

**FORMULIR KLAIM ASURANSI RAWAT JALAN
SIMAS MEDICARE**

Kepada Yth, Teman Sejawat :

Bersama ini kami mohon kesediaan TS, kiranya sudi mengisi formulir di bawah ini, guna melengkapi syarat pengajuan klaim. Atas bantuan dan kerjasamanya, kami ucapkan terima kasih.

Hormat kami,



dr. Yuliana Tjendra

Health Ins. Claim Assistant Manager

Dengan ini saya selaku pasien, memberikan ijin kepada Dokter untuk memberikan keterangan mengenai penyakit saya, guna kepentingan pengajuan klaim saya.

..... ; ;

(.....)
Tanda Tangan & Nama Jelas Pasien

1. Nama Perusahaan : _____
2. Nomor Polis : _____

3. Nama Peserta / Pasien : _____
4. No. Peserta / Pasien : _____

(diisi oleh Dokter)

1. *Usia Pasien* : _____
2. *Anamnesa/Keluhan Pasien* : _____

2. *Jenis Kelamin* : _____

Tanda Tangan dan Stempel Dokter :

3. *Diagnosa Penyakit* : _____
4. *Tindakan yang dilakukan* : _____

(.....)

DOKUMEN PENUNJANG YANG HARUS DILAMPIRKAN

- Kwitansi Asli Dokter Umum dan Spesialis
- Surat Pengantar dari Dokter Umum bila ke Dokter Spesialis
- Copy Resep Obat-obatan dari Dokter yang memeriksa
- Surat Pengantar dari Dokter untuk Pemeriksaan Laboratorium dan Copy Hasil Tes tersebut