

Harap hubungi **Provider Hotline 24 Jam di (021) 2997 6321** jika anda butuh bantuan atau penjelasan lebih lanjut.

Formulir Klaim Rawat Jalan

Lengkapi formulir di bawah ini dengan jelas untuk memperlancar pelayanan pembayaran. Gunakan "Formulir Klaim Rawat Inap & Bedah Harian" untuk mengklaim bedah harian atau perawatan yang mengharuskan pasien masuk ke rumah sakit.

Penting bagi pembayaran klaim:

Untuk memastikan klaim anda dibayar tepat waktu, harap periksa:

- Setiap tagihan yang tidak mencantumkan diagnosis, nama obat, tes laboratorium, dan lain-lain, tidak akan dibayar.
- Setiap biaya yang tidak sesuai dengan diagnosis perawatan/resep dari Dokter yang merawat, tidak akan dibayar.

A. Identitas Pasien

Nama Pasien:	Tanggal Lahir (hari/bulan/tahun):
No Peserta Pasien:	Nama Perusahaan:

B. Keterangan Konsultasi Pasien Rawat Jalan

Nama Klinik/Rumah Sakit:	Tanggal Pelayanan (hari/bulan/tahun):	
Nama Dokter:	<input type="checkbox"/> Umum <input type="checkbox"/> Spesialis	Spesialisasi:
Gejala/Keluhan Pasien:		
Diagnosis:		
Apakah ini berhubungan dengan alkohol/narkoba :	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Jika Ya, harap jelaskan:
Apakah ini berhubungan dengan infertilitas:	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Jika Ya, harap jelaskan:
Apakah ini berhubungan dengan kosmetik/estetik:	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Jika Ya, harap jelaskan:
Apakah ini termasuk kondisi/penyakit kongenital:	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Jika Ya, harap jelaskan:
Apakah kondisi ini berhubungan dengan PMS:	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Jika Ya, sebutkan tanggal persalinan
Apakah pasien memerlukan MCU/ permintaan sendiri	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
Apakah pasien memerlukan rawat inap:	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
Uraian perawatan/pengobatan:		
Apakah pasien pernah dirawat dengan diagnosis yang sama:	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
Tanggal Masuk RS sebelumnya:	Nama Rumah Sakit terdahulu:	
Apakah pasien memerlukan pemeriksaan ulangan/kontrol:	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Jadwal Kontrol:
Apakah untuk pasien ini diberikan surat sakit:	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Jika Ya, untuk berapa hari:
Jumlah Tagihan :		

C. Pernyataan Pemberian Kuasa

Dengan ini saya memberikan kuasa penuh kepada Plan Administrator saya, PT. Global Asistensi Manajemen Indonesia (GAMI) dan agen-agensya yang diberi kuasa, untuk mendapatkan data medis maupun riwayat kesehatan saya yang berhubungan dengan kesehatan saya dimasa lampau, sekarang ataupun yang akan datang sejauh diperlukan untuk menilai klaim ini. Saya juga memberikan kuasa kepada Plan Administrator dan agent untuk menginformasikan rincian klaim dan status kesehatan ke dokter saya atau perawatan kepada perusahaan tempat saya bekerja, jika perawatan yang saya terima merupakan bagian dari manfaat Program Kesehatan Karyawan; dan kepada perusahaan Asuransi, jika klaim ini termasuk manfaat yang dijamin dalam polis asuransi.

Saya bersedia membayar kembali (*Reimburse*) kepada pihak asuransi biaya tersebut di atas bila pemakaian biaya saya sudah melebihi limit dan/atau tidak ditanggung di dalam polis.

X

X

Tanda Tangan Dokter yang Merawat

Tanda Tangan pasien (atau orangtua bila di bawah usia 17 tahun)
Tanggal (hari/bulan/tahun):