



**FORM KLAIM CASHLESS  
(REKAM MEDIS)**

Formulir Klaim ini diisi oleh Peserta dan Dokter yang merawat sesuai dengan data medis atau keadaan kesehatan yang sebenarnya. Formulir Klaim ini harus dilengkapi dengan tanda tangan Peserta beserta tanda tangan dan SIP Dokter yang merawat dengan mencantumkan stempel dari tempat Peserta mendapatkan pelayanan kesehatan. Agar Formulir Klaim ini dapat diisi dengan lengkap dan dikirimkan kepada ISOmedik dengan mencantumkan kwitansi asli beserta perincian biaya pelayanan kesehatan, copy resep, hasil pemeriksaan penunjang diagnostik, fotocopy Kartu Peserta Asuransi, beserta dokumen pendukung lain yang dianggap penting. Formulir Klaim yang tidak diisi dengan lengkap tidak dapat diproses. Untuk klaim rawat inap agar dapat melampirkan copy Resume Medis dari tempat Peserta mendapatkan pelayanan kesehatan.

**INFORMASI PASIEN**

Nama Pasien		Asuransi/Perusahaan	
Nama Karyawan		Perusahaan	
Tanggal Lahir		No. Polis	
Jenis Kelamin		No Peserta/No. Kartu	

**INFORMASI PELAYANAN KESEHATAN**

Nama RS/Klinik/ Tempat Pelayanan		Tanggal Perawatan	
Jenis Pelayanan		Nomor Transaksi	

1.a. Anamnesa	b. Pemeriksaan fisik c. Riwayat kesehatan sebelumnya
d. Tanda-Tanda Vital : Tekanan Darah : ___/___ mmHg Nadi : ___/Menit Pernafasan : ___/Menit	
e. Tanggal/Waktu Pemeriksaan : _ / ___ / ___ Pkl. ___	f. Tanggal pertama kali konsultasi : _ / _ / ___
g. Hasil Pemeriksaan Penunjang Diagnostik :	
2. Diagnosa masuk :	b. Diagnosa Keluar :
3. Terapi yang diberikan :	



4. Apakah diagnosa berhubungan atau disebabkan oleh : [X] sesuai dengan kondisi pasien

- Kelainan Bawaan       Kehamilan       Olahraga Berbahaya       Lainnya, sebutkan
- Penyakit Keturunan       Hormonal       Tindak Kekerasan
- Infertilitas atau Usaha  
Mempunyai Keturunan       Kosmetika       Huru-hara/Demonstrasi/Pemogokan
- Penyakit Menular Seksual  Olahraga berbahaya  Perbuatan melanggar Hukum
- Gangguan Kejiwaan/  
Psikosomatis       Tindak kekerasan       Ritual Keagamaan

Dengan ini Saya memberikan kuasa kepada ISOmedik untuk mendapatkan informasi mengenai kesehatan saya dari RS/Klinik/Dokter untuk penilaian klaim yang Saya ajukan. Saya mengerti bahwa pengajuan klaim ini tunduk sepenuhnya kepada ketentuan Polis yang berlaku dan apabila diagnosa Saya termasuk dalam pengecualian Polis atau terdapat biaya yang melebihi batas atau diluar manfaat yang saya miliki maka saya bersedia membayar selisih biaya yang terjadi.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Tanggal

\_\_\_\_\_  
Nama dan Tanda Tangan  
Peserta atau Wali

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Tanggal

\_\_\_\_\_  
Nama dan Tanda Tangan Dokter  
Stempel RS/Dokter