

Formulir Pernyataan Klaim Berobat Jalan

- Petunjuk-petunjuk**
1. Formulir pernyataan klaim manfaat rawat jalan,acamata, gigi dan kontrol kehamilan ini harus diisi dengan lengkap dan benar oleh Tertanggung/ Pemegang Polis dan dokter yang merawat.
 2. Permintaan untuk pembayaran manfaat harus diajukan kepada PT. Asuransi Mitra Maparya selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari setelah Peserta/ Tertanggung lepas dari pemeriksaan/ pengobatan rawat jalan,acamata, gigi atau kontrol kehamilan. Di luar dari jangka waktu tersebut klaim dinyatakan tidak berlaku lagi.
 3. Dalam mengajukan klaim, Peserta wajib melengkapi bukti-bukti dokumen klaim dan ketentuan lainnya sebagai berikut :
 - 3.1. Kwitansi/ bukti pembayaran asli beserta dengan perincian biaya selama perawatan/ pengobatan.
 - 3.2. Untuk semua klaim : Dilengkapi/ dilampirkan dengan copy resep obat, hasil pemeriksaan penunjang medis beserta dengan surat rujukan dokter.
 - 3.3. Untuk klaimacamata : Dilengkapi dengan bukti kwitansi pemeriksaan mata dan hasil pemeriksaan ketajaman mata (visus) dari dokter spesialis mata.
 - 3.4. Nama yang tertera di kwitansi pengobatan dan surat pengantar dokter harus sesuai dengan yang tercantum di Poli
 - 3.5. Melampirkan materai Rp 6.000,- untuk kuitansi pengobatan dengan nilai diatas Rp. 1.000.000,-
 - 3.6. Formulir klaim ini harus dibubuhi cap & stempel dokter rumah sakit/ klinik serta ditandatangani dokter yang memeriksa.
 4. Klaim akan ditunda prosesnya apabila Peserta/ Tertanggung tidak atau belum memenuhi prosedur bukt-bukti kelengkapan dokumen pengajuan klaim
 5. Klaim tidak dapat dibayar untuk keadaan-keadaan yang dikecualikan seperti yang tercantum dalam ketentuan Poli

Diisi oleh Tertanggung atau Karyawan	Nama Pemegang Polis	Nomor Poli
	•	•
	Nama Karyawan	Nomor Peserta Asuransi
	•	•
	Nama Tertanggung/ Pasien	Hubungan dengan karyawan
	•	•
	Tanggal Lahir	Jenis Kelamin
	•	() Pria () Wanita

Pernyataan Tertanggung dan pemberian kuasa Saya, Tertanggung/ Pasien/ Karyawan dengan ini menyatakan bahwa keterangan tersebut di atas adalah lengkap dan benar. Dan saya dengan ini memberi kuasa kepada dokter spesialis, dokter umum, rumah sakit atau klinik dengan siapa saya diperiksa atau dirawat, untuk memberikan keterangan dengan lengkap dan benar mengenai keadaan penyakit saya beserta pengobatan dan tindakan yang diberikan selama perawatan, termasuk data medis terdahulu kepada PT. Asuransi Mitra Maparya.

Tanda tangan

Tempat dan tanggal

•

Tanda tangan Pemegang Poli	Tanda tangan Karyawan	Tanda tangan Tertanggung/ Pasien (jika berusia 18 tahun atau lebih)
•	•	•

Diisi oleh dokter yang memeriksa	Nama dokter yang memeriksa	Tanggal Pemeriksaan	Alamat & no telp dokter/ RS/ klinik
	•	•	•
	Anamnesa	Diagnosa *	
	•	•	

Terapi/ tindakan pemeriksaan/ pengobatan yang dilakukan

•

Apakah diagnosa penyakit tersebut termasuk dalam penyakit bawaan/ congenital ?	() Ya	() Tidak
Apakah diagnosa penyakit tersebut termasuk dalam penyakit kelainan genetik/ hereditier ?	() Ya	() Tidak
Apakah diagnosa penyakit tersebut di atas berhubungan dengan psikosomatis ?	() Ya	() Tidak
Apakah Pasien pernah mendapatkan perawatan sebelumnya untuk keadaan/ penyakit tersebut di atas ? Apabila Ya, perawatan apa yang diberikan dan kapan ?	() Ya	() Tidak

•

Pernyataan dokter Saya, dokter yang memeriksa, dengan ini menyatakan bahwa keterangan tersebut di atas adalah lengkap dan benar

Tanda tangan

Tempat	Tanggal
•	•
Nama dokter	Tanda tangan & Stempel dokter/ rumah sakit/ klinik
•	•

* Khusus untuk konsultasi/ perawatan kontrol kehamilan, mohon mencantumkan usia/ umur kehamilan