



## FORMULIR KLAIM (REIMBURSEMENT)



### IDENTITAS PASIEN

1. Nama Pasien		Tanggal Lahir:				hari/bulan/tahun
2. Nama Perusahaan		Telepon:				
3. Alamat Rumah		Telepon:				
4. Email		HP:				
5. Nomor Anggota Pasien		Jumlah Tagihan:				
6. Nama Bank		Cabang:		No. Rekening:		
7. Nama Pemilik Rekening						
8. Apakah Anda berhak mengajukan klaim ini kepada pihak asuransi lain?	<input type="checkbox"/> Tidak, <input type="checkbox"/> Ya, sebutkan Nama Asuransi tsb.					

### KETERANGAN KONSULTASI PASIEN

9. Nama Klinik/Rumah Sakit		Tanggal Pelayanan:				hari/bulan/tahun
10. Tanggal Masuk RS		hari/bulan/tahun	Pukul:		Tanggal Keluar:	hari/bulan/tahun Pukul:
11. Nama Dokter		<input type="checkbox"/> Umum	<input type="checkbox"/> Spesialis, sebutkan			
12. Keluhan yang dirasakan						
13. Diagnosa						
14. Tindakan/Operasi yang dilakukan						
15. Apakah perawatan/diagnosa berhubungan dengan: <i>(mohon di checklist)</i>						
<input type="checkbox"/> Hormonal	<input type="checkbox"/> Kecantikan/Kosmetik	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS				
<input type="checkbox"/> Kelainan bawaan/Herediter	<input type="checkbox"/> Psikologis/Psikiatri	<input type="checkbox"/> Kehamilan				
16. Apakah ini termasuk Kecelakaan Lalu Lintas?	<input type="checkbox"/> Ya,	<input type="checkbox"/> Tidak	Jika Ya, harap jelaskan			
17. Klaim yang diajukan	<input type="checkbox"/> Rawat Inap*	<input type="checkbox"/> Rawat Jalan	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Melahirkan	<input type="checkbox"/> Sebelum/Sesudah Rawat Inap	

\* mohon melampirkan resume medis

### PENTING BAGI PEMBAYARAN KLAIM !

18. Untuk mempercepat pembayaran klaim Anda, harap pastikan:
- Formulir Klaim ini diisi dengan lengkap
  - Pernyataan di bawah ini ditandatangani dan diberi tanggal
  - Diagnosa dan penyebabnya telah disebutkan
  - Klaim Rawat Inap dan Rawat Bedah menggunakan formulir klaim yang lain
  - Setiap tagihan yang tidak mencantumkan rincian nama obat, rincian tes laboratorium dan lain-lain, tidak akan dibayar
  - Setiap tagihan yang tidak sesuai dengan perawatan/resep dari Dokter yang merawat, tidak akan dibayar. Pastikan Anda melampirkan surat-surat asli dari Dokter Anda.
- Ini akan membantu klaim Anda dibayar secepatnya.*

### PERNYATAAN PEMBERIAN KUASA

19. Saya dengan ini memberi kuasa kepada **WanaArtha Health Care** untuk mendapatkan data medis maupun riwayat kesehatan saya dari Provider/Rumah sakit/Klinik/Dokter sejauh diperlukan untuk menilai klaim ini. Saya juga memberi kuasa kepada WanaArtha Health Care untuk menginformasikan rincian klaim 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.
20. Bersedia membayar eksek klaim

Tanda Tangan Pasien (atau orang tua bila pasien di bawah usia 17 tahun)

Tanggal:    hari/bulan/tahun

Tanda Tangan Dokter yang Merawat

(bubuhi Stempel RS/Klinik)

#### Head Office: GRHA WANAARTHA

Jl. Mampang Raya No. 76, Jakarta 12790  
 Telp: +62-21 798 5179, Fax: +62-21 798 5180  
 E-mail: customer.service@wanaarthalife.com  
 www.wanaarthalife.com  
 Call Center: +62-21 3000 1288