

## Formulir Klaim Reimbursement (Rawat Inap) Reimbursement Claim Form (In-Patient)

Formulir klaim ini tidak berlaku sebagai pengakuan tanggung jawab.  
This claim form is not an admission of liability.

### Mandiri Kesehatan Prima

Semua bagian dalam formulir ini wajib diisi dengan lengkap sehingga klaim dapat diproses dengan cepat dan akurat. Terima kasih atas kerjasamanya.  
Please complete this form in full in order to assure a fast and accurate processing.  
All fields are compulsory. Thanks again for your cooperation.

**Claim Hotline**

 Telp : +62 21 2927 9614 | Fax : +62 21 3483 0899  
 website : kesehatan.prima@axa-mandiri.co.id

**Tanggal Diterima/  
Date received:**

**Diterima oleh/  
Received by:**


### A. ADMINISTRASI (Bagian A dilengkapi oleh tertanggung) / ADMINISTRATIVE (Section A to be completed by insured only)

Nama pemegang polis / Policy holder:	Polis no / Policy no:
--------------------------------------	-----------------------

### RINCIAN PASIEN / PATIENT'S DETAILS

Nama Pasien / Patient's Name:		Tanggal lahir / Date of birth:	
No. Identitas/Paspor / ID/Passport No:	Jenis Kelamin / Gender: L / P / M / F	Plan / Plan:	
Alamat email / Email address:		No. Telp. / Contact number:	
Adakah riwayat konsultasi/rawat jalan/rawat inap dalam 2 tahun terakhir ini untuk kondisi tersebut, di rumah sakit ini atau fasilitas lainnya? Any previous consultation/treatment/hospitalization in the last 2 years for this condition, in this hospital or any other facilities? Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No <input type="checkbox"/> Jika YA mohon berikan penjelasan dibawah ini / If YES, please provide details below:			
Tanggal Date	Penyakit/Kelainan (rincian pengobatan) Disease/Disorder (details of treatment)	Dokter/Rumah Sakit Doctor/Hospital	Rincian Kontak Contact details

### B. BAGIAN MEDIS (Bagian B dilengkapi oleh dokter) / MEDICAL SECTION (Section B to be completed by medical practitioner)

Gejala yang muncul / Symptoms presented	Tanggal ketika pasien pertama kali menyadari akan adanya tanda atau gejala penyakit ini: (Date the patient first became aware of any signs or symptoms for this condition): dd / mm / yyyy	Tanggal pertama kali pasien mengunjungi dokter untuk gejala penyakit ini: (Date on which the patient first presented to any doctor for this condition): dd / mm / yyyy
Kondisi medis/diagnosa / Medical condition/diagnosis		
Pemeriksaan penunjang (uraikan jenis pemeriksaan penunjang yang diperlukan untuk menegaskan diagnosa) Investigation (describe necessary investigations requested to define the diagnosis)		
Jika klaim berhubungan dengan kehamilan, apakah kehamilan bersangkutan dengan pembuahan alami / If claim is related to pregnancy, is pregnancy related to natural conception? Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No <input type="checkbox"/>		
Tanggal masuk & keluar RS / Date of admission & discharge: dd / mm / yyyy to dd / mm / yyyy		

### C. PENGOBATAN YANG DIBERIKAN / TREATMENT ADVISED

Obat-obatan / Medicines	Dosis / Dose	Frekuensi / Frequency	Selama / Duration
Tindakan Pembedahan(mohon berikan rincian jika ada tindakan medis yang dilakukan) / Surgery Procedure (please give details of medical procedure if any)			

### D. RENCANA PENGOBATAN SELANJUTNYA / FURTHER TREATMENT PLAN

Mohon berikan rincian tentang rencana pengobatan selanjutnya / Please give details of any further treatment plan:

### E. RINCIAN PENANGGUNG YANG LAIN / OTHER INSURER'S DETAILS

Apakah pengobatan ini berhubungan dengan kecelakaan / Is this treatment related to accident? Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No <input type="checkbox"/> (Kalau Anda menjawab 'ya', mohon berikan kronologis kecelakaan tersebut / If you answered 'yes', please give details of the accident.	Apakah pengobatan ini diasuransikan di perusahaan asuransi lain / Is this treatment covered under other insurance company policy? Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No <input type="checkbox"/>
Jika Anda menjawab 'ya' pada salah satu dari dua pertanyaan ini, harap memberikan nama perusahaan asuransi yang terkait. (Mohon ajukan salinan surat penyelesaian klaim/voucher pembayaran perusahaan asuransi lain tersebut) / If you have answered 'yes' to either of these questions, please give the name of the related insurance company. (Kindly submit a copy of the other insurance company's claim settlement letter/payment voucher):	

**PERNYATAAN DAN KUASA PASIEN/PEMEGANG POLIS  
PATIENT'S/POLICYHOLDER'S DECLARATION AND  
POWER OF ATTORNEY**

**PERNYATAAN DOKTER  
MEDICAL PRACTITIONER DECLARATION**

Dengan ini Saya menyatakan dan menyetujui bahwa / I hereby declare and agree that :

