

FORMULIR KLAIM RAWAT JALAN
(Formulir Klaim sebelum dan sesudah Rawat Inap)
Lampirkan Kwitansi Asli!

Formulir ini Harus diisi oleh dokter yang memeriksa dan Cap RS / Klinik

Tanggal : _____
Nama Pasien : _____
Nomor Peserta : _____
Umur : _____

A. ANAMNESISA

Keluhan Pasien : _____
Kapan Mulai dirasakan : _____

B. PEMERIKSAAN FISIK

C. PEM. PENUNJANG

D. DIAGNOSA

Apakah pasien pernah dirawat inap dengan diagnosa tersebut? Jika ya, dari tanggal _____ s/d _____

Apakah diagnosa penyakit tersebut berhubungan dengan :

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| • Kelainan Bawaan / Turunan | : <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| • Kesuburan | : <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| • Kehamilan | : <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| • Kelelahan Mental | : <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |

Jika pengobatan dikarenakan kecelakaan, kapan terjadinya dan bagian tubuh mana yang membutuhkan pengobatan / perawatan ?

E. TINDAKAN (Untuk pencabutan gigi, sebutkan gigi keberapa)

F. TERAPI : (Salinan resep dibalik kertas ini)
Resep diberikan : Ya Tidak
Rujukan ke :

Dokter
RS / Klinik
Alamat

Tanda Tangan Dokter / Cap RS / Cap Klinik

SALINAN RESEP DOKTER

Saya telah menerima perawatan / pengobatan tersebut di atas dan bersedia menanggung semua biaya yang tidak dijamin dalam manfaat Kesehatan yang menjadi hak saya. Saya memberi Kuasa penuh kepada PT. Arthagraha General Insurance untuk mendapatkan semua informasi medis dari Pemberi Pelayanan Kesehatan yang dibutuhkan dalam proses pembayaran klaim yang sesuai dengan manfaat kesehatan yang menjadi hak saya.

Nama Lengkap :

No Tlp / Hand Phone :

Transfer Bank :

Nama Bank :

Cabang :

A/C. No :

A/N :

.....

Tanda Tangan Peserta