

Kepada Yth,
Bagian Rekam Medis
RS MATA UNDAAN
Jl.Undaan Kulon No.19
Surabaya, Jawa Timur

Up: Dr.Kitriastuti,Sp.M

No.Ref 25204/AZLI-CMD/INV/VIII/2021
Tgl Jakarta, 18 Aug 2021
Hal Permohonan Data Medis
Lbr 1/2

Dengan hormat,

Kami atas nama PT Asuransi Allianz Life Indonesia mengucapkan terima kasih atas kerjasama dan pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada peserta asuransi kami sebagaimana berikut;

Nama : **SULAIMAN**
Tanggal Lahir : **16-Jul-72**
Nomer MR : **1189652**

Sehubungan dengan pengajuan klaim asuransi peserta kami ini dan untuk kepentingan verifikasi medis lanjutan mohon dokter berkenan memberikan informasi medis tambahan kepada kami sesuai pertanyaan terlampir.

Apabila telah selesai cukup disampaikan kembali pada kami di PT Asuransi Allianz Life Indonesia sesuai alamat terlampir dibawah atau dapat melalui email ke dita.pritami@allianz.co.id & Yulando.Putra@allianz.co.id

Silahkan apabila ada hal-hal yang ingin dikonfirmasi atau masih perlu ditanyakan lebih lanjut, dapat menghubungi kami di no.**021-2926 8888.ext.68729** atau **ext.61612**.

Demikian disampaikan, kami mengucapkan terima kasih atas kesediaan waktu yang telah diluangkan untuk kami.

Hormat Kami,



Dr. Agus Dinar Pasaribu
Head Of AHCS Claim Departement

Kantor Pusat:

World Trade Centre 3 Corporate Number : +62 21 2926 8888
Jalan Jenderal Sudirman Kav. 29-31 Fax. : +62 21 2926 8080
Jakarta Selatan 12920, Indonesia

Hal. Permohonan Data Medis
Lbr. 2/2

Nama : SULAIMAN
Tanggal Lahir : 16-Jul-72
Nomer MR : 1189652
Diagnosa : Cataract

PERTANYAAN TENTANG RIWAYAT PENYAKIT PASIEN

Mohon dokter berkenan memberikan informasi tambahan pada perawatan peserta kami ini:

- a. Sesuai dengan pathogenesis penyakit mohon informasi dokter apakah diagnosis pada peserta kami ini merupakan diagnosis:
 - Chronic (mohon penjelasan)
.....
.....
 - Acute (mohon penjelasan)
.....
.....
- b. Sesuai dengan keilmuan dokter dan pathogenesis penyakit mohon informasi dokter sejak kapan peserta kami ini mulai menderita keluhan yang berhubungan dengan diagnosis tersebut.
 - Apakah setelah 05 Juni 2020
.....
.....
 - Apakah sebelum 05 Juni 2020
.....
.....

**) mohon informasi tanggal bulan tahun nya.*
- c. Sesuai catatan dokter apakah peserta kami ini pernah melakukan pengobatan di tempat lain dengan diagnosis yang sama atau berhubungan dengan diagnosis ini sebelumnya.
 - Ya - Kalau Ya, mohon informasi tempat tanggal bulan dan tahunnya.
 - Tidak

.....
.....
.....

Surabaya,...../...../ 2021.

Dr.Kitriastuti,Sp.M
RS MITRA KELUARGA KEMAYORAN

Kantor Pusat:
World Trade Centre 3 Corporate Number : +62 21 2926 8888
Jalan Jenderal Sudirman Kav. 29-31 Fax. : +62 21 2926 8080
Jakarta Selatan 12920, Indonesia

Nama : SULAIMAN
Tanggal Lahir : 16 July 1972
Nomor MR : 1189652
Nama Rumah Sakit : RS MATA UNDAAN

No.	Tanggal perawatan	Diagnosis	Therapi	Nama dokter yang merawat	Tanda tangan dokter yang merawat dan cap stempel

**Mohon untuk dapat melengkapikan tabel berikut riwayat perawatan pasien sejak pertama kali di rawat dan sampai dengan terakhir di rawat di rumah sakit*
**Mohon dapat melampirkan juga copy resume medis pasien per-perawatan di rumah sakit*

