

FORMULIR KLAIM

Jangan menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong

Mohon mengisi dengan lengkap dengan menggunakan tinta hitam, huruf cetak, jelas dan memberikan tanda X pada kotak jawaban yang sesuai

PRODUK ASURANSI : Mandiri Inhealth Critical Protection Mandiri Inhealth Hospital Cash Plan
 Mandiri Inhealth Accident Protection Lainnya _____

Nama Pasien :

Tanggal lahir (tgl/bln/thn) : - -

Jenis kelamin : Laki-laki Perempuan

No Rekam Medik :

Tanggal perawatan (tgl/bln/thn) : - - sampai dengan : - -

Anamnesa; riwayat penyakit :

Tanggal gejala atau keluhan pertama kali diketahui pasien (tgl/bln/thn)

- -

Tanggal pertama kali konsultasi untuk sakit tersebut (tgl/bln/thn)

- -

Nama Dokter yang memberikan diagnosa:

Alamat Dokter dan/atau Rumah Sakit :

Jenis dan hasil pemeriksaan fisik (lab, rontgen, CT scan, hasil PA, dan lain-lain) :

Jenis dan hasil pemeriksaan fisik (lab, rontgen, CT scan, hasil PA, dan lain-lain) :

Diagnosis :

Tanggal pertama kali diagnosis ditetapkan (tgl/bln/thn)

- -

Terapi Medis :

Mohon diuraikan hal-hal yang menyebabkan penyakit pasien :

APABILA DILAKUKAN PEMBEDAHAN

Jenis>Nama Pembedahan : _____

Tanggal Pembedahan (tgl/bln/thn) : - -

Nama Dokter Bedah : _____

Nama Rumah Sakit : _____

Adakah penyakit penyerta? : Ya Tidak

Sejak kapan terdiagnosa (tgl/bln/thn) : - -

Apakah sebelumnya Anda pernah menderita atau mendapat perawatan untuk penyakit yang sama ? Ya Tidak

Jika "Ya", Kapan (tgl/bln/thn) : - -

Nama Dokter yang memeriksa : _____

Alamat Dokter / Rumah Sakit : _____

Apakah kondisi tersebut disebabkan atau ada kaitannya dengan kondisi yang disebutkan berikut ini:

- a. Pengaruh obat-obatan terlarang atau alkohol? Ya Tidak
- b. HIV/PHS (*Sexual Transmitted Diseases*)/AIDS? Ya Tidak
- c. Psikiatri dan gangguan kejiwaan? Ya Tidak
- d. Cacat, kelainan bawaan, dan *herediter*? Ya Tidak
- e. Bunuh diri, ketidakwarasan, atau melukai diri sendiri? Ya Tidak
- f. Kehamilan, melahirkan, dan komplikasi? Ya Tidak
- g. Kecelakaan? Ya Tidak

Jika Ya, mohon untuk memberikan kronologis kecelakaan tersebut:

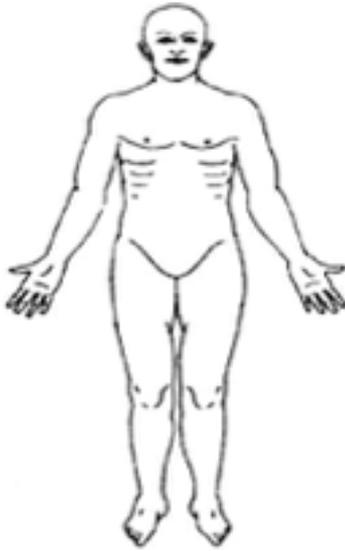
Apabila akibat Kecelakaan

Tempat Kecelakaan : _____

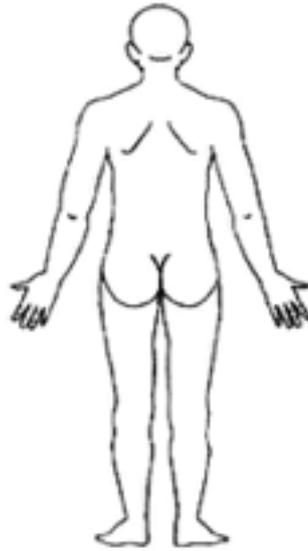
Tanggal dan Waktu Kecelakaan : - - Jam : _____

Penyebab Kecelakaan : _____

Status Lokalis : _____



Tampak Depan
Front View



Tampak Belakang
Back View



Wajah
Face

Saya sebagai dokter yang merawat/menangani pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan di atas dengan LENGKAP dan BENAR sesuai dengan keadaan dan keilmuan yang berlaku. Saya bertanggung-jawab atas seluruh jawaban yang ada dan bersedia bertanggung-jawab apabila terjadi sengketa dikarenakan jawaban saya tersebut.

Ditandatangani di :

Tanggal : - -

Nama Dokter :

Alamat :

Dokter yang merawat,

(Tanda tangan dokter dan stempel rumah sakit)

Catatan :

Seluruh jawaban dan pernyataan dalam Formulir ini dapat diajukan oleh Perusahaan kepada IDI (Ikatan Dokter Indonesia), MKDKI (Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia) & MKEK (Majelis Kehormatan Etik Kedokteran) dalam rangka Audit Medik sesuai UU Praktik Kedokteran Pasal 44, Pasal 49 dan Pasal 74