FORMULIR KLAIM





(Semua Bagian harus diisi dengan lengkap / All sections must be completed)

Please send all claims and enquiries to: PT. International Services Pacific Cross Chase Plaza Tower 19th Floor Jl. Jend. Sudirman Kav. 21 Jakarta 12920. Indonesia t. (+62.21) 2598 9878 f. (+62.21) 2598 9879

| www.pacificcross.co.id | 102.21, 2000 0070 11 (102.21) | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A. BAGIAN TERKAIT DENGAN | PASIEN / PARTICL | JLARS OF THE PATIENT |
| Nama Pasien / Name of Patient | • | |
| Tanggal Lahir / Date of Birth (DD/MM/Y) | · : | Jenis Kelamin / Sex : |
| Nama Pemegang Polis / Name of the Poli | | |
| No. Polis / Policy No. | | No. Peserta / Member No. : |
| | | ng pemegang polis, dengan detail sebagai berikut red to account of the policy holder, with details |
| - Nama Bank / Name of Bank : | | - Cabang / Branch : |
| - No. Rekening / Account Number : | | - Mata Uang / Currency : |
| - Nama Pemilik Rekening / Name of Acco | unt Holder : | |
| B. PERNYATAAN DARI PASIEN (Diisi oleh orangtua jika pasien adalah a Jika diakibatkan oleh sebuah kecelaka | anak / by parent if patient an / If as a result of an a | t is a minor) accident |
| a. Kapan kecelakaan terjadi / When did th | | |
| b. Berikan gambaran singkat mengenai ke | jadian kecelakaan / <i>Give a</i> | a brief description of the circumstances : |
| 2 | | |
| \$ - | | |
| £ | | |
| | 1 1///-:-/ | |
| c. Bagian tubuh mana yang mengalami cid | lera / Which part(s) of th | ne body was injured ? |
| | | |
| | :1 / // oc o woould of ou il | |
| Jika disebabkan karena sebuah penyak | | |
| Kapan keluhan atas penyakit tersebut timb | oul / Vvnen did the sympt | com first appear (DD/IVIIVI/YY) ? |
| O OTODICACI O DEIZI ADACI / | ALITHODIZATION | O DEOLADATIONI |
| C. OTORISASI & DEKLARASI / | | & DECLARATION t atau dokter atau pihak ketiga yang telah saya datangi, untuk memberikan kepada |
| PT. Internasional Services Pacific Cross (ataidan meminta semua informasi yang terkait d | u yang mewakilinya) dan n engan setiap penyakit atau n medis dan catatan dari ir | nengizinkan PT. Internasional Services Pacific Cross (atau yang mewakilinya) untuk meninjau u kecelakaan, setiap riwayat medis, setiap konsultasi, resep- resep atau perawatan-perawatan nstansi pemerintah atas laporan kecelakaan atau penyakit yang diajukan. Saya setuju bahwa |
| | • | |
| Saya menyatakan bahwa setiap pernyataan | pada formulir ini adalah b | Denar dan tepat. |
| Saya memahami bahwa jika saya tidak mer | nberikan informasi yang d | liminta dalam formulir ini, dapat menyebabkan klaim ini tidak dapat diterima atau diproses. |
| and permit said insurance company (or its consultations, prescriptions, or treatmen | representative) to review ts, copies of all hospital | s attended me to furnish to PT. International Services Pacific Cross (or its representative) any and all information requested with respect to any illness or accident, medical history or medical records and the records of any governmental agency with which a report of copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original. |
| I hereby declare to the best of my knowle | edge and belief that the p | particulars stated on this form to be true and correct. |
| Lunderstand that if I fail to provide any in | oformation requested in t | this form, it may result in the inability of the Company to accept or process this claim. |
| r arraorotaira triat ir rair to provido arry m | TOTTIMETOTT TOGATOGEOG TITE | The form, it may recall in the maching of the company to accept of process time claim. |
| Tempat dan tanggal / Place and Da | te | Tanda tangan pasien (atau orang tua jika pasien adalah anak-anak) |
| D.I | | Signature of Patient (or parent if a minor) |
| Dokumen harus diajukan dengan / Docume Formulir Klaim yang telah dilengkapi / C Kwitansi Asli / Original payment receip Rincian biaya / Breakdown of charges | Completed claim form ot | With: Salinan Resep / Copy of prescription Salinan hasil pemeriksaan diagnostik (Laboratorium, Radiologi, Patologi, dll) Copy of diagnostic test result (laboratory, radiology, pathology, etc.) |

