

Formulir Pernyataan Klaim Berobat Jalan / Outpatient Claim Form

Petunjuk-petunjuk / Instructions

- Formulir pernyataan klaim manfaat rawat jalan, kacamata, gigi dan kontrol kehamilan ini harus diisi dengan lengkap dan benar oleh Tertanggung/Pemegang Polis dan dokter yang merawat.
The insured party/policy-holder and the treating physician need to fill out this Claim Form for outpatient care, eyeglasses, dental and antenatal care control completely and correctly
- 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, kacamata, gigi atau kontrol kehamilan. Di luar dari jangka waktu tersebut klaim dinyatakan tidak berlaku lagi.
PT Asuransi Mitra Maparya Tbk no later than 30 days after the participant/insured person has been released from outpatient care, has received the receipt of the eyeglasses, the dental care or the antenatal care control. Beyond such period, the claim is no longer valid
- Dalam mengajukan klaim, Peserta wajib melengkapi bukti-bukti dokumen klaim dan ketentuan lainnya sebagai berikut : *To propose a claim, Participant is required to complete claim documentary evidences and other provisions as follows:*
 - Kwitansi/ bukti pembayaran asli beserta dengan rincian biaya selama perawatan/ pengobatan. *| Original receipt/proof of payment along with detailed expense breakdown during the medical treatment period.*
 - Untuk semua klaim : Dilengkapi/ dilampirkan dengan copy resep obat, hasil pemeriksaan penunjang medis beserta dengan surat rujukan dokter. *| For all claims: Please submit the copy of medical prescription, supporting medical examination results along with the physician's referral letter.*
 - Untuk klaim kacamata : Dilengkapi dengan bukti kwitansi pemeriksaan mata dan hasil pemeriksaan ketajaman mata (visus) dari dokter spesialis mata. *| For eyeglasses claim: Please submit the eye examination receipt and the visual acuity result from an ophthalmologist.*
 - Nama yang tertera di kwitansi pengobatan dan surat pengantar dokter harus sesuai dengan yang tercantum di Polis. *| Name on the care receipt and the physician referral letter must be in accordance with the one shown on the insurance policy.*
 - Melampirkan materai Rp 6.000,- untuk kwitansi pengobatan dengan nilai diatas Rp. 1.000.000,- *| Attaching the Rp 6,000 legal stamp for the care receipt whose value is higher than IDR 1,000,000, -*
 - Formulir klaim ini harus dibubuhi cap & stempel dokter rumah sakit/ klinik serta ditandatangani dokter yang memeriksa. *| The claim form must be stamped by the hospital/clinic and the examining physician and must be signed by the physician*
- Klaim akan ditunda prosesnya apabila Peserta/ Tertanggung tidak atau belum memenuhi prosedur bukti-bukti kelengkapan dokumen pengajuan klaim *| Claims process will be delayed if the participant/insured person is not yet meet the procedures of completing the claim documentary evidences.*
- Klaim tidak dapat dibayar untuk keadaan-keadaan yang dikucualikan seperti yang tercantum dalam ketentuan Polis. *| No benefit are payable for expenses related to the exclusions list in the policy wording*

Diisi oleh Tertanggung / Karyawan / Filled by the Insured /Employee

Nama Pemegang Polis / Policy Holder Name

Nomor Polis / Policy Number

•

•

Nama Karyawan / Employee's Name

Nomor Peserta Asuransi / Insurance Participant Number

•

•

Nama Tertanggung / Pasien / Patient's Name

Hubungan dengan karyawan / Relations with the Employee

•

•

Tanggal Lahir / Date of Birth

Jenis Kelamin / Gender

•

() Pria / Male () Wanita / Female

Pernyataan Tertanggung dan Pemberi Kuasa / Statement of the Insured and Authorization

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, Tbk
I, the Insured/Patient/Employee, hereby certify that the above information is complete and correct. And I, hereby, authorize the medical specialist, general practitioner, hospital or clinic in which I have been examined or treated, to provide information completely and truthfully about the state of my disease and its treatment and actions that have been given during treatment, including my medical data history to PT Asuransi Mitra Maparya Tbk

Tanda tangan / Signature

Tempat dan tanggal / Place and Date

•

Tanda tangan Pemegang Polis
Policy holder's Signature

Tanda tangan Karyawan
Employee's Signature

Tanda tangan Tertanggung/ Pasien (jika berusia 18 tahun atau lebih)
Employee's Signature Insured/Patient's (if aged 18 or more)

•

•

•

Diisi oleh dokter yang memeriksa / Filled by the examining Physician

Nama dokter yang memeriksa
Name of the Examining Physician

Tanggal Pemeriksaan
Examination Date

Alamat & no telp dokter/ RS / klinik
Address & Telephone of Physician/Hospital/Clinic

•

•

•

Anamnesa / Anamnesis

Diagnosa / Diagnosis

•

•

Terapi/ tindakan pemeriksaan/ pengobatan yang dilakukan / Therapy/Examination/Treatment performed

•

Apakah diagnosa penyakit tersebut termasuk dalam penyakit bawaan/ congenital ? / Are the disease diagnoses included in the category of congenital diseases? () Ya / Yes () Tidak / No

Apakah diagnosa penyakit tersebut termasuk dalam penyakit kelainan genetik/ hereditari ? / Are the disease diagnoses included in the category of genetic disorders / hereditary ? () Ya / Yes () Tidak / No

Apakah diagnosa penyakit tersebut di atas berhubungan dengan psikosomatis ? / Are the disease diagnoses related to psychosomatic? () Ya / Yes () Tidak / No

Apakah Pasien pernah mendapatkan perawatan sebelumnya untuk keadaan/ penyakit tersebut diatas ? / Has the patient had previous treatment(s) for the condition/illness above? () Ya / Yes () Tidak / No

Apabila Ya, perawatan apa yang diberikan dan kapan ? / If Yes, what kind of treatment(s) and when?

Pernyataan dokter / Physician's Statement

Saya, dokter yang memeriksa, dengan ini menyatakan bahwa keterangan tersebut di atas adalah lengkap dan benar
I, the examining physician, hereby certify that the above information is complete and correct

Tanda tangan / Signature

Tempat / Place

Tanggal / Date

•

•

Nama dokter / Name of the Physician

Tanda tangan & Stempel dokter/ rumah sakit/ klinik / Physician's Signature and the Stamp of the Physician/Hospital/Clinic

•

•

* Khusus untuk konsultasi/perawatan kontrol kehamilan, mohon mencantumkan usia/ umur kehamilan / Special for consultation for pregnancy, please state the age/pregnancy period