



Wisma EKA LIFE 8<sup>th</sup> Floor

Jl. Mangga Dua Raya, Jakarta 10730

Telp. (021) 6257808 (hunting) Fax. : (021) 6257240

Teman Sejawat yang terhormat,

Untuk melengkapi data klaim Asuransi Kesehatan EKAMEDICARE, mohon kiranya TS melengkapi formulir yang kami sertakan dibawah ini. Selanjutnya mohon disampaikan kepada kami melalui pasien yang bersangkutan atau dilampirkan pada saat penagihan Provider. Atas bantuannya kami ucapkan terima kasih.

Dengan ini saya selaku pasien / bertanggung memberikan ijin kepada Dokter untuk mengisi formulir ini guna kepentingan EKA LIFE

...../...../.....

.....

Pasien / Bertanggung

Hormat kami,  
Dokter Penasehat EKA LIFE

( dr. Hasan Mihardja )  
DU 0884/T-60-07/09.92.

### FORMULIR KLAIM RAWAT JALAN

Nama Karyawan : .....  
Nama Pasien : .....  
No. Peserta/ Reg : .....  
Nama Perusahaan : .....  
No. Polis : .....

Besar Klaim yang diajukan :  
1. Dokter Umum : .....  
2. Dokter Spesialis : .....  
3. Obat-obatan : .....  
4. Laboratorium : .....

1. Anamnesa : .....

2. Diagnosa : .....

3. Pengobatan / Tindakan : .....

4. Anjuran : .....

Tempat & Tanggal : .....

Putih : EKALIFE  
Merah : Nasabah/Perusahaan melalui EKALIFE  
Kuning : RS / Klinik Provider

.....  
Nama, Tanda tangan dan Stempel Dokter