

FORMULIR KLAIM ASURANSI KESEHATAN - PROVIDER HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

Formulir klaim ini harus diisi lengkap, ditandatangani oleh Peserta atau Pemegang Polis yang berhak dan diterima oleh PT Asuransi Reliance Indonesia sebelum 30 (tiga puluh) hari setelah tanggal perawatan/pelayanan kesehatan. Lengkapi Formulir Klaim dengan data sebenarnya, ditandatangani oleh Dokter yang merawat, nomor SIP Dokter, alamat, dan nomor telpon rumah sakit/klinik dan cap rumah sakit/klinik serta lampirkan kuitansi pembayaran asli, salinan hasil laboratorium, test diagnostik, *rontgens*, resume medis dan lain-lain yang berkaitan dengan perawatan termasuk didalamnya copy resep. Formulir Klaim yang tidak lengkap tidak dapat diproses. Untuk Klaim Rawat Inap, lampirkan copy hasil resume medis (*medical record*) dari rumah sakit/klinik/Puskesmas.

This Claim Form must be completed in full, signed by the eligible member of Policy Holder and received by PT Asuransi Reliance Indonesia within 30 (thirty) days after the date of services. Please complete this Claim Form with actual data, signed by attending physician, physician's license number, hospital/clinic's address and phone number and stamped by hospital/clinic and attached with original payment receipt, copies of the laboratory results, diagnostic test, x-rays, medical resume and others relating to the treatment including a copy of the prescription. Uncomplete Claim Form cannot be processed. For Inpatient Claim, please attach copies of the medical resume (medical record) from hospital/clinic/ public health center.

INFORMASI PASIEN diisi oleh Peserta		to be filled by member PATIENT INFORMATION
Nama Perusahaan Company Name		Nomor Polis Policy Number
Nama Peserta Patient Name	Nama Karyawan Employee Name	Nomor Peserta Membership Number
Tanggal Lahir Date of Birth dd/mm/yy	Jenis Kelamin Gender <input type="checkbox"/> Pria Male <input type="checkbox"/> Wanita Female	Hubungan Relationship <input type="checkbox"/> Istri Wife <input type="checkbox"/> Suami Husband <input type="checkbox"/> Anak Child

INFORMASI PELAYANAN	SERVICE INFORMATION	
Jenis Pelayanan Service Type <input type="checkbox"/> Rawat Inap Hospitalization <input type="checkbox"/> Rawat Pra/Pasca Rawat Inap Pre/Post Hospitalization <input type="checkbox"/> Melahirkan Maternity <input type="checkbox"/> Rawat Pra/Pasca Melahirkan Pre/Post Maternity <input type="checkbox"/> Dokter Umum General Practitioner <input type="checkbox"/> Dokter Spesialis Specialist Doctor <input type="checkbox"/> Dokter Gigi Dentist	Nama Rumah Sakit/Klinik Hospital /Clinic Name	
	Tanggal Masuk Date of Admission	Tanggal Keluar Date of Discharge

KETERANGAN DOKTER diisi oleh Dokter yang merawat		to be filled by attending physician PHYSICIAN INFORMATION
Anamnesa Anamnesis		
Pemeriksaan Fisik & Penunjang Medis Physical Examination & Supporting Diagnostic Examination		
Tindakan/Terapi Procedure/Medication		
Diagnosa Masuk First Diagnosis	Diagnosa Keluar Final Diagnosis	
Apakah diagnosa penyakit tersebut berhubungan dengan: Is the diagnosis related to:		
<input type="checkbox"/> Kesuburan/Ketidaksuburan Fertility/Infertility	<input type="checkbox"/> Hormonal Hormonal	<input type="checkbox"/> Kosmetika Cosmetic
<input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan/Keturunan Congenital/Hereditary	<input type="checkbox"/> Kejiwaan/Psikosomatis Psychiatric/psychosomatic	<input type="checkbox"/> Kehamilan Maternity
	<input type="checkbox"/> Penyakit menular seksual Sexually transmitted disease	<input type="checkbox"/> Tidak termasuk semuanya Others

KETERANGAN DOKTER diisi oleh Dokter yang merawat		to be filled by attending physician PHYSICIAN INFORMATION
Dengan ini saya memberi kuasa kepada PT. Asuransi Reliance Indonesia untuk mendapatkan data medis maupun riwayat kesehatan saya dari rumah sakit/klinik/dokter sejauh diperlukan untuk menilai klaim ini. Saya juga memberi kuasa kepada PT. Asuransi Reliance Indonesia, untuk menginformasikan rincian klaim 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 pols Asuransi. jika batas pengobatan melebihi batas manfaat yang saya miliki, maka saya bersedia membayar kelebihan biaya yang terjadi. PT Asuransi Reliance Indonesia tidak menjamin obat yang mempunyai efek penenang, vitamin tunggal atau vitamin sejenis lebih dari satu, produk yang dibeli secara bebas atau tidak diperlukan secara medis seperti: sabun, shampoo, balsam, dll serta obat kosmetik.		I hereby authorize PT. Asuransi Reliance Indonesia to get my medical data or my medical record needed to analyze my claim from health provider, hospital/physician. And I also authorize PT. Asuransi Reliance Indonesia to inform the claim or medical care to my working place, if the medical care I have received is a part of employee's health program benefit; and to insurance company. If the claim is included in benefit that was covered by insurance policy. If the treatment cost over my benefit limit. I will pay the excess of the benefit. PT. Asuransi Reliance Indonesia shall not guarantee drugs that have side effect as sedative, stand-alone vitamin and more than one vitamin that have same purpose, products which are bought over the counter or which are not medically required such as soap, shampoo, balm. etc. and cosmetic's medicine.
Ditandatangani di Signed at	Nama Pasien Patient Name	Tanda Tangan, Nama dan SIP Dokter yang merawat Attending Physician's Signature, Name, dan SIP Number
Tanggal (dd/mm/yyyy) Date	Tanda Tangan Pasien/Wali/Orang Tua Pasien Parents/Representative Signature	