

Formulir Klaim (REIMBURSEMENT)

IDENTITAS PASIEN

1 Nama Pasien				Tanggal Lahir :			
				hari	bulan	tahun	
2 Nama Perusahaan				Telepon:			
3 Alamat Rumah				Telepon:			
4 Email				Hp:			
5 Nomor Anggota Pasien				Jumlah Tagihan:			
6 Nama Bank	Cabang:			No. Rekening:			
7 Nama Pemilik Rekening							
8 Apakah Anda berhak mengajukan Klaim ini kepada pihak asuransi lain?	<input type="checkbox"/>	Tidak,	<input type="checkbox"/>	Ya, sebutkan Nama Asuransi tsb.			

KETERANGAN KONSULTASI PASIEN

9 Nama Klinik / Rumah Sakit				Tanggal Pelayanan:			
				hari	bulan	tahun	
10 Tanggal Masuk RS				Pukul:		Tanggal Keluar:	
	hari	bulan	tahun			hari	bulan
						tahun	Pukul:
11 Nama Dokter				Umum,	<input type="checkbox"/>	Spesialis,sebutkan	
12 Diagnosis							
13 Apakah Anda mendapat perawatan dengan kondisi / diagnosis yang sama dalam 3 bulan terakhir?				<input type="checkbox"/>	Ya,	<input type="checkbox"/>	Tidak.
14 Apakah ini termasuk kecelakaan kerja?	<input type="checkbox"/>	Ya,	<input type="checkbox"/>	Tidak	Jika Ya, harap jelaskan:		
15 Apakah pelayanan ini merupakan perawatan sebelum rawat inap?				<input type="checkbox"/>	Ya,	<input type="checkbox"/>	Tidak
Perkiraan tanggal masuk:				Nama Rumah sakit yang akan digunakan:			
	hari	bulan	tahun				
16 Apakah pelayanan ini berkaitan dengan perawatan sesudah rawat inap?				<input type="checkbox"/>	Ya,	<input type="checkbox"/>	Tidak.
Tanggal Masuk Rs				Tanggal Keluar:			
	hari	bulan	tahun		hari	bulan	tahun
							Nama Rumah Sakit:
Uraian perawatan / pengobatan:							
(jika ya, harap lampirkan surat lepas rawat dari dokter atau rumah sakit)							

PENTING BAGI PEMBAYARAN KLAIM !

17 Untuk mempercepat pembayaran klaim Anda, harap pastikan:

<input checked="" type="checkbox"/> Formulir Klaim ini diisi dengan lengkap	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap tagihan yang tidak mencantumkan rincian nama obat, rincian tes laboratorium dan lain-lain, tidak akan dibayar
<input checked="" type="checkbox"/> Pernyataan di bawah ini ditandatangani dan diberi tanggal	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap tagihan yang tidak sesuai dengan perawatan/resep dari Dokter yang merawat, tidak akan dibayar. Pastikan Anda melampirkan surat-suat asli dari Dokter Anda.
<input checked="" type="checkbox"/> Diagnosa dan penyebabnya telah disebutkan	
<input checked="" type="checkbox"/> Klaim Rawat Inap dan Rawat Bedah menggunakan formulir klaim yang lain	<i>Ini akan membantu klaim Anda dibayar secepatnya.</i>

PERNYATAAN PEMBERIAN KUASA

18 Saya dengan ini memberi kuasa kepada WanaArtha Health Care untuk mendapatkan data medis maupun riwayat kesehatan saya dari Provider/Rumah sakit/Klinik/Dokter sejauh diperlukan untuk menilai klaim ini. Saya juga memberi kuasa kepada WanaArtha Health Care untuk menginformasikan rincian klaim perawatan kepada perusahaan tempat saya bekerja, jika perawatan yang saya terima merupakan bagian dari manfaat Program Kesehatan Karyawan; dan kepada perusahaan asuransi, jika klaim ini termasuk manfaat yang dijamin dalam polis asuransi.

19 Bersedia membayar eksekusi klaim

Tanda Tangan Pasien (atau orang tua bila pasien di bawah usia 17 tahun)

Tanggal

hari	bulan	tahun

Tanda Tangan Dokter yang Merawat

(bubuhi Stempel RS / Klinik)