



FORMULIR KLAIM RAWAT JALAN/RAWAT INAP

REIMBURSEMENT / DI LUAR PROVIDER

PETUNJUK-PETUNJUK

1. Formulir klaim ini harus diisikan untuk klaim rawat jalan tingkat I dan II yang berlaku untuk satu orang pasien saja
2. Semua kwitansi asli harus dilampirkan dan formulir ini disertai diagnose dokter dan dokumen sbb. (copy resep, copy hasil pemeriksaan)
3. Klaim akan dibayarkan sesuai ketentuan yang berlaku, (hanya berlaku untuk kasus emergency, berobat diluar kota)

INFORMASI PASIEN

- Nama Perusahaan :
- Nama Pasien :
- Nomor Kartu :
- Jenis Kelamin Perempuan
 Laki-laki

PELAYANAN MEDIS

- Rawat Jalan Temperatur : °C Tekanan Darah : mm/Hg
Dokter Umum Dokter Gigi Dokter Spesialis

TANGGAL PELAYANAN (Tgl/bulan/tahun)

Tanggal Berobat :/...../.....

DIAGNOSA (Diisi oleh Dokter)

:

KELUHAN UTAMA DAN TAMBAHAN (Diisi oleh Dokter)

:

TERAPI (Diisi oleh Dokter)

:

ANJURAN (Diisi oleh Dokter)

:

PERNYATAAN DOKTER

Saya Dokter yang merawat, dengan ini menyatakan bahwa keterangan tersebut diatas adalah lengkap dan benar.

Nama Jelas : Tanda Tangan & Stempel

Nama Klinik / RB / RS :

PERNYATAAN PESERTA PT. NAYAKA ERA HUSADA

Saya memberi kuasa kepada PT. Nayaka Era Husada untuk mendapatkan dan menyimpan segala keterangan / catatan medis dan mengkomunikasikannya dengan pihak lain yang dirasa perlu sehubungan dengan proses klaim.

TANDA TANGAN PESERTA

Nama Jelas : Tanggal :