

FORMULIR KLAIM

CASHLESS* REIMBURSEMENT* *(Pilih sesuai kebutuhan)

1 DATA PESERTA

Nama Karyawan : Nama Pasien : Tanggal Lahir : Jenis Kelamin: Pria Wanita
 No. Peserta : Nama Perusahaan :
 Status pasien : Pegawai Suami/Istri Anak

2 INFORMASI PEMBERI PELAYANAN KESEHATAN

Rumah Sakit/ Klinik : Ruang Kelas : Jenis Kelamin: Pria Wanita
 Dr. :
 Tanggal Masuk : Tanggal Keluar :
 Jenis Pelayanan Medis : Rawat Jalan; [] Dr. Umum [] Dr. Spesialis [] Dr. Gigi [] Kacamata
 Rawat Inap [] Sebelum dan Sesudah Rawat Inap

RESUME MEDIS

1. Anamnesa

a) Keluhan Utama

.....

b) Keluhan Tambahan

.....

c) Sejak Kapan Peserta Mengalami Keluhan Tersebut

.....

d) Riwayat Penyakit yang Diderita

.....

2. Pemeriksaan Fisik

.....

a) Tanda Vital :

Kesadaran: CM/Delirium/Stupor/Coma*) GCS:.....
 Tekanan Darah : Pernapasan :
 Suhu Tubuh : Nadi :

b) Pemeriksaan Gigi

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V						
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V						

3. Diagnosa Kerja

.....

4. Diagnosa Tambahan (jika ada)

.....

a) Pengobatan/Tindakan

.....

b) Pembedahan (Jika ada)

Jenis Pembedahan

c) Lainnya

.....

5. Hasil Lab / Diagnostik

.....

6. Terapi dan Tindakan

.....

7. Anjuran atau Saran Pengobatan Selanjutnya

.....

8. Diagnosa Medis Berhubungan dengan (beri tanda [v])

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan | <input type="checkbox"/> Kesuburan |
| <input type="checkbox"/> Keturunan | <input type="checkbox"/> PHS |
| <input type="checkbox"/> Kosmetik | <input type="checkbox"/> Kecelakaan Kerja/KKL |
| <input type="checkbox"/> Psikis/Psikomatis | <input type="checkbox"/> Lainnya :
(sebutkan) |

3 PERNYATAAN PESERTA

Dengan ini Saya memberi kuasa kepada Jasindo Healthcare (JAHe) untuk mendapatkan dan menyimpan segala keterangan/catatan medis (diagnosa, hasil pemeriksaan laboratorium & penunjang medis, perincian biaya, dll) dari klinik/Rumah Sakit atau pihak lain yang memberikan pelayanan medis kepada Saya sesuai ketentuan yang berlaku. Saya menyetujui bahwa biaya-biaya yang timbul sehubungan pelayanan kesehatan yang Saya terima akan diperhitungkan kemudian oleh Jasindo Health Care (JAHe) dimana dalam hal ini Saya akan bertanggung jawab atas biaya pelayanan dan/atau perlengkapan kesehatan yang tidak disantun dan/atau biaya yang melebihi batas santunan serta Saya tunduk pada ketentuan peraturan yang berlaku sehubungan dengan timbulnya biaya tersebut.

Tanda Tangan Pasien

....., 20.....