FORMULIR KLAIM FAEDAH KELOMPOK RAWAT JALAN & PERAWATAN GIGI
PT AVRIST ASSURANCE

Petunjuk-petunjuk:
1. Formulir ini harus diisi oleh Anggota/Karyawan dan Dokter yang merawat dan satu formulir klaim berlaku untuk SATU pasien saja.
2. Kuitansi asli dan salinan resep biaya yang dikeluarkan harus dilampirkan dan dicantumkan tanggal perawatan, nama pasien, diagnosa, cap, dan tanda tangan Dokter yang merawat.
3. Klaim atas pengeluaran yang terjadi dalam membeli obat-obatan dan/atau klaim karena menjalani pemeriksaan sinar X /tes-tes laboratorium harus dikuatkan oleh resep atau rekomendasi dari dokter yang merawat dan kwitansi/ tanda terima dari apotik atau laboratorium harus asli.
4. Klaim biaya perawatan harus diserahkan dalam waktu 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal perawatan.

A. DIISI OLEH PENUNTUT (KARYAWAN) HARAP DIISI DENGAN LENGKAP

Nama Perusahaan

Nama Karyawan/ti

Nama Penuntut (jika bukan karyawan/anggota)

Jenis Kelamin ☐ Laki-laki ☐ Perempuan

No. Polis

No. Kepesertaan

Hubungan dengan Tertanggung

Tanggal Lahir __ __ - __ __ - __ __ __ __
DD MM YYYY

Dengan ini saya menyatakan bahwa keterangan diatas adalah benar dan lengkap. Saya juga memberi kuasa kepada dokter dengan siapa atau dimana saya telah diperiksa atau dirawat untuk memberikan keterangan lengkap meliputi data medis terdahulu kepada PT Avrist Assurance ("Avrist"). Fotokopi surat kuasa ini akan berlaku seperti aslinya.

Tanda tangan pasien dan tanggal perawatan

B. DIISI OLEH DOKTER YANG MEMERIKSA (MOHON DIISI DENGAN LENGKAP)

Nama Dokter

Diagnosa (Harap ditulis dengan huruf cetak)

DD/

Apakah termasuk penyakit bawaan?

☐ Ya ☐ Tidak

Pemeriksaan Laboratorium

Alamat Klinik/Rumah Sakit

No. Telepon/HP ___ — _____

ICD X Code

Diagnosa gigi

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Salinan resep obat

Faedah yang tidak dapat diganti adalah sebagai berikut:

Rawat Jalan:
1. Perawatan oleh seorang yang bukan dokter / praktisi medis terdaftar, seperti dukun, sinshe, akupunktur, bidan, mantri, alternatif.
2. Obat-obatan yang dibeli diluar apotik dan pemeriksaan X-ray atau tes-tes laboratorium yang dilakukan tanpa rujukan dokter.
3. Refraksi mata, pemakaian kaca mata, lensa kontak atau alat bantu dengar
4. Cacat bawaan.
5. Ketidakwarasan pikiran, istirahat atau pengobatan perawatan sanatorium, kecanduan obat atau alkohol.
6. Perawatan kecantikan atau pembedahan untuk maksud kecantikan atau operasi plastik.
7. Check-up rutin, terapi fisik, sunat dan perawatan tanpa indikasi medis
8. Penyakit menular yang harus diisolasi atau dikarantina menurut hukum.
9. Perawatan Dokter Ahli tanpa rujukan Dokter Umum, kecuali Ahli Kandungan, THT, Mata, Anak, dan Kulit.
10. Vitamin di luar indikasi medis dan suplement.
11. Kontrol kehamilan, sterilisasi (KB) dan penyuburan.
12. Vaksinasi dan Imunisasi

Rawat Gigi:
1. Perawatan oleh seorang yang bukan dokter/praktisi medis terdaftar.
2. Perawatan untuk tujuan kecantikan.
3. Perawatan yang tidak ada dalam polis.

Dengan ini saya menyatakan bahwa pernyataan-pernyataan yang saya tulis adalah lengkap dan benar.

PERINGATAN:
Formulir WAJIB diisi dengan lengkap. Jika tidak, maka proses klaim akan mengalami hambatan.

Tanda Tangan Dokter dan Tanggal Ditandatangani
Stempel Rumah Sakit/Klinik