

## Formulir Pernyataan Klaim Rawat Inap & Pembedahan

- Petunjuk-petunjuk**
1. Formulir pernyataan klaim manfaat rawat inap, rawat inap dengan pembedahan dan persalinan ini harus diisi dengan lengkap dan benar oleh Tertanggung/ Pemegang Polis dan dokter yang merawat.
  2. Permintaan untuk pembayaran manfaat harus diajukan kepada PT. Asuransi Mitra Maparya selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari setelah Peserta/ Tertanggung lepas dari perawatan rawat inap, rawat inap dengan pembedahan atau persalinan. Di luar dari jangka waktu tersebut klaim dinyatakan tidak berlaku lagi.
  3. Dalam mengajukan klaim, Peserta wajib melengkapi bukti-bukti dokumen klaim dan ketentuan lainnya sebagai berikut :
    - 3.1. Kwitansi/ bukti pembayaran asli beserta rincian biaya selama perawatan rawat inap di Rumah Sakit.
    - 3.2. Resume Medis.
    - 3.3. Surat Rujukan Dokter untuk Rawat Inap.
    - 3.4. Rincian penggunaan obat selama dirawat beserta biayanya.
    - 3.5. Rincian pemeriksaan penunjang medis dan hasilnya beserta biayanya.
    - 3.6. Nama yang tertera di kwitansi pengobatan dan surat pengantar dokter harus sesuai dengan yang tercantum di Polis
    - 3.7. Melampirkan materai Rp 6.000,- untuk kuitansi pengobatan dengan nilai diatas Rp. 1.000.000,-
    - 3.8. Formulir pernyataan klaim ini harus dibubuhi cap dan stempel dokter dan rumah sakit/ klinik serta ditandatangani dokter yang merawat
  4. Klaim akan ditunda prosesnya apabila Peserta/ Tertanggung tidak/ belum memenuhi prosedur bukti-bukti kelengkapan dokumen pengajuan klaim
  5. Klaim tidak dapat dibayar untuk keadaan-keadaan yang dikecualikan seperti yang tercantum dalam ketentuan Polis

<b>Diisi oleh Tertanggung atau Karyawan</b>	Nama Pemegang Polis	Nomor Polis	
	.	.	
	Nama Karyawan	Nomor Peserta Asuransi	
	.	.	
	Nama Tertanggung/ Pasien	Hubungan dengan karyawan	
	.	.	
	Tanggal Lahir	Jenis Kelamin	
	.	( ) Pria ( ) Wanita	
	Pekerjaan	Jabatan	
	.	.	
	Apakah Tertanggung/ Pasien pernah mendapatkan perawatan sebelumnya untuk keadaan/ penyakit ini ?	( ) Ya ( ) Tidak	
	Nama dokter dan RS/ Klinik yang merawat	Alamat dokter yang merawat	
	.	.	
Apakah selain pertanggungans asuransi kesehatan dari PT. Asuransi Mitra Maparya, memiliki pertanggungans asuransi kesehatan yang lain ?	( ) Ya ( ) Tidak		
Nama perusahaan asuransi	Nomor polis & nomor peserta		
.	.		

**Pernyataan Tertanggung dan pemberian kuasa** Saya, Tertanggung/ Pasien/ Karyawan dengan ini menyatakan bahwa keterangan tersebut di atas adalah lengkap dan benar. Dan saya dengan ini memberi kuasa kepada dokter spesialis, dokter umum, rumah sakit atau klinik dengan siapa saya diperiksa atau dirawat, untuk memberikan keterangan dengan lengkap dan benar mengenai keadaan penyakit saya beserta pengobatan dan tindakan yang diberikan selama perawatan, termasuk data medis terdahulu kepada PT. Asuransi Mitra Maparya.

<b>Tanda tangan</b>	Tempat dan tanggal		
	.		
	Tanda tangan Pemegang Polis	Tanda tangan Karyawan	Tanda tangan Tertanggung/ Pasien (jika berusia 18 tahun atau lebih)
.	.	.	.



<b>Diisi oleh dokter yang merawat</b>	<b>Keterangan Umum</b>			
	Nama Pasien	Umur	Jenis Kelamin ( ) Pria ( ) Wanita	
	.	.		
	Nama dokter yang merawat	No telepon & No Fax	Alamat rumah sakit/ klinik	
	.	.	.	
	<b>Anamnesa</b>			
	.			
	.			
	<b>Diagnosa penyakit</b>			
	.			
	<b>Indikasi medis rawat inap/ tindakan pembedahan</b>			
	atas indikasi medis apakah sehingga rawat inap atas Pasien tersebut dibutuhkan/ diperlukan ?			
	.			
	<b>Pemeriksaan patologi (jika terdapat pemeriksaan tsb)</b>			
	atas indikasi medis/ sebab apakah sehingga pemeriksaan patologi untuk diagnosa tsb di atas dilakukan ?			
	.			
	Apakah diagnosa penyakit tersebut di atas termasuk dalam kategori penyakit bawaan/ congenital ? ( ) Ya ( ) Tidak			
	Apakah diagnosa penyakit tersebut di atas termasuk dalam kategori penyakit kelainan genetik/ herediter ? ( ) Ya ( ) Tidak			
	Apakah diagnosa penyakit tersebut di atas berhubungan dengan psikosomatis ? ( ) Ya ( ) Tidak			
	Apakah Pasien pernah mendapatkan perawatan sebelumnya untuk keadaan/ penyakit tersebut di atas ? ( ) Ya ( ) Tidak			
	Apabila Ya, perawatan apa yang diberikan dan kapan ?			
	.			
	<b>Keterangan perawatan/ tindakan selama di rumah sakit/ klinik</b>			
	Mohon penjelasan pengobatan/ tindakan selama perawatan			
	.			
	.			
	Jika dilakukan pembedahan, sebutkan jenis pembedahannya			
	.			
	Perawatan lainnya yang diberikan selama dirawat di rumah sakit/ klinik			
	.			
	<b>Periode perawatan di rumah sakit</b>			
	Tanggal masuk	Jam masuk		
	.	.		
	Tanggal keluar	Jam keluar		
	.	.		
<b>Pernyataan dokter</b>	Saya, dokter yang merawat, dengan ini menyatakan bahwa keterangan tersebut di atas adalah lengkap dan benar			
<b>Tanda tangan</b>	Tempat	Tanggal		
	.	.		
	Nama dokter	Tanda tangan & Stempel dokter/ rumah sakit/ klinik		
	.	.		