2021071599500002/4 Allianz (di)
FORMULIR KLAIM
ASURANSI KESEHATAN
(HEALTH INSURANCE CLAIM FORM)

No. Perawatan Rawat Inap :
 Inpatient Approval No

PERNYATAAN PESERTA PT ASURANSI ALLIANZ LIFE INDONESIA

1. Bersama ini saya memberi kuasa kepada :
 I hereby authorize to:

- a. Dokter, Rumah Sakit/Klinik/Pusat kesehatan maupun institusi pelayanan medis lainnya untuk memberikan keterangan dan / atau catatan medis sehubungan dengan diagnosis dan / atau pelayanan medis yang diberikan kepada saya atau keluarga saya yang menjadi tertanggung, dan Physician, Hospital/Clinic or any other medical institution to give the information and/or medical record, according to the diagnosis and/or medication treatment which given to me or my family which being as the insured, and
- b. PT Asuransi Allianz Life Indonesia untuk mendapatkan segala keterangan catatan medis dari Rumah Sakit dan atau pihak lain sehubungan dengan diagnosis dan atau pelayanan medis yang diberikan kepada saya atau keluarga saya yang menjadi tertanggung, yang mana akan digunakan untuk memproses klaim sesuai dengan ketentuan polis yang berlaku.
 PT Asuransi Allianz Life Indonesia to gather further information / medical records from the Hospital and or other parties related to the diagnosis and or health services provided to me or eligible members of my family which may be required to process the claim in accordance with existing policy and term conditions
- c. Perusahaan atau perorangan atau organisasi lainnya yang menjadi pemegang polis untuk mendapatkan segala keterangan catatan medis dari Rumah Sakit dan atau pihak lain sehubungan dengan diagnosis dan atau pelayanan medis yang diberikan kepada saya atau keluarga saya yang menjadi tertanggung.
 Company or other organization or individual who became policyholders to obtain any information / medical records from the hospital or other parties in connection with the diagnosis and or medical services provided to me or my family as insured

2. Saya menyetujui bahwa biaya yang timbul sehubungan dengan pelayanan kesehatan yang terjadi akan dipertanggungjawabkan oleh PT Asuransi Allianz Life Indonesia sesuai dengan ketentuan polis dan bersedia untuk membayar kepada PT Asuransi Allianz Life Indonesia, biaya-biaya yang tidak dipertanggungjawabkan dalam polis sesuai dengan ketentuan yang diberlakukan oleh PT Asuransi Allianz Life Indonesia
 I agree that the costs incurred related with health care that occurs will be calculated by PT Asuransi Allianz Life Indonesia in accordance with the provisions of the policy and I am willing to pay to PT Asuransi Allianz Life Indonesia, the costs of which are not insured under the policy in accordance with the provisions in force by PT Asuransi Allianz Life Indonesia

3. Saya menyatakan bahwa semua keterangan yang terdapat dalam pernyataan ini benar adanya dan dibuat tanpa paksaan pihak manapun. Salinan dari pernyataan ini sama kuat dan sah seperti aslinya
 I certify that all information contained in this statement is true and is made without coercion from any party. Copy of this statement is as strong and validly as the original.

INFORMASI & PERNYATAAN PASIEN / PATIENT INFORMATION & STATEMENT

No. Polis : 000062842309 Nama Perusahaan : PT. Asuransi Allianz Indonesia Jenis Kelamin : Pria Wanita
 Policy No Company Name UK Indonesia Sex Male Female
 Nama Peserta : SULAIMAN No. Peserta : 000062842309 Tanggal Lahir : 16/7/1977 (gg/bb/bb) (dd/mm/yy)
 Participant Name Participant No Date of Birth (dd/mm/yy)
 Terdaftar sebagai peserta COB BPJS Kesehatan? Ya Tidak
 Yes No
 No. BPJS Peserta : Nomor Induk Kewarganegaraan :
 Participant BPJS No Citizen ID No.

