garda medika

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 Asuransi Astra terkait dengan klaim perawatan yang diajukan.
3. 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.

garda akses | 1 500 112 asuransiastra.com

DOWNLOAD! garda mobile medcare
GET IT ON Google play | Download on the App Store

Pakai #Medcare aja untuk melihat benefit dan riwayat klaim Anda