

Siloam Hospitals Bpp

KLAIM RAWAT JALAN
OUTPATIENT CLAIM

MR : 125819
Name : NOVI HARY SUDANANTO, TN
Sex : M
DoB : 1979/10/28
Ward : OUTPATIENT

Nama Asuransi / Perusahaan :
Insurance / Company Name

No. Polis / Induk Karyawan :
Polis / Employee No.

INFORMASI MEDIS / MEDICAL INFORMATION

Anamnesa
Anamnesis

Nyeri dada G serak Pingsan

Penemuan Klinik
Clinical Findings

T=100/80 N=HR=98 x/m Irregular
C: S1 S2 S3 S4 MO B1 B2
P=PLT MTR

Pemeriksaan Penunjang
Diagnostic Tests

ECG: PR, VET frequent

Diagnosis
Diagnosis

Ventricular Extra Systole / Ventricular Premature Prolongation

Tindakan
Procedure

Terapi
Therapy

- B-beta 1x mg
- Fit untuk bekerja

Anjuran
Advice

Kontrol ulang Reconsult Rawat Inap Inpatient
6/5/19 (catatan tidak ada keluhan)

Dengan ini saya memberikan kuasa kepada Siloam Hospitals untuk menyimpan dan memberikan segala keterangan/ catatan medis dan lainnya untuk keperluan klaim kepada Perusahaan/ Asuransi tersebut di atas sesuai ketentuan polis/ perusahaan. Saya bersedia membayar kepada pihak Rumah Sakit pada saat :

1. Biaya pemakaian saya sudah melebihi limit dan/ atau tidak ditanggung di dalam polis/ ketentuan perusahaan.
 2. Belum ada jawaban resmi dari perusahaan/ asuransi dan pelayanan bersifat emergency dan urgent (life saving).
- I herewith, authorized Siloam Hospitals to release all Medical Records and other data to Corporate / Insurance Company for claiming purposes in accordance with the Insurance Policy or Company rule. I will pay the Hospital if :
1. The actual billing is over my limit and/ or not borned in the Insurance Policy / Company's rule.
 2. There is no official reply from Company/ Insurance and I am really need Emergency & Urgent Medical Services (life saving).


 (..... Christiani S.P.)

Tanda tangan dan nama lengkap
Doctor's signature and full name

(.....)

Tanda tangan pasien dan nama lengkap
Patient's signature and full name

Formulir ini rangkap 3:
- Lembar 1 : Diserahkan kepada Siloam Hospitals untuk pengajuan tagihan ke Asuransi
- Lembar 2 : Disimpan di Medical Record Rumah Sakit
- Lembar 3 : Diserahkan ke bagian Pharmacy (jika diperlukan)

3-ply form:
- Sheet 1 : For Claiming Purposes to Corporate / Insurance Company
- Sheet 2 : Keep in Medical Record Dept.
- Sheet 3 : Keep in Pharmacy Dept. (if needed)