

**FORMULIR PENGAJUAN KLAIM REIMBURSEMENT
MANAGED CARE
PRODUK INDIVIDU**



PETUNJUK :

1. Formulir ini wajib diisi dengan jelas dan lengkap.
2. Melampirkan berkas klaim; kuitansi pembayaran yang Asli dan berkas pendukung klaim.
3. Data isian pengajuan Klaim harus sesuai dengan identitas Pemegang Polis/Tertanggung.
4. Berkas klaim harus diisi lengkap dengan tanggal pelayanan dan jumlah biaya klaim.
5. Formulir harus diisi lengkap, termasuk *checklist* terkait syarat kelengkapan berkas di halaman ke-dua.
6. Formulir ditandatangani dan diserahkan ke Kantor Oprasional/Kantor Pelayanan PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia.
7. FPK ini sekaligus berlaku sebagai tanda terima klaim sepanjang klaim disetujui PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia.

INFORMASI PEMEGANG POLIS

Nama Pemegang Polis : _____ No. Telp : _____ No. HP : _____
Email : _____

Alamat : _____
Kota _____
Propinsi _____

INFORMASI TERTANGGUNG

Nama Tertanggung : _____ Nomor Kartu : _____

Tanggal lahir :

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

 Laki-Laki Perempuan

Provider/ Fasilitas Kesehatan : _____ No. Telp Provider / Fasilitas Kesehatan: _____

Jenis klaim *) : Rawat Jalan Persalinan normal Kacamata Coordination of Benefit
 Rawat Inap Persalinan penyulit Implant Hospital Income
 Obat Hearing Aid /IOL Hospital Cash Ambulance
Protesa gigi /Alat gerak

Nama Asuransi Klaim bila ada : _____

Keterangan / Kronologis (diisi bila klaim R. Jalan , R.Inap dan Obat)
*Penyebab terjadinya klaim bila terdapat iur biaya di Provider/layanan di Fasilitas kesehatan Non Provider

- Ketentuan - ketentuan yang perlu diperhatikan oleh Pemegang Polis / Tertanggung :
- 1 Kadalursa klaim 90 (sembilan puluh) hari sejak tanggal kuitansi pelayanan diberikan oleh Provider / Fasilitas Kesehatan
 - 2 Sepanjang berkas klaim lengkap maka klaim dapat dilakukan proses pembayaran
 - 3 SLA pembayaran klaim 14 (Empat Belas) hari kerja setelah berkas lengkap
 - 4 Pembayaran Klaim hanya ke nomor rekening Pemegang Polis
 - 5 Pengajuan klaim yang akan diproses sesuai dengan benefit Polis

SYARAT KELENGKAPAN BERKAS																						
DI CHEKLIST DAN BILA TIDAK LENGKAP SESUAI SYARAT DIBAWAH INI AGAR DILENGKAPI SEBELUM DIAJUKAN																						
(Kotak berwarna putih merupakan syarat kelengkapan berkas yang harus dilengkapi dan kotak berwarna abu-abu bukan merupakan syarat kelengkapan berkas yang harus dilengkapi)																						
NO	JENIS BERKAS	KLAIM EMERGENCY				Obat		Persalinan		Hearing Aid/ IOL/ Prothesa gigi/Alat gerak		Kacamata		Implant		Hospital Cash Plan		Hospital Income		Ambulance		
		R Jalan		R.Inap		PST	MI	PST	MI	PST	MI	PST	MI	PST	MI	PST	MI	PST	MI	PST	MI	
		PST	MI	PST	MI																	
1	Kuitansi (asli) dengan meterai sesuai ketentuan yang berlaku. Salinan kuitansi bermeterai untuk HCP **)																					
2	Rincian Biaya Obat -obatan ,Lab,Radiologi dan tindakan lain beserta hasil **)																					
3	Resum medis / Surat keterangan diagnosa dari dokter yang merawat **)																					
4	Surat keterangan gawat darurat dari dokter yang merawat																					
5	Fotokopi surat jaminan pelayanan. Untuk klaim obat harus sesuai dengan tanggal resep																					
6	Pernyataan obat FOI kosong dari provider untuk obat FOI																					
7	Fotokopi surat keterangan lahir yang dilegalisir oleh bidan atau RS **)																					
8	Surat keterangan dari Provider yang menyatakan kebutuhan alat tersebut																					
9	Bukti telah dilakukan Operasi dari dokter spesialis provider yang merawat atau memasang Implan																					
10	Resep kacamata dari provider																					
11	Untuk Klaim COB/Double cover/Perusahaan penanggung pertama: Surat keterangan penjaminan dari asuransi pertama atau perusahaan penanggung pertama / Fotokopi luaran grouper inacbgs																					
12	Salinan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) atau Salinan Luaran Grouper INA CBG's atau Surat keterangan yang diterbitkan oleh BPJS Kesehatan/ Fasilitas pemberi layanan kesehatan yang didalamnya terdapat keterangan																					
13	Surat Kronologis																					
Klaim COB dapat menggunakan **) dokumen copy yang sudah dilegalisir																						
PERNYATAAN																						
<p>Yang bertanda tangan dibawah ini</p> <p>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.</p> <p>2.Saya menerangkan dengan sebenar-benarnya bahwa informasi dan dokumen yang diberikan / disertakan adalah benar - benar sah. Apabila terdapat indikasi ketidakbenaran atas dokumen yang disampaikan, Saya memberikan hak secara penuh kepada Mandiri Inhealth untuk tidak melanjutkan proses klaim, mengembalikan biaya klaim dan Mandiri Inhealth berhak untuk menghentikan pelayanan pada Provider/Non Provider.</p> <p>Tgl</p> <p>.....</p> <p>Nama jelas & Tandatangani Pemegang Polis/Tertanggung.</p>																						
PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia Kantor Pusat: Mandiri Inhealth Tower Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. E-IV No.6, Mega Kuningan Kel. Karet Kuningan Kec. Setiabudi Jakarta Selatan 12940																						
PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan																						