



No. Klaim : 090100819028264
Jakarta, 08-04-2019

Kepada Yth,
HR Dept. PT. MAYORA INDAH TBK
JL. TOMANG RAYA NO. 21-23 - JAKARTA 11440

JAKARTA

Perihal : Pemberitahuan Proses Ulang Klaim

Dengan Hormat,

Kami telah menerima berkas klaim pada tanggal 02-04-2019 dengan nomor batch R19040042 atas nama SHANE ETHAN/MAYORA INDAH tertanggal 09-03-2019.

Setelah kami analisa, klaim tersebut tidak dapat kami proses dikarenakan masih ada beberapa kelengkapan data yang harus dilengkapi yaitu:

No	Id Karyawan	Nama Peserta	Jaminan	Jumlah	Alasan
1	00004121	SHANE ETHAN	Biaya Konsultasi dan Tindakan ke Dokter Spesialis (termasuk biaya administrasi) per-hari	810,810	Mohon dapat dilengkapi dengan tanggal fisioterpi untuk 3 x.

Untuk kelancaran proses klaim tersebut, mohon kelengkapan data tersebut dapat disampaikan kepada kami paling lambat 14 hari kalender sejak dokumen diterima.

Demikian pemberitahuan ini kami sampaikan. Berikut kami lampirkan berkas klaim untuk dikembalikan kepada tertanggung.



Atas perhatian dan kerjasama yang terjalin baik selama ini kami ucapkan terima kasih.

Hormat Kami,

Dr. Luveta
A&H Claim Manager

Note : Mohon surat ini dilampirkan bersama pengajuan proses ulang klaim

Contoh Surat Proses Ulang Klaim

No. Klaim : 090100819025418
Jakarta, 08-04-2019

Kepada Yth.
HR Dept. PT. MAYORA INDAH TBK
JL. TOMANG RAYA NO. 21-23 - JAKARTA 11440
JAKARTA

Perihal : Pemberitahuan Penolakan Klaim

Dengan Hormat,

Kami telah menerima berkas klaim pada tanggal 21-03-2019 dengan nomor batch R19030400 atas nama P SUROTO//INBISCO NIAGATAMA SEMESTA tertanggal 02-02-2019.

Setelah kami analisa, klaim tersebut tidak dapat kami proses dikarenakan:

No	Id Karyawan	Nama Peserta	Jaminan	Jumlah	Alasan
1	00000489	P SUROTO	Biaya Konsultasi dan Tindakan ke Dokter Umum (termasuk biaya administrasi) per-hari	406,000	Tanggal pengobatan setelah tanggal efektif, peserta berobat tanggal 13 Februari 2019, dan berakhir kepesertaan tanggal 31 Desember 2018.

Demikian pemberitahuan ini kami sampaikan. Berikut kami lampirkan berkas klaim untuk dikembalikan kepada tertanggung.

Apabila ada hal-hal yang perlu ditanyakan, silahkan menghubungi kami di nomor telepon (021) 51401688, 51401689 ext.2407, 2411 dan 2413 pada hari kerja pukul 08.00 s.d. 17.00 WIB.

Atas perhatian dan kerjasama yang terjalin baik selama ini kami ucapkan terima kasih.

Hormat Kami,

Dr. Luveta
A&H Claim Manager

Contoh Surat penolakan Klaim

Lampiran 4



Accident and Health Division

Plaza ABDA, 27th Floor

Jl. Jend. Sudirman Kav. 55 Jakarta 12190

Helo Line 24 H (021) 51401690 / 30168888 30136311 Fax (021) 51401690 24 hours MOBILE PHONE (0815-1822641, 0811-849082, 0811-349383)

MEDICAL FORM*Fill by the patient*

Patient's Name : Age : (M/F)

Company's Name : ID :

Check In : Check Out :

Name of Hospital / Clinic : Room Level : (if in-patient)

Name of the Doctor :

Please fill the blank column by the doctor who check a patient ::

