



(Diisi oleh petugas/officer use only)

Tanggal Dokumen Diterima
Date of Received
DD/MM/YY

Surat Keterangan Dokter Doctor's Claim Form

Mandiri Kesehatan Global

Telp : +62 21 2927 9668
Fax : +62 21 3483 0899
Email : kesehatan.global@axa-mandiri.co.id

Mandiri Kesehatan Prima

Telp : +62 21 2927 9614
Fax : +62 21 3483 0899
Email : kesehatan.prima@axa-mandiri.co.id

Mandiri Kesehatan Optima

Telp : +62 21 2927 9614
Fax : +62 21 3483 0899
Email : kesehatan.optima@axa-mandiri.co.id

Isi dengan tanda (✓) pada kotak sesuai pilihan/ fill in the box with (✓)

Mohon agar dapat mengisi Formulir ini dengan lengkap.

Please complete this form to ensure fast and accurate processing. All fields are compulsory.

Setiap koreksi penulisan/pengisian dalam bentuk catatan atas formulir ini wajib ditandatangani oleh Dokter yang merawat.

Any corrections made to this form must be signed by the treating Doctor.

Terima kasih atas kesediaan Anda untuk melengkapi dan mencantumkan tanda tangan, tanggal dan stempel pada formulir klaim ini

Thank you for completing this medical claim form with your signature, date and stamp on this form.

1. ADMINISTRASI/ADMINISTRATIVE

No. Rekam Medis

Medical Record No.

Nama Pasien

Patient's Name

Tanggal lahir

Date of birth

Jenis Kelamin/Sex

Laki-laki/Male

Perempuan/Female

2. INFORMASI DOKTER DAN RUMAH SAKIT/DOCTOR AND HOSPITAL DETAILS

Nama dan alamat Dokter yang merawat

Treating doctor name and address

No. Telp. Dokter yang merawat

Telephone No. of treating Doctor

Diisi apabila ada rawat inap

For hospitalization only

Nama Rumah Sakit

Name of admitting hospital

Alamat Rumah Sakit

Address of admitting hospital

3. INFORMASI MEDIS/MEDICAL DETAILS

Nama dan alamat Dokter yang merujuk (jika ada) Name and address of referring Doctor (if any)	Gejala penyakit yang dirasakan Symptoms presented
Tanggal gejala penyakit pertama kali dirasakan Date of first symptoms sensed DD/MM/YY	Diisi apabila ada rawat inap For hospitalization only
Tanggal pertama kali konsultasi : DD/MM/YY Date of first consultation	Tanggal masuk perawatan : DD/MM/YY Date of admission
Tanggal perawatan dan pengobatan : DD/MM/YY Date of treatment	Tanggal keluar perawatan : DD/MM/YY Date of discharge
Diagnosa Awal/Kondisi Medis : First Diagnosis/Medical Conditions	
Diagnosa Akhir/Kondisi Medis : Final Diagnosis/Medical Conditions	

Apakah ada pemeriksaan penunjang yang dilakukan untuk menentukan diagnosa Ya / Yes Tidak / No
Were any additional examination conducted to define diagnosis?
Jika 'ya' mohon dijelaskan
If 'yes' please give details

4. PENYEBAB RAWAT INAP/INPATIENT CAUSE :

Kecelakaan : <input type="checkbox"/> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No <i>Accident</i> Jika 'ya' tanggal kecelakaan <i>'If yes' date of accident</i> DD/MM/YY	Kehamilan/Pregnancy : <input type="checkbox"/> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No Jika 'ya', apakah kehamilan tersebut merupakan proses kehamilan normal? <i>If 'yes' is the pregnancy as a result of natural pregnancy?</i> <input type="checkbox"/> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No
---	---

5. INFORMASI PENGobatan/TREATMENT DETAILS

Tindakan/Operasi yang dilakukan (Mohon dijelaskan jika ada) <i>Surgical procedure (please give details if any)</i>	
Apakah perawatan di Rumah Sakit tersebut dibutuhkan <i>Was hospitalization required?</i>	<input type="checkbox"/> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No
Apakah kondisi tersebut sebagai bagian dari komplikasi penyakit lainnya <i>Is the condition part of complication from other disease?</i>	<input type="checkbox"/> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No
Apakah kondisi tersebut berhubungan dengan gangguan kejiwaan <i>Is the condition associated with a psychiatric disease?</i>	<input type="checkbox"/> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No
Apakah kondisi tersebut berhubungan dengan kelainan bawaan <i>Is the condition associated with a congenital disease?</i>	<input type="checkbox"/> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No
Apakah kondisi tersebut berhubungan dengan penyakit HIV/AIDS <i>Is the condition associated with a HIV/AIDS?</i>	<input type="checkbox"/> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No

6. PENGobatan/MEDICATION

Obat-obat / Medicines	Dosis / Dose	Frekuensi / Frequency	Lamanya / Duration

7. RENCANA PENGobatan SELANJUTNYA/FUTURE TREATMENT PLAN

Apakah ada rencana untuk pengobatan lanjutan? <input type="checkbox"/> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No <i>Is further treatment planned ?</i> Jika 'ya' mohon dijelaskan <i>If 'yes' please give details</i>

8. PERNYATAAN DOKTER/MEDICAL PRACTICIONER DECLARATION

Dengan ini menyatakan bahwa Saya adalah Dokter yang merawat pasien ini dan Saya memberikan keterangan dengan sebenar-benarnya sesuai dengan pengetahuan yang Saya miliki. <i>Hereby I declare that I am the Doctor who treats this patient and I confirm that the information given are true based on my professional knowledge.</i>	
Tanda Tangan & Stempel Rumah Sakit/Klinik/Dokter <i>Siganture & Hospital/Clinic/Doctor Stamp</i> Nama / Name :	Tanggal / Date DD/MM/YY