya : _____

Therapy/ Terapi : _____

Prognosis & Suggestion/ Prognosa & Anjuran : _____

Diagnosis/ Diagnosa : _____

Room Rate/ Harga Kamar : Rp. _____

Diagnosis Category/ Kategori Diagnosa :

Congenital Anomaly/ Kelainan Bawaan

Growth Disorder/ Gangguan Tumbuh Kembang

Hormonal/ Menstruation/ Fertility Disorder/ Gangguan Hormonal/ Menstruasi/ Kesuburan

Sexually Transmitted Disease/ Penyakit Menular Seksual

Maternity/ Melahirkan

Psychiatric/ Kejiwaan

Signature & Stamp Of Doctor/
Tanda Tangan & Stempel Dokter

Checklist Of Supporting Documents/ Daftar Periksa Dokumen Pendukung

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Original Receipt Of Doctor/ Kuitansi Asli Dari Dokter | <input type="checkbox"/> Copy Of Prescription/ Salinan Resep Obat | <input type="checkbox"/> Copy Of Supporting Examination Result/ Salinan Hasil Pemeriksaan Penunjang |
| <input type="checkbox"/> Original Receipt Of Pharmacy/ Kuitansi Asli Dari Apotik | <input type="checkbox"/> Original Receipt Of Laboratory/ Kuitansi Asli Dari Laboratorium | <input type="checkbox"/> Copy Of Reference Letter For Supporting Examination/ Salinan Surat Pengantar Untuk Pemeriksaan Penunjang |