

**FORMULIR KLAIM PENGOBATAN RAWAT JALAN, GIGI, dan KACAMATA**

DIISI OLEH PESERTA (MOHON DIISI LENGKAP DENGAN HURUF CETAK)

**I. KELENGKAPAN KLAIM**

- Formulir klaim ini harus diisi lengkap dan hanya berlaku untuk satu orang pasien.
- Formulir ini harus diserahkan ke Bagian Klaim PT. Asuransi Jiwa Syariah Jasa Mitra Abadi selambatnya 30 ( tiga puluh ) hari kalender setelah pelayanan kesehatan, disertai dengan kelengkapan dokumen. Klaim dapat diproses setelah semua kelengkapan dokumen disertakan
- Checklist kelengkapan dokumen :
 

<input type="checkbox"/> Formulir klaim yang diisi lengkap	<input type="checkbox"/> Rincian Biaya
<input type="checkbox"/> Kwitansi Asli	<input type="checkbox"/> Salinan Resep
<input type="checkbox"/> Hasil pemeriksaan laboratorium / pemeriksaan penunjang lainnya, bila dilakukan	

**II. DATA PESERTA (WAJIB DIISI)**

1.	Nama Perusahaan			
2.	No. Polis			
3.	Nama Peserta			
4.	No. Peserta			
5.	Alamat Rumah	Telp :		
6.	Transfer Via	Nama Bank :	Cabang :	
		No. Rekening :	Atas Nama :	
7.	Apakah Anda mengajukan klaim ini kepada pihak lain ? Jika "Ya", sebutkan .....			

**III. PERNYATAAN**

Dengan ini Saya menyatakan bahwa :

- Saya memberi kuasa kepada PT. Asuransi Jiwa Syariah Jasa Mitra Abadi untuk mendapatkan segala keterangan/catatan medis dari dokter/rumah sakit atau pihak lain dengan diagnosa, perawatan atau pelayanan yang diberikan kepada Saya, atau bertanggung lain dari keluarga Saya berdasarkan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.
- Keterangan yang Saya berikan seluruhnya adalah benar dan Saya tidak menyembunyikan informasi apapun yang dibutuhkan oleh program ini. Saya setuju bahwa apabila keterangan yang Saya berikan tidak benar / palsu dapat menyebabkan ditolaknya klaim atau dibatalkannya kepesertaan Saya.

Tandatangan Peserta/Kuasanya

\_\_\_\_\_  
Tempat\_\_\_\_\_  
Tgl\_\_\_\_\_  
Bulan\_\_\_\_\_  
Thn\_\_\_\_\_  
Nama Jelas**PT. Asuransi Jiwa Syariah Jasa Mitra Abadi, Tbk****Kantor Layanan :****Graha MIR, Jl. Pemuda no. 9 Lt.3 Rawamangun, Jakarta Timur 13220 | Telp. 021 - 29368945, Fax. 021 - 29368946, Help Line. 0822 8222 7520**

# FORMULIR KLAIM PENGOBATAN RAWAT JALAN, GIGI, dan KACAMATA

DIISI OLEH DOKTER YANG MERAWAT (MOHON DIISI LENGKAP DENGAN HURUF CETAK)

I. JENIS PERAWATAN	
1. Nama dan Alamat RS/Klinik	
2. Tanggal Perawatan	
3. Jenis Perawatan	( ) Dokter Umum ( ) Dokter Spesialis ( ) Dokter Gigi ( ) Tindakan, jenis/nama tindakan :

II. RESUME MEDIS	
1. Keluhan Utama	
2. Keluhan Tambahan	
3. Waktu Pertama Kali Keluhan Muncul	
4. Riwayat Penyakit Terdahulu yang Berhubungan	
5. Pemeriksaan Fisik	
6. Laboratorium	
7. Pemeriksaan Penunjang lainnya	
8. Diagnosa	
9. Terapi	
10. Tindakan lanjut/saran	

III. KLASIFIKASI	
Apakah penyakit diatas berhubungan dengan :	
( ) Kongenital/herediter ( ) Kehamilan ( ) <i>STD/HIV/AIDS</i> ( ) Kesuburan ( ) Kecelakaan ( ) Gangguan jiwa/Psikosomatis	
( ) Kosmetik ( ) <i>Orthodontist</i> ( ) <i>Drug Abuse</i> ( ) <i>Tentamina Suicide</i> ( ) <i>Lain-lain, sebutkan :</i>	

Saya dokter yang merawat, dengan ini menyatakan bahwa keterangan tersebut diatas adalah lengkap dan benar.

Nama Dokter	Tanda Tangan dan Stempel RS/Klinik
Telepon	

RINCIAN BIAYA	
Konsultasi Dokter	Rp.
Obat-obatan	Rp.
Pemeriksaan Penunjang	Rp.
Tindakan/Lain-lain	Rp.

KACAMATA	
Frame	Rp.
Lensa	Rp.

PT. Asuransi Jiwa Syariah Jasa Mitra Abadi, Tbk

Kantor Layanan :

Graha MIR, Jl. Pemuda no. 9 Lt.3 Rawamangun, Jakarta Timur 13220 | Telp. 021 - 29368945, Fax. 021 - 29368946, Help Line. 0822 8222 7520