



FORMULIR KLAIM COB BPJS KESEHATAN

Di isi oleh Peserta

Nama Pasien/ Peserta :	Nama Perusahaan :
No Kartu Mega Kesehatan :	Nama Karyawan :
No Kartu BPJS Kesehatan :	Hubungan Peserta dengan Karyawan* :
Kelas Rawat BPJS Kesehatan :	No Kontak Yang Dapat Dihubungi :

Klaim Yang Diajukan

Santunan Harian BPJS Kesehatan

Selisih Biaya BPJS Kesehatan

Dengan ini Saya sebagai Pasien/ Peserta Mega Kesehatan telah memberikan keterangan di atas dengan sebenar-benarnya dan memberikan kuasa penuh kepada Dokter pemeriksa/ Rumah Sakit/ Klinik untuk memberikan keterangan mengenai penyakit/ diagnosa Saya sebagai syarat pengajuan klaim yang Saya ajukan kepada PT Asuransi Umum Mega.

Foto kopi dari pernyataan ini sama kuat dan sah sebagaimana aslinya

* Di isi Karyawan/ Pasangan/ Anak

Tanda Tangan Pasien/ Peserta

* Diwakili oleh orang tua jika anak-anak di bawah 17 tahun

Dengan ini kami mohon kesediaan Rekan Sejawat untuk dapat mengisi formulir ini sebagai syarat pengajuan klaim Pasien/ Peserta kami. Terima kasih atas bantuan dan kerjasamanya

Di isi oleh Dokter/ Petugas Rumah Sakit/ Klinik

Nama RS/ Klinik :	
Alamat RS/ Klinik :	
No Telpon & Faksimili RS/ Klinik :	
Tanggal Rawat Pasien :	_____ s/d _____
Pasien di Rawat di Kamar Kelas :	Terhitung lama hari _____ (jumlah hari)
Diagnosa Lengkap Pasien :	
Biaya Total Perawatan :	
Biaya Yang Dijamin BPJS Kesehatan* :	
Biaya Yang Dibayar Pasien (jika ada) :	

* Di isi sesuai nilai penggantian INA CBGs

Tanda Tangan Pasien/ Peserta

* Diwakili oleh orang tua jika anak-anak di bawah 17 tahun