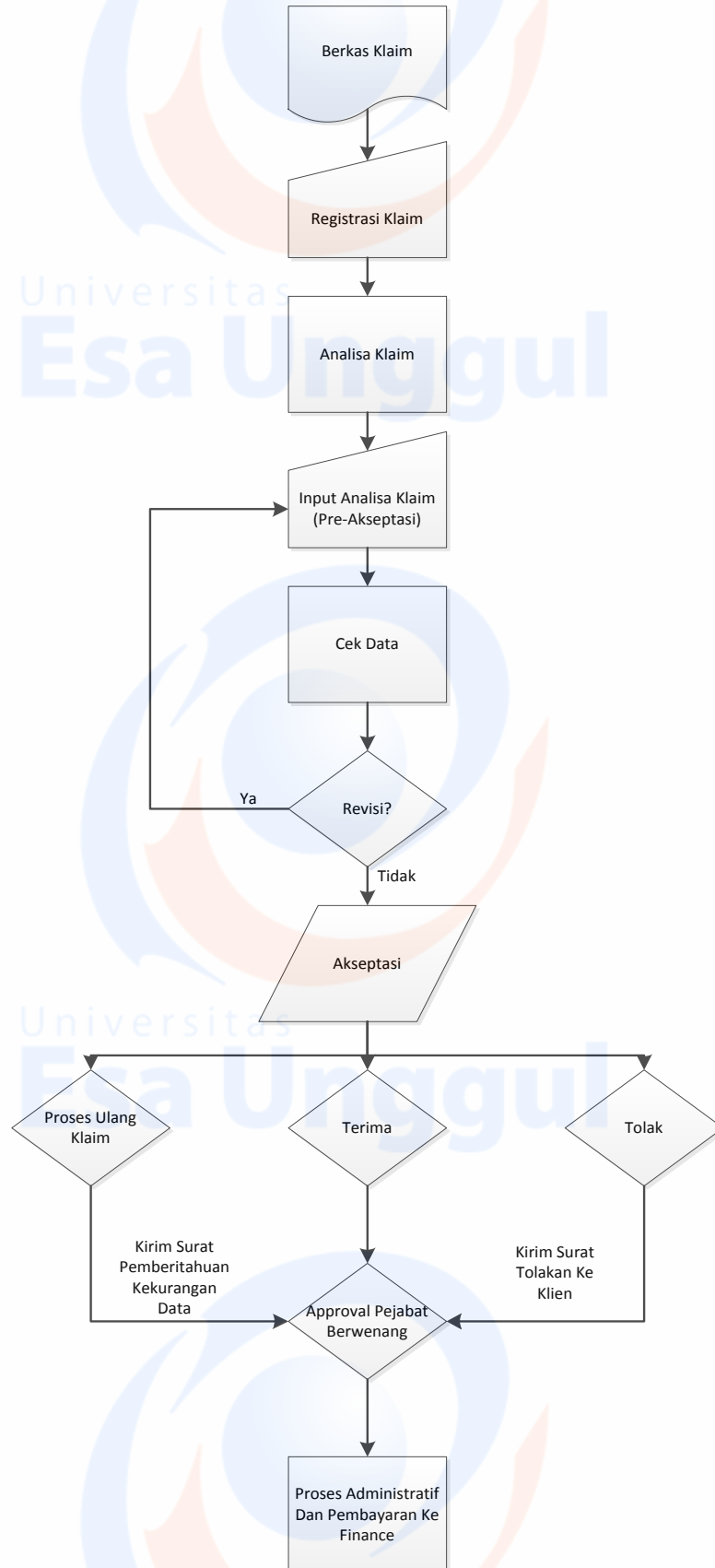
1. Anamnesis	
2. Congenital / uncongenital	(Please write with Yes or Not)
3. Physical Exam / Supporting Exam	
4. Diagnose	
5. Medical Treatment	
6. Why patient need to be hospitalized	
7. Operation / If any reason of operation	
8. Advise	

 I agree to give my medical record
 To ABDA Insurance

Signature of patient / on behalf

Signature of a doctor, name's doctor and stamp

Contoh Form Klaim Rawat Jalan



Alur Proses Analis Klaim Kesehatan