

FORMULIR KLAIM REIMBURSEMENT

diisi oleh Peserta/Pasien/Pihak yang dikuasakan

Nama Perusahaan : _____
Nama Karyawan/Nomor Karyawan : _____
Nama Pasien : _____
Nomor Peserta : _____
Tanggal Lahir : _____
Nomor Telepon : _____ Alamat *e-mail* : _____
Jumlah Klaim yang ditagihkan : Rp _____ Tanggal Pelayanan : _____
Jenis Klaim : _____
 Rawat Inap Persalinan Rawat Jalan Kacamata
 Pra/Pasca Rawat Inap Pra/Pasca Persalinan Rawat Gigi

Apakah klaim ini sudah pernah diajukan ke perusahaan asuransi yang lain?
 Ya, Nama perusahaan asuransi _____
 Tidak

Apabila klaim disetujui, pembayaran klaim akan ditransfer ke*):
Atas Nama : _____ No. Rekening : _____
Nama Bank : _____ Cabang : _____

*)Perubahan nomor rekening wajib disampaikan ke HRD Perusahaan Peserta

Kelengkapan berkas klaim yang disampaikan (beri tanda "x" pada kotak yang sesuai)
 Kuitansi Pembayaran asli, bermeterai sesuai ketentuan, berstempel dan tanda tangan petugas Rumah Sakit/Klinik.
 Resume medis.
 Rincian biaya perawatan (jasa dokter, obat-obatan, pemeriksaan penunjang, dll).
 Salinan Resep (bila terdapat pemberian obat dari dokter).
 Salinan tes diagnostik (laboratorium, hasil radiologi, dll. bila diperlukan).
 Ukuran Lensa (untuk pengajuan klaim kaca mata).
 Surat Pernyataan NAPS (Bukan Atas Permintaan Sendiri) bila pasien menempati kamar di atas haknya karena kamar penuh atau berdasarkan rujukan dokter.

Dengan ini saya menyatakan bahwa:
1. Keterangan tersebut di atas lengkap dan benar.
2. Bersedia melengkapi seluruh dokumen yang dibutuhkan PT Asuransi Astra Buana terkait dengan klaim perawatan yang diajukan.
4. Menyadari dan mengetahui bahwa manfaat asuransi mempunyai batasan yang telah ditentukan dalam polis dan bersedia memenuhi ketentuan dalam polis.

Tempat dan Tanggal _____

tanda tangan dan nama lengkap
Peserta/Pasien/Pihak yang dikuasakan

diisi oleh Dokter yang merawat

Diagnosa: _____

Saya, dokter yang merawat menyatakan bahwa diagnosa tersebut di atas adalah lengkap dan benar.

Tempat dan Tanggal _____

tanda tangan dan nama lengkap Dokter
& cap/stempel Rumah Sakit/Klinik