Hubungan Peserta dengan Pemegang Polis:
 Relation with Policy Holder
 Karyawan atau diri sendiri / Employee or as your self Pasangan/Spouse Anak/Child

Tanggal Masuk : ____ / ____ / ____ (gg/bb/bb) (dd/mm/yy) Tanggal Keluar : ____ / ____ / ____ (gg/bb/bb) (dd/mm/yy)
 Admittance date : Discharge date :

Jenis Kelainan / Clinical Type:
 Rawat Inap / Inpatient Rawat Jalan / Outpatient Maternitas / Maternity Manfaat Kematian terkait Asuransi Kesehatan / Death Benefit related with Health Insurance

**KELUHAN UTAMA DAN KRONOLOGIS PESERTA :
 PARTICIPANT MAIN COMPLAINT(S) / SYMPTOMS AND CHRONOLOGIC**

Penkso mata di RS undaan tanggal 15-6-2021
 dinyatakan ada katarak dan disarankan operasi

21 JUL 15 8:24AM

APABILA DISEBABKAN KARENA KECELAKAAN, BILAH SEBUTKAN TANGGAL TERJADINYA KECELAKAAN TERSEBUT (DD/MM/YY) DAN SEBUTKAN KRONOLOGIS TERJADINYA KECELAKAANNYA.
 IF CAUSED BY AN ACCIDENT, WHEN DID THE ACCIDENT TAKE PLACE (DD/MM/YY)

- Maybank -

- Kelengkapan Dokumen/Documents completeness:
 1. Formulir Klaim yang lengkap/Complete Claim Form
 2. Rincian Biaya/Detail Cost
 3. Salinan Hasil Tes Diagnostik/Copy of diagnostic's test result
 4. Kuitansi Pembayaran Asli/Original Payment Receipt

5. Copy Receipt/Copy of prescription
 6. Copy Cover Buku tabungan yang masih berlaku (husus untuk klaim polis flexicare)
 attach copy of cover bank account that still valid (only for Flexicare Policy's Claims)

TANDA TANGAN PESERTA :
 PARTICIPANT'S SIGNATURE
 Nama Jelas : Sulaiman Tanda tangan dan Tanggal : 18-6-2021
 Name Signature and Date
 SULAIMAN

PERNYATAAN DOKTER / PHYSICIAN STATEMENT

Tanggal Masuk : 18 / 07 / 2021 (tg/bn/thn)
Admittance date : (dd/mm/yy)

Tanggal Keluar : 18 / 07 / 2021 (tg/bn/thn)
Discharge date : (dd/mm/yy)

Jenis Klaim / Claims Type :

- Rawat Inap Inpatient Pre/Post Rawat Inap Pre/Post Hospitalization Rawat Jalan/ Gigi Outpatient/ Dental Melahirkan Maternity Lainnya : Others :

**DIAGNOSA MASUK
ADMITTANCE DIAGNOSTIC**

os katarak
sewitis

DIAGNOSA KELUAR / DISCHARGE DIAGNOSTIC

Diagnosa Utama / Primary Diagnose:
os katarak sewitis
Diagnosa Penyerta / Secondary Diagnose:
1.
2.
3.
4.

KODE DIAGNOSA ICD X UNTUK DIAGNOSA KELUAR / CODE OF ICD X FOR DISCHARGE DIAGNOSTIC

Diagnosa Utama / Primary Diagnose :
Diagnosa Penyerta / Secondary Diagnose :
1.
2.
3.
4.

PENYAKIT BERTHUBUNGAN DENGAN:

- Kosmetik Cosmetic Kesuburan Infertility Kongenital/Hereditier Congenital/Hereditary Psikis/Psikosomatik Psychological/Psychosomatic Kehamilan Maternity Lainnya, sebutkan Others, please mention

**KELUHAN UTAMA DAN KRONOLOGIS
MAIN COMPLAINT(S)/SYMPTOMS AND CRONOLOGIS**

os buram.

