

Formulir Klaim Rawat Jalan (Reimburse)

Di isi oleh pasien

1. Nama Lengkap Pasien :

2. Tanggal Lahir (dd/mm/yyyy)

3. Nama Rumah Sakit/Klinik:

4. Jenis Pengobatan: Rawat Jalan Gigi Melahirkan Optic

Tanggal Berobat (dd/mm/yyyy)

Tanggal/Bulan/Tahun Tandatangan Tertanggung/Peserta/Perwalian Keluarga Inti

Saya/Kami dengan ini memberikan kuasa dan wewenang kepada PT Sehat Semar Sakti (WorkFit) untuk meminta kepada dan/atau mendapatkan setiap dan segala catatan riwayat kesehatan, Penyakit, perawatan atau informasi lain mengenai diri Tertanggung/Peserta ("Informasi") dari Dokter/Paramedis/ Petugas Administrasi Rumah Sakit/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas and/atau Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, instansi/lembaga atau pihak lain ("Pemberi Informasi") yang mempunyai Informasi untuk keperluan pengajuan pemrosesan klaim, investigasi, administrasi polis, analisa data dan/atau penyediaan layanan nasabah ("Tujuan"). Saya/Kami memberikan kuasa dan wewenang kepada setiap Pemberi Informasi yang mempunyai Informasi untuk memberikan Informasi kepada PT Sehat Semar Sakti (WorkFit) dalam rangka Tujuan. Pemberian kuasa ini tidak dapat ditarik kembali atau dibatalkan termasuk karena sebab-sebab yang disebutkan dalam Pasal 1813, Pasal 1814 dan Pasal 1816 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata Indonesia. Salinan/fotokopi dari kuasa ini memiliki kekuatan hukum yang sama dan mengikat sesuai dengan aslinya. Saya/Kami dengan ini menyatakan bahwa segala dokumen kelengkapan untuk persyaratan klaim menjadi hak PT Sehat Semar Sakti (WorkFit) sejak diserahkan kepada PT Sehat Semar Sakti (WorkFit) untuk pengajuan klaim ini.

Di isi oleh dokter

Kepada Dokter Yth,

Untuk memproses klaim nasabah kami, mohon untuk mengisi bagian dibawah ini. Terima kasih

5. Anamnesis

6. Adakah penyakit/keluhan lain yang berhubungan dengan kondisi sekarang? Jika ya, mohon sebutkan dan sejak kapan

7. Dari informasi yang di terima pernahkan pasien mengalami kondisi yang sama sebelum tanggal pengobatan tanggal tersebut? Jika ya, mohon sebutkan(dd/mm/yy)

8. Pemeriksaan fisik:

9. Pemeriksaan penunjang:

10. Untuk perawatan gigi, sebutkan wilayah dan jumlah gigi:

11. Diagnosis/Suspek Diagnosis: ICD 10:

12. Diagnosis lainnya: ICD 10:

13. Therapy:

14. Apakah penyakit ini berhubungan dengan:

Kosmetik Kesuburan Bawaan
 Psikis/psikosomatis HIV/AIDS Penyalahgunaan obat/alkohol
 Percobaan bunuh diri/ Lainnya, sebutkan Penyakit menular seksual buatan sendiri

Saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Saya telah memeriksa Penyakit/luka yang diderita oleh pasien tersebut di bawah ini. Saya menyatakan bahwa seluruh informasi di atas adalah benar menurut pengetahuan dan keyakinan Saya.

Nama Dokter:

Lisensi Dokter(SIP):

