



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 &amp; Tandatangani Pemegang Polis/Tertanggung.</p>																						
<b>PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia</b> 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																						