**KELUHAN TAMBAHAN :
OTHER COMPLAINT(S)/SYMPTOMS**

**ADAKAH PENYAKIT/ KELUHAN LAIN YANG BERTHUBUNGAN DENGAN KONDISI SEKARANG? JIKA YA, BILAH SEBUTKAN DAN SEJAK KAPAN
IS THERE ANY SYMPTOM / DISEASES RELATING TO CURRENT CONDITION? IF YES PLEASE SPECIFY AND SINCE WHEN**

tidak ada

**SEJAK KAPAN PASIEN MENGALAMI KELUHAN / GEJALA TERSEBUT ?
SINCE WHEN HAS THE PATIENT SUFFERED FROM THE COMPLAINT(S)/SYMPTOM(S)?**

3 bulan sebelum kontrol (15 Juni 2021)

**JIKA MEMERLUKAN RAWAT INAP, APAKAH INDIKASI MEDIS DILAKUKAN RAWAT ?
IF HOSPITALIZATION IS NEEDED, PLEASE STATE THE MEDICAL INDICATION**

**Menurut Dokter, pernahkah pasien mengalami kondisi yang sama sebelum tanggal pengobatan tanggal tersebut? Jika ya, monon sebutkan (dd/mm/yy)
ACCORDING TO PHYSICIAN, HAS THE PATIENT BEEN IN THE SAME CONDITION BEFORE? IF YES, PLEASE STATE WHEN. (dd/mm/yy)**

tidak

PEMERIKSAAN FISIK & PENUNJANG / PHYSICAL & OTHER EXAMINATIONS

VOS: 6/30, SAOS: lensa keruh.

TERAPI & JENIS TINDAKAH (?) / THERAPY AND TYPE OF ACTION

1. ICD 9 CM untuk Diagnosa Utama / ICD 9 CM for Primary Diagnose : os katarak sewitis

2. ICD 9 CM untuk Diagnosa Penyerta / ICD 9 CM for Secondary Diagnose:

INFORMASI DOKTER YANG MERAWAT/PHYSICIAN'S INFORMATION :

Nama / Physician's Name : dr. Dini Dharmawidari, SpM(K)

NIP Dokter / Number of Registration of IDI : SIP:503.446/01599/1/P.DS/436.7.2/2019

Nama Provider / Name of Provider :

No Telepon Provider / Provider Phone Number :

Tandatangan dan Stempel / Physician's signature and stamp :





RS MATA
UNDAAN

RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
Jl. Undaan Kulon 17-19, SURABAYA - 60274
Telp. 031-5343806, 5319619
Fax. 031-5317503

RM : 1189652 16 - 07 - 1972 / 48 Th
NIK : 3515051607720004
SULAIMAN, Tr
DUSUN PORONG KULON RT 0, SIDOARJO

(A)

RINGKASAN PASIEN PULANG

RM 19

Dokter yang merawat
Dirawat
Ruang Perawatan
Diagnosa Pre Operasi
Operasi / tindakan
Komplikasi
Kontrol ke dokter

dr. Dini, SpM
Tgl. 18/6/2021/d 18/6/2021
SVIP

Dokter Konsultan: 1. _____
2. _____

Obat yang diberikan

OS ketalah
OS PE-102

Diagnosa Paska Operasi:
Tgl: 18/6/2021

Diet

1. dr. Dini, SpM

Tgl: 19/6/2021, J: 08

Alat medik yang dipakai

2. Tameson sury 21

Tgl: 19/6/2021, J: 08
Tobrosan 10x math
17x 1 jam

NGT Kateter O₂ Drain Venflan Infus

Hasil Pemeriksaan	Yang diserahkan		Kondisi saat pulang		
	Saat Dirawat	Waktu Pulang			
1. Lab	lbr	lbr	<input checked="" type="checkbox"/> Sembuh	<input type="checkbox"/> Belum sembuh	<input type="checkbox"/> Meninggal
2. CT Scan/MRI/Ro	lbr	lbr	1. Kesadaran: <u>cur</u>		
3. USG	lbr	lbr	2. Tensi: <u>130</u> mmHg	Nadi: <u>80</u> x/mnt	
4. FFA	lbr	lbr	Suhu: <u>36</u> °C	RR: <u>20</u> x/mnt	
5. HFA	lbr	lbr	3. Visus OD: _____ OS: _____	TIO OD: _____ OS: _____	
6. Surat Keterangan Sakit	<input type="checkbox"/> Ada	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada	4. Kondisi Luka: _____		
7. Surat Asuransi	<input type="checkbox"/> Ada	<input type="checkbox"/> Tidak ada	5. Mobilisasi: <u>belas</u>		
8. Resume (copy)	<input checked="" type="checkbox"/> Ada	<input type="checkbox"/> Tidak ada	6. Lain-lain: _____		
9. Obat yang tidak dipakai	<input type="checkbox"/> Ada	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada			
10. Lain-lain					

