

FORMULIR KLAIM ASURANSI KESEHATAN HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

Formulir klaim ini harus diisi lengkap, ditandatangani oleh Peserta atau Pemegang Polis yang berhak dan diterima oleh PT Asuransi Harta Aman Pratama Tbk 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 telepon 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 Harta Aman Pratama Tbk 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.
Uncompleted 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 <i>to be filled by member PATIENT INFORMATION</i>			
Nama Perusahaan <i>Company Name</i>		Nomor Polis <i>Policy Number</i>	
Nama Peserta <i>Patient Name</i>	Nama Karyawan <i>Employee Name</i>	Nomor Peserta <i>Membership Number</i>	
Tanggal Lahir dd/mm/yy <i>Date of Birth</i>	Jenis Kelamin <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita <i>Gender Male Female</i>	Hubungan <input type="checkbox"/> Istri <input type="checkbox"/> Suami <input type="checkbox"/> Anak <i>Relationship Wife Husband Child</i>	

INFORMASI PELAYANAN <i>SERVICE INFORMATION</i>		
Jenis Pelayanan <i>Service Type</i> <input type="checkbox"/> Rawat Inap <i>Hospitalization</i> <input type="checkbox"/> Rawat Jalan <i>Outpatient</i> <input type="checkbox"/> Melahirkan <i>Maternity</i> <input type="checkbox"/> Rawat Gigi <i>Dentist</i> <input type="checkbox"/> Kacamata <i>Glasses</i> <input type="checkbox"/> Santunan Duka <i>Death Benefit</i>	PERNYATAAN PEMBERIAN KUASA <i>AUTHORIZATION</i> Saya menyatakan bahwa saya telah membaca dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar tanpa paksaan dari pihak manapun. Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, perusahaan asuransi dan badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan saya untuk memberitahukan kepada PT Asuransi Harta Aman Pratama Tbk atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan saya. Copy dari pernyataan ini sama kuat dan sahnyanya seperti asli. PT Asuransi Harta Aman Pratama Tbk 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>I declare that I have read and answered all the questions above completely and truthfully without force from anyone. I hereby authorize any physician, hospital, clinic, public health center, insurance company and corporation, individual or other organization that have my medical data or medical record to inform to PT Asuransi Harta Aman Pratama Tbk or others that were given authority by them, any information of data about me and my health condition. Copy of this statement should be as valid and legal as the original. PT. Asuransi Harta Aman Pratama Tbk 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 cosmetics medicine.</i>	
	Ditandatangani di <i>Signed at</i>	Peserta <i>Member</i>
	Tanggal <i>Date</i> dd/mm/yy	Karyawan/Karyawati <i>Employee</i>
		Nama <i>Name</i>
		Nama <i>Name</i>

KETERANGAN DOKTER diisi oleh Dokter yang merawat <i>to be filled by attending physician PHYSICIAN INFORMATION</i>			
Lokasi Pelayanan <i>Health Provider</i> <input type="checkbox"/> Praktek Pribadi <input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Rumah Sakit <i>Private Practice Clinic Hospital</i>		Nama Rumah Sakit/Klinik <i>Hospital/Clinic Name</i>	Nama Dokter <i>Physician Name</i>
Tanggal Masuk <i>Admission Date</i>	Tanggal Keluar <i>Discharge Date</i>	Alamat <i>Address</i>	
		Kota <i>City</i>	No. Telepon <i>Phone No</i>
			No. Fax <i>Fax No</i>
Anamnesa <i>Anamnesis</i>			
Pemeriksaan Fisik & Penunjang Medis <i>Physical Examination & Supporting Diagnostic Examination</i>			
Tindakan/Terapi <i>Procedure/Medication</i>			
Diagnosa Awal <i>First Diagnosis</i>		Diagnosa Akhir <i>Final Diagnosis</i>	
Apakah diagnosa penyakit tersebut berhubungan dengan: <i>Is the diagnosis related to:</i>			
<input type="checkbox"/> Kesuburan/Ketidaksuruburan <i>Fertility/Infertility</i>	<input type="checkbox"/> Hormonal <i>Hormonal</i>	<input type="checkbox"/> Kosmetika <i>Cosmetic</i>	<input type="checkbox"/> Kehamilan <i>Maternity</i>
<input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan/Keturunan <i>Congenital/Hereditary</i>	<input type="checkbox"/> Kejiwaan/Psikosomatis <i>Psychiatric/psychosomatic</i>	<input type="checkbox"/> Penyakit menular seksual <i>Sexually transmitted disease</i>	<input type="checkbox"/> Lainnya... <i>Other</i>
Ditandatangani di <i>Signed at</i>		Nama Dokter yang merawat <i>Attending Physician's Name</i>	
Tanggal <i>Date</i> dd/mm/yy		Tanda tangan dan cap Rumah Sakit / Klinik <i>Hospital/Clinic signature and stamp</i>	