



FORM CHECKLIST PROSEDUR KLAIM REIMBURSEMENT

Rawat Inap

1. **Kwitansi asli (bukan photocopy)** yang dikeluarkan oleh Rumah Sakit
2. Form klaim yang telah ditandatangani oleh dokter yang merawat atau resume medis
3. Perincian biaya dan perincian obat selama perawatan di rumah sakit
4. Copy hasil pemeriksaan penunjang diagnosa secara tertulis (Lab/Ro/MRI/CT-Scan,dsb)

Rawat Jalan

Dokumen Wajib :

1. Kwitansi dokter asli (bukan photocopy)

Dokter praktek pribadi wajib mengikutsertakan nama dokter, nomor ijin praktek (NIP), nomor telepon, alamat, dan cap stempel dokter

2. Diagnosa penyakit yang ditulis oleh dokter (dalam bahasa medis)

Jika Diresepkan Obat :

1. Kwitansi asli apotik

2. Copy resep

Jika Dilakukan Test Diagnostik :

1. Kwitansi asli pemeriksaan (Lab, Ro, MRI, CT-Scan, dsb)

2. Copy hasil baca pemeriksaan penunjang diagnose secara tertulis (Lab, Ro, MRI, CT-Scan, dsb)

3. Surat Rujukan Pemeriksaan,

jika tidak ada biaya dokter dan/atau Test dilakukan di tempat dan tanggal berbeda

Rawat Gigi

Dokumen Wajib :

1. Kwitansi dokter asli (bukan photocopy)

*Dokter praktek pribadi wajib mengikutsertakan nama dokter,
nomor ijin praktek (NIP), nomor telepon, alamat, dan cap stempel dokter*

2. Diagnosa penyakit yang ditulis oleh dokter (dalam bahasa medis) beserta tindakan
3. Kwitansi asli dan copy resep apotik (jika ada pembelian obat)
4. Kwitansi asli pemeriksaan Diagnostik dan copy hasilnya (jika dilakukan test Diagnostik)
5. Photo panoramic / Apical gigi, harus ada apabila :
 - *Operasi Gigi Bungsu*
 - *Perawatan / penambalan lebih dari 4 gigi dalam 1 kwitansi*
 - *Perawatan syaraf gigi*

Rawat Bersalin

1. Kwitansi asli (bukan photocopy) yang dikeluarkan oleh Rumah Sakit
2. Form klaim yang telah ditandatangani oleh dokter yang merawat / Resume medis
3. Perincian biaya dan obat selama perawatan di rumah sakit
4. Copy hasil pemeriksaan penunjang diagnosa secara tertulis (Lab/Ro/MRI/CT-Scan,dsb)
5. Copy Surat Keterangan Lahir

Pra & Pasca Rawat Bersalin

1. Kwitansi asli (bukan photocopy) yang dikeluarkan oleh Rumah Sakit/Klinik/Bidan
2. Form klaim yang telah ditandatangani oleh dokter/bidan yang merawat disertai usia kehamilan
3. Perincian biaya dan obat
4. Copy hasil pemeriksaan penunjang (Lab/USG/MRI/CT-Scan,dsb)
5. Copy Surat Keterangan Lahir (untuk pasca rawat bersalin)
6. Alamat,no telepon, SIP , jika pemeriksaan dilakukan oleh Bidan

Kacamata

1. Kwitansi asli (bukan photocopy)
2. Diagnosa penyakit yang ditulis oleh dokter (dalam bahasa medis)
3. Copy hasil pemeriksaan refraksi mata / *resep kacamata*

Santunan Duka

1. Surat Keterangan :

- *Kematian dari kelurahan (Fotocopy legalisir)*
- *Dokter yang merawat/rumah sakit sebab meninggal*
- *Kronologi dari saksi (Apabila meninggal dirumah)*
- *Kerja dari HRD*
- *Ahli waris*

2. Surat berita acara kecelakaan dari kepolisian dalam hal bertanggung meninggal dunia karena **Kecelakaan**

3. Fotocopy identitas diri bertanggung/karyawan (KTP/SIM/PASPOR)

4. Fotocopy kartu keluarga

5. Kartu Peserta Asuransi

Hospital Cash Plan khusus BPJS

1. Resume medis dari Rumah Sakit
2. Copy kartu BPJS *dan copy kartu peserta Asuransi*
3. Surat keterangan dari Rumah Sakit yang menerangkan lama perawatan

Coordination Of Benefit Asuransi Swasta

1. Surat pengantar dari penjamin pertama
2. Perhitungan klaim dibayarkan dan selisih yang tidak dibayarkan
3. Copy dokumen klaim lengkap yang sudah dilegalisir oleh penjamin pertama
(*meliputi : resume medis, perincian biaya, copy resep dan hasil lab*)
4. Kwitansi asli selisih biaya yang tidak dijamin, jika eksekusi bayar ditempat

Coordination Of Benefit Asuransi BPJS

1. Resume medis dari rumah sakit
2. Copy kartu BPJS *dan kartu peserta Asuransi*
3. Surat keterangan BPJS / RS yang menjelaskan berapa yang dijamin dan yang dibayar pasien
4. Kwitansi selisih yang tidak dibayarkan oleh BPJS
5. Copy hasil test penunjang (Lab/Ro/MRI/CT-Scan,dsb)
6. Copy rincian biaya