1. Saya telah membaca, mengerti, menjawab dan mengisi pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan sebenar-benarnya, lengkap dan sesuai dengan keadaan sebenarnya.  
I have read, understand, answer and fill in all the questions above with the honest truth, complete and in accordance with actual circumstances.
2. Saya memberi kuasa yang tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam pasal 1813 KUH Perdata kepada setiap dokter, Ikinik, rumah sakit, puskesmas, laboratorium, institusi medis manapun, perusahaan asuransi, badan hukum, lembaga, atau perorangan yang mempunyai catatan/ keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk memberitahukan kepada PT. AXA Mandiri Financial Services ("perusahaan") atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung.  
I give power that will not expire for reasons listed in article 1813 Civil Code to any doctor, clinics, hospitals, health centers, laboratories, medical institutions anywhere, insurance companies, legal entities, agencies, or individuals who have a record/information or know the condition/health of the insured, to inform the PT. AXA Mandiri Financial Services ("company"), or those authorized by him, all the records/information about themselves and the condition/health of the insured.
3. Seluruh keterangan yang tercantum dalam Formulir Klaim Reimbursement (Rawat Inap) ini ditulis dengan benar dan Saya menyadari bahwa salinan Pernyataan dan Kuasa ini dapat berlaku sebagaimana aslinya.  
All information in this Reimbursement Claim Form (In-Patient) was written truthfully and I realized that the copy of this Declaration and Power of Attorney can be used as if original document.
4. Salinan/fotokopi dari pernyataan dan kuasa ini sama sah dan berlakunya sesuai dengan dokumen aslinya.  
Copy of the Patient's Declaration is as valid and has power in accordance with the original document.

Tanda tangan / Signature

Tanggal / Date:

Saya menyatakan bahwa saya adalah dokter untuk pasien yang dimaksud, dan bahwa rincian yang diberikan adalah benar menurut apa yang paling saya ketahui.

*I declare that I am the patient's medical practitioner and that the particulars given are true and correct to the best of my knowledge.*

Nama / Name:

Stempel Rumah Sakit / Klinik / Hospital / Clinic's Stamp:

Tanda tangan / Signature:

Tanggal / Date:

Nomor Telepon / Contact no:

**WAJIB MELAMPIRKAN KELENGKAPAN DOKUMEN / MUST BE SUBMITTED WITH DOCUMENTS :**

- Formulir Klaim yang diisi lengkap / Claim Form which is completely filled
- Rincian Biaya / Cost Detail
- Salinan Tes Diagnostik (Hasil Laboratorium, X-Ray, dll) / Copy of the Diagnostic Test (Laboratory Result, X-Ray, etc)
- Kwitansi Pembayaran Asli / Original Payment Receipt
- Salinan Resep / Copy of prescription
- Tax Invoice atau Original Receipt (untuk perawatan di luar negeri) / Tax Invoice or Original Receipt (for overseas treatment)

**F. ADMINISTRASI SPESIFIK TERHADAP REIMBURSMEN KLAIM  
ADMINISTRATIVE SPECIFIC TO REIMBURSEMENT CLAIMS**

Total klaim sebesar / Amount claimed:

Nama Pemilik Rekening : (DENGAN HURUF KAPITAL) / Beneficiary name: (IN CAPITAL LETTERS)

Transfer Bank: (Rincian bank mesti disertakan jika sebelumnya tidak dinyatakan dalam formulir permohonan)

Telegraphic bank transfer: (Bank details is required if previously not declared in application form)

No Rekening Bank / Bank account no:

Kode SWIFT Bank / Bank SWIFT code:

Nama Bank / Name of Bank:

Alamat Bank / Bank address:

Pembayaran akan dilakukan dalam mata uang yang ditetapkan dalam Plan Anda kecuali jika kami menyetujui sebaliknya secara tertulis.

Mata uang apakah yang digunakan dalam tagihan pengobatan ini?

*Payment will be made in the currency defined in your plan unless we agreed otherwise in writing.*

*In which currency was the treatment originally billed?*

**RINCIAN PESERTA DAN PASIEN / MEMBER'S AND PATIENT'S DETAILS**

No. Telepon / Telephone no:

Alamat email / Email address:

No. Handphone / Mobile no:

Jika Anda ada pertanyaan tentang formulir ini atau aspek lain tentang plan ini, silahkan menghubungi **Mandiri Kesehatan Prima** pada nomor +62 21 2927 9614 dengan memberikan nomor polis/anggota Anda. Klaim harus diajukan beserta dokumen pendukung dalam waktu 90 hari sejak tanggal layanan. Kirimkan formulir klaim ini beserta material pendukung kepada **Mandiri Kesehatan Prima**, AXA Tower Lt. 9, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia.

*If you have any questions regarding this form or any other aspects of the cover, please contact our **Mandiri Kesehatan Prima** on +62 21 2927 9614 quoting your policy/membership numbers. Claims must be submitted along with supporting documents within 90 days from date of service. Send this claim form together with supporting material to **Mandiri Kesehatan Prima**, AXA Tower 9th Floor, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia.*