Cara pulang:

Atas Ijin dokter Atas keinginan sendiri / pulang paksa

Dirujuk

Rumah

Alamat: Dusun Porong Kulon, Sidoarjo

Transportasi:

Ambulance

Kendaraan pribadi

Penyuluhan Kesehatan/Pendidikan Pasien dan Keluarga

1. Materi:

Perawatan pasca operasi Ketalah
 Cara pemberian obat ARCS
 Diet
 Penggunaan alat bantu medis

2. Evaluasi

a. Pemahaman Mengerti Tidak
b. Hambatan Ada Tidak
c. Intervensi _____

Lembaran ini harap dibawa saat kontrol ke dokter

Pemulangan Pasien:

Dengan / tanpa perawatan khusus*)
 Dengan / tanpa pembatasan aktivitas*)
 Dengan / tanpa alat bantu*)
 Dengan / tanpa diet khusus*)
 Dengan / tanpa penyesuaian kondisi rumah*)
 Dengan / tanpa pendampingan*)
 Transportasi umum/khusus*)
 Perlu home care

Tanggal: 18/6/2021 Jam: 16

Nama dan Tanda Tangan Pasien

[Signature]

Nama dan Tanda Tangan Keluarga

[Signature]

Nama dan Tanda Perawat

[Signature]

Nama dan Tanda Tangan DPJP

dr. Dini Dharmawidjani, SpM(K)
NIP. 503.416.01599/1/1972/436.7.2/2019

Lembar 1, untuk Pasien
Lembar 2, arsip Rekam Medis
Lembar 3 untuk Pihak Penjamin
Lembar 4 untuk Faskes Perujuk
Lembar 5 untuk Faskes Lain

*) Coret tidak perlu

20210715995 00002

A

Surat Pernyataan dan Pemberian Kuasa

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sulaiman
 Alamat : DSN. PORONG KULON RT 05 RW 03 SIDOARJO
 Tempat tanggal lahir : SIDOARJO, 16-07-1972
 No. KTP : 3515 0516 0772 0004

Dengan ini menyatakan:

1. Memberikan persetujuan dan kuasa kepada penyedia layanan kesehatan (termasuk namun tidak terbatas pada Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas dan Tenaga Kesehatan) dan setiap perusahaan asuransi untuk memberikan keterangan dan/atau catatan medis (termasuk namun tidak terbatas pada memberikan salinan/fotokopi dokumen terkait) kepada PT Asuransi Allianz Life Indonesia sehubungan layanan kesehatan yang pernah diterima oleh/diberikan kepada saya.
2. Memberikan persetujuan dan kuasa kepada PT Asuransi Allianz Life Indonesia untuk meminta dan mendapatkan keterangan dan/atau catatan medis terkait dengan layanan kesehatan kepada setiap pihak sebagaimana disebutkan pada Angka 1 di atas.

Demikian Surat Pernyataan dan Pemberian Kuasa ini dibuat dengan sebenarnya dan tanpa paksaan dari pihak manapun untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Tempat : SIDOARJO
 Tanggal : 30-7-2021

Yang Menyatakan dan Memberikan Kuasa,



METERAI TEMPEL
 C74F4AJX349124328

Sulaiman

PROVINSI JAWA TIMUR
KABUPATEN SIDOARJO

NIK : 3515051607720004

Nama : SULAIMAN
Tempat/Tgl Lahir : SIDOARJO, 16-07-1972
Jenis kelamin : LAKI-LAKI Gol. Darah :-
Alamat : DSN. PORONG KULON
RT/RW : 005/003
Kel/Desa : PORONG
Kecamatan : PORONG
Agama : ISLAM
Status Perkawinan: KAWIN
Pekerjaan : KARYAWAN SWASTA
Kewarganegaraan: WNI
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



SIDOARJO
16-04-2018

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Sulis', located below the official stamp.