



## FORMULIR PENGAJUAN KLAIM REIMBURSEMENT (Perorangan)

- PETUNJUK :**
- 1 Formulir ini wajib diisi dengan jelas dan lengkap.
  - 2 Melampirkan berkas klaim; kwitansi pembayaran yang Asli dan berkas pendukung klaim.
  - 3 Data isian pengajuan Klaim harus sesuai dengan identitas pasien.
  - 4 Berkas klaim harus diisi lengkap dengan tanggal perawatan dan jumlah biaya klaim.
  - 5 Formulir ditandatangani dan diserahkan ke Kantor Pelayanan PT Asuransi Jiwa InHealth Indonesia.
  - 6 FPK ini sekaligus berlaku sebagai tanda terima klaim

### INFORMASI KARYAWAN

Nama Karyawan : \_\_\_\_\_ Nama Institusi : \_\_\_\_\_  
 Alamat : \_\_\_\_\_ No.Telp : \_\_\_\_\_ No.HP : \_\_\_\_\_  
 Kota Propinsi Email : \_\_\_\_\_  
 Kode Pos : \_\_\_\_\_

### INFORMASI PASIEN

Nama Pasien : \_\_\_\_\_ Nomor Kartu Mandiri InHealth : \_\_\_\_\_  
 Tanggal lahir : 

Tgl			Bln			Thn					
-----	--	--	-----	--	--	-----	--	--	--	--	--

 Laki-laki  Perempuan Status : S / I/ A1/ A2/ A3  
 Provider : \_\_\_\_\_  
 Jenis klaim <sup>\*)</sup> :  Rawat Jalan  Persalinan normal  Kacamata  COB  
 Rawat Inap  Persalinan penyulit  Implant  
 Obat  Hearing Aid /IOL  HCP Smartplus  
 Protesa gigi /Alat gerak

Nama Asuransi Klaim bila ada : \_\_\_\_\_

Keterangan / Kronologis ( diisi bila klaim R. Jalan , R.Inap dan Obat )

Ketentuan - ketentuan yang perlu di perhatikan oleh pengaju klaim

- 1 Kadalursa klaim 3 bulan sejak tanggal kwitansi Pelayanan di berikan
- 2 Berkas tidak lengkap , tidak akan di proses bayar
- 3 Berkas Lengkap , SLA pembayaran 14 (Empat Belas ) hari kerja untuk wilayah jabodetabek dan 20 (Dua Puluh ) hari kerja untuk luar Jabodetabek .
- 4 Pembayaran Klaim hanya ke nomor rekening karyawan /nomor rekening lain yang ditetapkan oleh perusahaan,

**SYARAT KELENGKAPAN BERKAS  
DI CHEKLIST DAN BILA TIDAK LENGKAP SESUAI SYARAT DIBAWAH INI AGAR DILENGKAPI SEBELUM DIAJUKAN**

NO	JENIS BERKAS	KLAIM EMERGENCY				Obat		Persalinan		Hearing Aid/ IOL/ Prothesa gigi/Alat gerak		Kacamata		Implant		HCP	
		R.Jalan		R.Inap		PST	MI	PST	MI	PST	MI	PST	MI	PST	MI	PST	MI
		PST	MI	PST	MI												
1	Fotokopi kartu Peserta InHealth																
2	Fotokopi sampul buku rekening karyawan bukan pasien /pengaju klaim																
3	Kwitansi (asli) dengan materai; untuk tagihan diatas Rp 250.000,- (dengan materai 3000); Rp 1.000.000 (dengan materai 6000) Salinan kwitansi bermaterai untuk HCP **)																
4	Rincian Biaya Obat -obatan ,Lab,Radiologi dan tindakan lain beserta hasil **)																
5	Resum medis / Surat keterangan diagnosa dari dokter yang merawat **)																
6	Surat keterangan gawat darurat dari dokter yang merawat																
7	Fotokopi surat jaminan pelayanan harus sesuai dengan tanggal resep																
8	Pernyataan obat FOI kosong dari provider untuk obat FOI																
9	Fotocopi surat keterangan lahir yang dilegalisir oleh bidan atau RS **)																
10	Surat keterangan dari Provider yang menyatakan kebutuhan alat tersebut																
11	Bukti telah dilakukan Operasi dari dokter spesialis provider yang merawat atau memasang Implan																
12	Resep kacamata dari provider																
13	Untuk Klaim COB ,Surat keterangan penjaminan dari asuransi pertama / Fotocopy luaran grouper inacbgs																
14	Fotokopi SEP dan pendukung lain yang menunjukkan peserta di rawat inap dengan penjaminan BPJS kesehatan seperti luaran grouper inacbgs																
15	Fotokopi surat rujukan dari dokter atau SJP																

Klaim COB dapat menggunakan  
\*\*) dokumen copy yang sudah dilegalisir

**PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini

1. Saya memberi kuasa kepada PT Asuransi Jiwa InHealth Indonesia untuk mendapatkan segala keterangan/ catatan medis dari Dokter, Rumah Sakit dan atau pihak lain sehubungan dengan diagnosa dan atau pelayanan medis yang diberikan kepada Saya atau tertanggung lain dari keluarga Saya yang berhak, berdasarkan ketentuan yang berlaku.

2. Saya menerangkan dengan sebenar - benarnya bahwa informasi dan dokumen yang diberikan /disertakan adalah benar benar sah.

Tgl .....

Nama jelas & Tandatangan Pengaju Klaim

**PT Asuransi Jiwa InHealth Indonesia**

Kantor Pusat: Plaza Setiabudi, Gedung Setiabudi 2 Lt. 5 suite 505 - 508, Jl. HR Rasuna Said Kav. 62, Jakarta 12920, Telp : (021) 5250900 Fax : (021) 5250708