

**FORMULIR KLAIM RAWAT JALAN - CLAIM FORM OUTPATIENT**  
Formulir ini harus diisi dengan lengkap - *All sections on this form must be fill in completely*

**DATA POLIS - POLICY DATA**

No. Polis - *Policy No.* : \_\_\_\_\_  
Pemegang Polis - *Policy Holder* : \_\_\_\_\_  
Nama Karyawan - *Employee Name* : \_\_\_\_\_  
Alamat - *Address* : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
No. Telepon - *Telephone No.* : \_\_\_\_\_

Saya dengan ini memberikan kuasa kepada setiap rumah sakit atau dokter atau pihak ketiga yang telah saya datangi, untuk memberikan kepada **PT. International Services Pacific Cross** (atau yang mewakilinya) dan mengizinkan **PT. International Services Pacific Cross** (atau yang mewakilinya) untuk meninjau dan meminta semua informasi yang terkait dengan setiap penyakit atau kecelakaan, setiap riwayat medis, setiap konsultasi, resep-resep atau perawatan-perawatan, salinan dari semua rumah sakit atau catatan medis dan catatan dari instansi pemerintah atas laporan kecelakaan atau penyakit yang diajukan. Saya setuju bahwa salinan atas otorisasi ini dianggap sebagai efektif dan berlaku seperti aslinya  
*I hereby authorize any hospital or physician or third party who has attended me to furnish to **PT. International Services Pacific Cross** (or its representative) and permit said insurance company (or its representative) to review any and all information requested with respect to any illness or accident, medical history, consultations, prescriptions, or treatments, copies of all hospital or medical records and the records of any governmental agency with which a report of any such accident or illness is lodged. I agree that a photostatic copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.*

\_\_\_\_\_  
Tempat & Tanggal - *Place & Date*

\_\_\_\_\_  
Nama & Tanda Tangan - *Name & Signature*

**DATA MEDIS - MEDICAL DATA**

Nama dan alamat dokter : \_\_\_\_\_  
(*Name and address of doctor*) \_\_\_\_\_  
Tanggal konsultasi : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 dd/mm/yyyy  
(*Date of consultation*)  
Anamnesa - *Anamneses* ; : \_\_\_\_\_  
Riwayat penyakit : \_\_\_\_\_  
(*History of disease*) \_\_\_\_\_

Diagnosa atau dugaan diagnosa : \_\_\_\_\_

*(Final diagnosis or working diagnosis)* \_\_\_\_\_

Jenis dan hasil pemeriksaan fisik : \_\_\_\_\_

lab, rontgen, CT scan, hasil PA dll \_\_\_\_\_

*Physical examination result (lab,* \_\_\_\_\_

*X-ray, CT scan, clinical Pathology* \_\_\_\_\_

*Result, etc)* \_\_\_\_\_

Therapy medis : \_\_\_\_\_

*(Medicines therapy)* \_\_\_\_\_

Saya sebagai dokter yang merawat/menangani pasien tersebut diatas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan - pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan sebenar-benarnya.

*As the doctor handling the care of the above mentioned patient. I hereby state that i have read and answered the questions in this form clearly and completely.*

Nama dokter - *Doctor's name* : \_\_\_\_\_

Alamat - *Address* : \_\_\_\_\_

Tempat dan tanggal : \_\_\_\_\_

*(Place and date)* \_\_\_\_\_

Tanda tangan dokter dan stempel : \_\_\_\_\_

rumah sakit atau dokter \_\_\_\_\_

*Signature of doctor and stamp* \_\_\_\_\_

*of hospital or doctor* \_\_\_\_\_