

FORMULIR RESUME MEDIS

Nama Peserta :	Tanggal Masuk :
Nomor Peserta :	Tanggal Keluar :
Usia :	Diagnosa Masuk :
Nama Perusahaan :	Diagnosa Keluar, Utama :
Nomor Polis :	Diagnosa Lain (Komplikasi) :
Dokter Yang Merawat:	Jenis Tindakan/Operasi :
<p>Keluhan Utama :</p> <p>Riwayat Penyakit Sekarang :</p> <p>Riwayat Penyakit Dahulu :</p> <p>Pemeriksaan Fisik :</p> <p>Laboratorium :</p> <p>Pemeriksaan Penunjang Lain :</p> <p>Terapi / Tindakan :</p>	

Peserta

Dokter Yang Merawat

(_____)

Tandatangan & Nama Jelas

(_____)

Tandatangan, Nama Dokter & Stempel

Note: Harap formulir ini dilampirkan bersama kelengkapan dokumen klaim dan diserahkan kepada Human Resources Department (HRD) Perusahaan untuk dikirimkan kepada :

Corporate Solutions – AXA Tower Lt.11, Jl.Prof.Dr.Satrio Kav.18
Kuningan City – Jakarta 12940, Indonesia. Telp. 500 803 Fax.+62 21 3005 9703
Email: CorporateSolutions@axa-mandiri.co.id