D. KETERANGAN DOKTER / ATTENDING PHYSICIAN'S REPORT

| 1. Anamnesa / Anamnesis | | ellence at every contact |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------|
| a. Apa keluhan utama dan keluhan tambahan saat itu / What was the main complaint and | | |
| a. Apa Rolandii atama dan Rolandii tambanan saat ita 7 vviiat vvas trio mam complaint and | or other complaint(5) / Symptom(c | <i>o) : .</i> |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| b. Kapan pertama kali keluhan tersebut timbul / When did the complaint / symptom first a | appear ? (DD/MM/YY) : | |
| | | |
| c. Kapan pertama kali pasien konsultasi kepada anda atas keluhan tersebut? / When did patie | nt firet concult to you on this condit | ion 2 (DD/MM/VV) · |
| 6. Napan penama kan pasien konsulasi kepada anda alas keluhan leisebut ? 7 7711611 did paliei | it ilist collsuit to you on this conditi | IOIT: (DD/IVIIVI/TT). |
| | | |
| d. Menurut anda, apakah pasien pernah mengalami kondisi yang sama sebelumnya ? jika Ya | ı, mohon dijelaskan tanggal dan detil | informasinya |
| According to you, has the patient been in the same condition before? If Yes, please g | ive dates and details : | |
| | | |
| | | <u></u> |
| | | |
| | | |
| | | |
| e. Sepanjang pengetahuan Anda, apakah pasien pernah melakukan pemeriksaan sebelumny | ıa ke doktor lain untuk keluhan-kelul | han ini 2 |
| | | |
| Jika Ya, mohon diberikan nama dan alamat dokter tersebut / To your knowledge, had patier | t previously consulted any other do | ctors for these symptoms? |
| If Yes, please give names and address of the doctors : | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| f. Apakah ada penyakit lain yang berhubungan dengan kondisi saat ini ? Jika Ya, mohon dise | butkan nama penyakit dan sejak kaj | pan penyakit tersebut timbul |
| Is there any disease(s) that related to the current condition? If Yes, please state the disease | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 2. Hasil Pemeriksaan Fisik / Physical Examination Result: | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 2 Haail Damarikaaan lainnya / Taa Diamaatik /Laharatarium Dadialari Datalari dil\ | | |
| 3. Hasil Pemeriksaan lainnya / Tes Diagnostik (Laboratorium, Radiologi, Patologi dll) | | |
| Other Examinations / Diagnostic Tests Result (Laboratory, Radiology, Pathology, etc.) : | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 4. Diagnosa / Diagnosis | | |
| | a it made 2. | |
| a. Apa diagnosa perawatan dan kapan ditegakkan / What was the diagnosis and when was | il made?. | |
| | | |
| | | |
| | | |
| b. Apa yang menyebabkan kondisi ini / What was the underlying cause of this condition? | | |
| | | |
| | | |
| | | -9 |
| c. Apakah kondisi tersebut disebabkan atau berhubungan dengan kondisi-kondisi seperti ya | ng dicantumkan dibawah ini | |
| Was the condition caused by or in anyway associated with conditions mentioned bel | ow: | |
| i. Pengaruh dari Obat-obatan terlarang atau Alkohol / The influence of drugs or alcoh | | Tidak / No |
| | | |
| ii. HIV / AIDS? | Ya / Yes 🗌 | Tidak / No |
| iii. Penyakit kelamin / Venereal disease? | Ya / Yes | Tidak / No |
| iv. Infertilitas atau sterilisasi / Infertility or sterilization? | Ya / Yes | Tidak / No |
| v. Kosmetik atau operasi plastik / Cosmetic or plastic surgery? | Ya / Yes | Tidak / No |
| vi. Gangguan mental dan kejiwaan / <i>Psychiatric and mental disorder?</i> | Ya / Yes | Tidak / No |
| vii. Cacat atau kelainan bawaan / Congenital deformities or anomalies? | Ya / Yes | Tidak / No |
| | 1a / 165 | IIUak / /VU |
| viii. Bunuh diri, kegilaan atau cedera yang diakibatkan perbuatan sendiri | | |
| Suicide, insanity or self-inflicted injury? | Ya / Yes | Tidak / No 🔝 |
| | | |

| | | PACIFIC CPOSS |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------|
| | Ya / Yes | excellence at every contact Tidak / No |
| Jika Ya, mohon disebutkan tanggal kejadian / If Yes, state the date of the accident occur: | Ya / Yes | Tidak / No |
| ii. Penyakit atau cedera akibat pekerjaan pasien / Sickness or injury due to patient's employment iii. Kehamilan / Pregnancy | Ya / Yes \ | Tidak / No |
| Jika Ya, mohon disebutkan perkiraan tanggal dimulainya kehamilan / If Yes, state approximate date | | |
| 5. Terapi / Pengobatan yang diberikan / Therapy / Treatment given : | | |
| | | |
| 6. Prosedur Medis / Pembedahan (jika ada) / <i>Medical Procedure / Surgery (if any)</i> | | |
| a. Nama atau tipe prosedur / Name or type of the procedure : b. Tipe Anestesi / Type of anesthesia : | | |
| c. Tanggal Prosedur / Date of the procedure : | | |
| 7. Apakah memungkinkan perawatan ini dilakukan dengan rawat jalan? Is it possible to provide this treatment on a outpatient basis? | | |
| | | |
| | | |
| 8. Rawat Inap / Hospitalization | | |
| a. Jika Rawat Inap diperlukan, mohon jelaskan indikasi medisnya / If hospitalization is needed, please | state the medical | indication : |
| | | |
| | | |
| b. Kapan rawat inap tersebut dilakukan / When was the period of hospitalization? | | |
| Tanggal Masuk / Admission date (DD/MM/YY) : Tanggal Keluar / Discharg c. Laporan Ringkasan perawatan / Discharge summary report : | e date (DD/MM/) | (Y): |
| C. Laporan hingkasan perawatan / Discharge summary report . | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Sebagai dokter yang menangani perawatan atas pasien tersebut di atas, saya dengan ini menyatakan bahw | ua cava tolah mom | haca dan menjawah nertanyaan |
| pertanyaan dalam formulir ini dengan jelas dan benar. | va saya telali illelli | ibaca dan menjawab penanyaan |
| As the attending physician handling the care of the above mentioned patient, I hereby state that I hav | e read and answe | ered the questions in this form |
| clearly and correctly. Name Dektor / Name of attending physician | | |
| Nama Dokter / Name of attending physician : Alamat Rumah sakit / Klinik / Address / Hospital / Clinic : | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Tempat dan Tanggal / Place and date Tanda tangan Dokter dengan Stempel / 6 | Signature of atten | nding physician with stamp |