

OUTPATIENT, DENTAL & SPECTACLES REIMBURSEMENT REQUEST FORM
FORMULIR PERMINTAAN PENGGANTIAN BIAYA RAWAT JALAN, RAWAT GIGI & KACAMATA

Date/Tanggal	
--------------	--

Filled By Patient/Diisi Oleh Pasien	
Patient Name>Nama Pasien	: _____
Sex/Jenis Kelamin	: <input type="checkbox"/> Male/Laki-laki <input type="checkbox"/> Female/Perempuan
Age/Umur	: _____
Participant Number/Nomor Peserta	: _____
Associate Name>Nama Karyawan	: _____
Associate ID/Nomor Induk Karyawan	: _____
Work Location/Lokasi Kerja	: _____

I, as the patient, hereby authorize the doctor to disclose any information of my disease in order to fulfill the claim requirement / Dengan ini saya selaku pasien/peserta memberikan ijin kepada dokter untuk memberikan keterangan mengenai penyakit saya sebagai syarat pengajuan klaim.

Signature Of Patient/Tanda Tangan Pasien

Filled By Doctor/Diisi Oleh Dokter	
We hereby need your assistance to fill out this formulir to fulfill the claim requirement. Thank you for your assistance and cooperation. / Dengan ini kami memohon kesediaan Teman Sejawat untuk dapat mengisi formulir ini sebagai syarat pengajuan klaim. Terima kasih atas bantuan dan kerjasamanya.	
Name of Hospital/Clinic/Optic Store Nama Rumah Sakit/Klinik/Optik	: _____
Address/Alamat	: _____
Case Condition/Kondisi Kasus	: <input type="checkbox"/> New/Baru <input type="checkbox"/> Old/Lama
Anamnesa	: _____
Physical Examination/ Pemeriksaan Fisik	: _____
Diagnosis/Diagnosa	: _____
Treatment/Tindakan	: _____
Suggestion/Anjuran	: <input type="checkbox"/> Admitted/Dirujuk <input type="checkbox"/> Check-up/Kontrol Ulang <input type="checkbox"/> Bed Rest/Istirahat <input type="checkbox"/> Others/Lainnya : _____
	Diagnosis Category/Kategori Diagnosa : <input type="checkbox"/> Congenital Anomaly/Kelainan Bawaan <input type="checkbox"/> Growth Disorder/Gangguan Tumbuh Kembang <input type="checkbox"/> Hormonal/Menstruation/Fertility Disorder/ Gangguan Hormonal/Menstruasi/Kesuburan <input type="checkbox"/> Maternity/Melahirkan <input type="checkbox"/> Psychiatric/Kejiwaan
	_____ Signature & Stamp Of Doctor/ Tanda Tangan & Stempel Dokter

Claim Details/Rincian Klaim	Checklist Of Supporting Documents/Daftar Periksa Dokumen Pendukung
General Practitioner/Dokter Umum : Rp _____	<input type="checkbox"/> Original Receipt Of Doctor/Kuitansi Asli Dari Dokter
Medical Specialist/Dokter Spesialis : Rp _____	<input type="checkbox"/> Original Receipt Of Pharmacy/Kuitansi Asli Dari Apotik
Medicines/Obat-Obatan : Rp _____	<input type="checkbox"/> Original Receipt Of Laboratory/Kuitansi Asli Dari Laboratorium
Laboratory/Laboratorium : Rp _____	<input type="checkbox"/> Original Receipt Of Optical Store/Kuitansi Asli Dari Optik
Physiotherapy/Fisioterapi : Rp _____	<input type="checkbox"/> Copy Of Prescription/Salinan Resep Obat
Dental/Gigi : Rp _____	<input type="checkbox"/> Copy Of Lens Examination/Salinan Pemeriksaan Lensa
Frame/Bingkai : Rp _____	<input type="checkbox"/> Copy Of Supporting Examination Result/ Salinan Hasil Pemeriksaan Penunjang
Lens/Lensa : Rp _____	<input type="checkbox"/> Copy Of Reference Letter For Supporting Examination/ Salinan Surat Pengantar Untuk Pemeriksaan Penunjang
Total/Jumlah : Rp _____	